

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.T.A MASALAH UTAMA
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS
BIPOLAR DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR**



Oleh :

DWIKE FEBRIANIKMAH, S.Kep
NIM. 213.0117

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.T.A MASALAH UTAMA
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS
BIPOLAR DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

Diajukan untuk memperoleh gelar Ners

Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya



Oleh :

DWIKE FEBRIANIKMAH, S.Kep
NIM. 213.0117

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang di jatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 05 Juli 2022



Dwiki Febrianikmah, S.Kep

Nim. 213.0117

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Dwiki Febrianikmah, S.Kep
NIM : 2130117
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny T.A Masalah Utama
Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosis Medis Bipolar
Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Pembimbing I



Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03007

Pembimbing II



Pujiati Sri Asmah, S.Kep., Ns
NIP. 196901121991012004

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr.Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 05 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Dwiki Febrianikmah, S.Kep
NIM : 2130117
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Diagnosis Medis Bipolar
Risiko Perilaku Kekerasan Pada Ny. T.A Di Ruang Flamboyan
Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : Dhian Satya R, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03008



Penguji I : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03007



Penguji II : Pujiati Sri Asmah, S.Kep., Ns
NIP. 196901121991012004

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr.Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny T.A Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosis Medis Bipolar Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang di tentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Ners Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literature, sehingga karya ilmiah ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana pertama TNI (Purn) Dr. A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kep,.M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti

dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Dhian Satya R, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji ketua terimakasih atas arahan, kritikan serta saran dalam pembuatan dan penyelesaian Karya Ilmiah ini.
5. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Pembimbing I terimakasih telah membantu dalam proses penyempurnaan proses Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Puji Sri Asmah, S.Kep.,Ns. Selaku Pembimbing II, terimakasih telah membantu dalam proses penyempurnaan proses Karya Ilmiah Akhir ini
7. Seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah banyak membantu proses kelancaran selama perkuliahan untuk menumpuh studi di STIKES Hang Tuah Surabaya.
8. Kedua orang tua, kakak, dan adik tercinta beserta seluruh anggota keluarga saya yang telah memberikan doa motivasi dan dukungan moral maupun material kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
9. Teman-teman seperjuangan angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik-baiknya.

Penulis menyadari bahwa banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat terutama bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 05 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	ii
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Bipolar	9
2.1.1 Definisi Bipolar.....	9
2.1.2 Klasifikasi Gangguan Bipolar.....	11
2.1.3 Etiologi Bipolar.....	12
2.1.4 Manifestasi klinis.....	13
2.1.5 Penatalaksanaan.....	14
2.2 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan.....	16
2.2.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan.....	16
2.2.2 Etiologi.....	16
2.2.3 Manifestasi.....	18
2.2.4 Rentan Respon.....	19
2.2.5 Mekanoisme Koping.....	20

2.2.6	Penatalaksanaan	21
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	22
2.3.1	Pengkajian.....	22
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	26
2.3.3	Intervensi Keperawatan	27
2.3.4	Implementasi Keperawatan.....	30
2.3.5	Evaluasi Keperawatan.....	31
2.3.6	Pohon Masalah.....	33
2.4	Konsep Adaptasi Stress Stuart.....	34
2.5	Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan	35
2.6	Literature Review	37
BAB 3 TINJAUAN KASUS		41
3.1	Pengkajian.....	41
3.1.1	Identitas Pasien	41
3.1.2	Alasan Masuk	41
3.1.3	Faktor Predisposisi.....	42
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	43
3.1.5	Psikososial	43
3.1.6	Status Mental	45
3.1.7	Kebutuhan Persiapan Pulang	48
3.1.8	Mekanisme koping.....	50
3.1.9	Masalah psikososial dan lingkungan	50
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	51
3.1.11	Data Lain-Lain :	51
3.1.12	Aspek Medik.....	51
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan.....	51
3.1.14	Diagnosa Keperawatan	52
3.2	Pohon Masalah.....	53
3.3	Analisa Data.....	54
3.4	Rencana Keperawatan.....	56
3.5	Implementasi dan Evaluasi.....	63
BAB 4 PEMBAHASAN.....		74
4.1	Pengkajian.....	74
4.2	Diagnosa Keperawatan	75
4.3	Rencana Keperawatan.....	76

4.4	Pelaksanaan.....	77
4.5	Evaluasi.....	79
BAB 5 PENUTUP		81
5.1	Kesimpulan	81
5.2	Saran	83
DAFTAR PUSTAKA		85

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data Pada Klien Perilaku Kekerasan	54
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan	56
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi.....	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 siklus suasana hati pasien bipolar (Videbeck 2011)	10
Gambar 2.1 rentan respon	19
Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan Pada Ny T.A.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	87
Lampiran 2 Motto Dan Persembahan	88
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Perilaku Kekerasan	90
Lampiran 4 Analisa Proses Interaksi (API)	104
Lampiran 5 Satuan Acara Penyuluhan (API) Kontrol Dan Minum Obat	113

DAFTAR SINGKATAN

- APA : *America psychiatric Association*
- API : *Analisis Proses Interaksi*
- ECT : *Efek Electro Convulsive Therapy*
- SOAP : Subjektif, Objektif, Penilaian, Perencanaan
- RM : Rekam Medik
- RSJ : Rumah Sakit Jiwa
- RPK : Risiko Perilaku Kekerasan
- HDR : Harga Diri Rendah
- ISOS : Isolasi Sosial
- CP : *Core Problem*
- TUM : Tujuan Umum
- TUK : Tujuan Khusus
- SPTK : Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
- SP : Strategi Pelaksanaan
- BHSP : Bina Hubungan Saling Percaya
- TAK : Terapi Aktivitas Kelompok
- BB : Berat Badan
- TB : Tinggi Badan
- BAK : Buang Air Kecil
- BAB : Buang Air Besar
- SMP : Sekolah Menengah Pertama
- SMA : Sekolah Menengah Atas
- SD : Sekolah Dasar
- TK : Taman Kanak-Kanak
- WHO : *World Health Organization*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa menurut *America Psychiatric Association* (APA) (Prabowo 2014) adalah sindrom atau pola psikologis atau pola perilaku yang penting secara klinis, yang terjadi pada individu dan sindrom itu dihubungkan dengan adanya distress (misalnya: gejala nyeri, menyakitkan) atau disabilitas (ketidakmampuan pada salah satu bagian atau beberapa fungsi penting). Gangguan jiwa yang menjadi salah satu masalah utama adalah bipolar. Bipolar berasal dari dua kata, yaitu bi dan polar. Bi berarti dua dan polar berarti kutub, maka bipolar adalah gangguan perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang (Panggabean, L.M., & Rona 2015). Dua kutub yang dimaksud adalah depresi dan manik. Depresi didefinisikan sebagai keadaan emosional yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, dan kehilangan minat dalam aktivitas yang biasanya dilakukan (Davidson, G.M., Neale, J.M., & King 2013).

Manik didefinisikan sebagai keadaan emosional dengan kegembiraan yang berlebih, mudah tersinggung, disertai hiperaktivitas, berbicara lebih banyak dari biasanya, serta pikiran dan perhatian yang mudah teralih. Salah satu gangguan yang dialami pasien dengan bipolar ditunjukkan merasa terlalu bahagia dan bersemangat, sangat sensitif, kurang tidur, halusinasi, merasa sangat bersedih, malas, dan kehilangan ketertarikan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti saat mengalami

perubahan suasana hati sedang tidak baik misalnya seperti ingin melakukan tindakan perilaku kekerasan.

Data *American Phisiatric Association* APA menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. 75% penderita skizofrenia mulai mengidapnya pada usia 16-25 tahun. Usia remaja dan dewasa muda paling beresiko karena pada tahap ini, kehidupan manusia penuh dengan berbagai tekanan (Stresor) (Ababar, 2011). Menurut WHO (2017), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Berdasarkan laporan kementerian kesehatan tahun 2019, angka gangguan jiwa di Jawa Timur menduduki nomor 1 di Indonesia Gangguan jiwa terbagi menjadi 2 bagian yaitu gangguan jiwa berat dan gangguan jiwa ringan. Menurut Riskesdas tahun 2018 disebutkan bahwa estimasi angka gangguan jiwa berat di Jawa Timur 0.19% (75.427 kasus ODGJ per tahun) dari jumlah penduduk berdasarkan Data Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035 BPS (Dinkes 2019). Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini adalah 236 juta orang, dengan kategori gangguan jiwa ringan 6% dari populasi dan 0,17% menderita gangguan jiwa berat, 14,3% diantaranya mengalami pasung. Tercatat sebanyak 6% penduduk berusia 15-24 tahun mengalami gangguan jiwa.

Berdasarkan hasil pencatatan hasil penelitian data Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada klien rawat inap yaitu, pada tahun 2020 di temukan masalah keperawatan yang berjumlah 2.875 orang, dengan rincian perilaku kekerasan 52 %, halusinasi 25 %, harga diri

rendah 8 %, defisit perawatan diri 2,3 %, isolasi social 10 %, sedangkan waham 1,7 %, dan resiko bunuh diri 1 %.

Gangguan bipolar akibat disregulasi sirkuit neural yang dipengaruhi oleh perubahan fungsional dan perubahan struktural, Episode mania dapat disebabkan karena adanya peningkatan kadar noradrenalin, serotonin dan dopamin. GABA juga dikaitkan akan kejadian gangguan bipolar. Setelah terjadinya eksositosis, GABA akan berdifusi dari presinap menuju celah sinap dan berikatan dengan reseptornya kemudian GABA akan direuptake menuju presinap dan diuptake menuju glia oleh GAT-1/2/3, peningkatan uptake akan mengakibatkan penurunan GABA pada celah sinap, efek dari penurunan GABA akan memicu terjadinya gangguan bipolar dengan episode depresi. Salah satunya sifat perilaku kekerasan yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun faktor predisposisi perilaku kekerasan antara lain faktor biologis terdiri dari neurologi faktor, faktor genetik, faktor biokimia, *intellectual drive theory*. Faktor psikologis terdiri dari teori psikoanalisa, *imitation, learning theory dan existensi theory*. Faktor sosial kultural terdiri dari *social environment theory dan social learning theory*. Faktor presipitasi perilaku kekerasan meliputi faktor internal kelemahan dan rasa percaya menurun, faktor eksternal yaitu penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai dan kritik (Azizah Lilik M 2016).

Perilaku kekerasan biasanya di sertai dengan amuk, gaduh, dan gelisah yang tak terkontrol. Dampak dari risiko perilaku kekerasan biasanya klien mempunyai ide/fikiran untuk melukai diri sendiri, merencanakan tindakan kekerasan,

mengancam, penyalah-gunaan obat, dan depresi berat. Berdasarkan dampak tersebut, maka klien dengan risiko perilaku kekerasan perlu dilakukan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi serta evaluasi yang komprehensif meliputi bio-psiko-sosial spiritual. Di butuhkan peran perawat dengan cara melakukan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Perawat dapat mencegah dan mengontrol perilaku agresif pasien dengan memberikan pendidikan mengenai cara mengekspresikan marahnya, respon adaptif maladaptif dan berkomunikasi menggunakan komunikasi terapeutik serta menyediakan berbagai aktivitas untuk meminimalkan perilaku klien yang tidak sesuai (Kusumawati 2013). Dukungan yang berasal dari keluarga dapat mempengaruhi perilaku individu itu sendiri. Keluarga memiliki lima fungsi dalam dukungan keluarga, yakni dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan jaringan, sosial, dukungan emosional dan instrumental.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan Ny.T A dengan diagnosa medis Bipolar di Ruang Jiwa Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan Ny.T A dengan diagnosa medis Bipolar di Ruang Jiwa Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny.T A dengan diagnosis medis Bipolar di Ruang Jiwa Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur
2. Merumuskan diagnosis keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny.T A dengan diagnosis medis Bipolar di Ruang Jiwa Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny.T A dengan diagnosis medis Bipolar di Ruang Jiwa Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny.T A dengan diagnosis medis Bipolar di Ruang Jiwa Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny.T A dengan diagnosis medis Bipolar di Ruang Jiwa Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny.T A dengan diagnosis medis Bipolar di Ruang Jiwa Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur .

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, makan tugas akhir ini di harapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah atau wawasan untuk mengetahui asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien Perilaku kekerasan dengan baik

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Perilaku kekerasan.

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Perilaku kekerasan

1.5 Metode penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses

keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan dengan klien dan tenaga kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien

2. Data Sukender

Data sekunder adalah data yang di peroleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yang mempelajari sumber buku yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang di bahas

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih muda dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.
 - b. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa utama Perilaku kekerasan, serta kerangka masalah.
 - c. BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - d. BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.
 - e. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan diuraikan tentang konsep teoritis sebagai landasan dalam studi kasus yang meliputi : konsep *Bipolar*, Konsep resiko perilaku kekerasan, Konsep asuhan keperawatan.

2.1 Konsep Bipolar

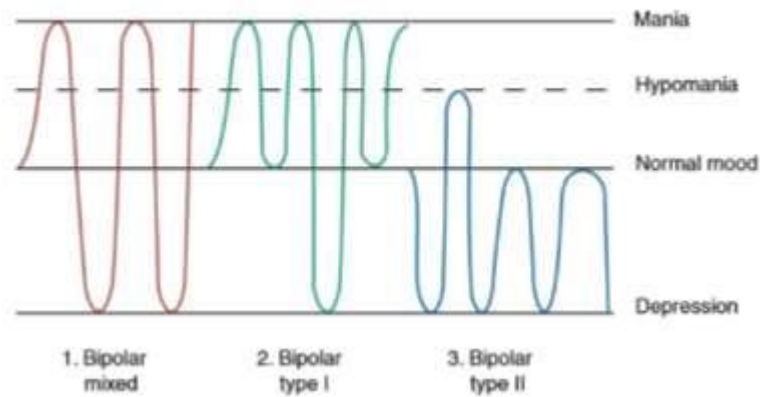
2.1.1 Definisi Bipolar

Gangguan Bipolar merupakan salah satu diantara gangguan mental yang serius dan dapat menyerang seseorang. Sifatnya melumpuhkan disebut mania-depresi (Panggabean, L.M., & Rona 2015). Gangguan bipolar sering dikaitkan dengan gangguan yang memiliki ciri yaitu naik turunnya mood, aktivitas dan energi (Mintz 2015). Kekambuhan sering terjadi dan akan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, perkawinan bahkan meningkatkan resiko bunuh diri (Furi.M.L 2014). Keadaan emosional orang dengan gangguan bipolar ekstrim dan intens yang terjadi pada waktu yang berbeda, atau bisa disebut mood. Episode ini dikategorikan sebagai mania, hipomania, episode campuran dan depresi (Ahuja 2011).

Menurut Aliansi Gangguan Kejiwaan Nasional (NAMI), bipolar adalah gangguan yang ditandai oleh perubahan mood atau suasana perasaan yang parah. Gangguan bipolar ini juga sering disebut gangguan unipolar (depresi berat), dimana perubahan suasana hati hanya di satu kutub saja namun dibandingkan dengan

Bipolar adalah perubahan suasana hati terjadi diantara dua kutub yang tinggi dan rendah (NIMH 2012).

Gambar dibawah ini menunjukkan gangguan mood pada Bipolar :



Gambar 2.1 siklus suasana hati pasien bipolar (Videbeck 2011)

Keterangan :

1. Bipolar campuran: siklus yang bergantian antara episode mania, suasana hati normal, depresi, suasana hati normal, mania, dan sebagainya.
2. Bipolar tipe I: episode mania dengan setidaknya satu episode depresi.
3. Bipolar tipe II: episode depresi berulang dengan setidaknya satu episode hipomania

Episode mania berlangsung secara tiba-tiba dan dalam jangka waktu 2 minggu sampai 4-5 bulan, sedangkan episode depresi cenderung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan) namun tidak sampai satu tahun kecuali pada orang usia lanjut (Depkes RI 2014)

2.1.2 Klasifikasi Gangguan Bipolar

- a. Bipolar tipe I ditandai dengan episode mania berat dan depresi berat (Ahuja 2011). Gangguan bipolar tipe I ini ketika kondisi mania, penderita ini sering dalam kondisi “berat” dan berbahaya.
- b. Bipolar tipe II, pada kondisi ini penderita masih bisa berfungsi melaksanakan kegiatan harian rutin. Tidak separah tipe I. Penderita mudah tersinggung. Kondisi depresinya berlangsung lebih lama dibandingkan dengan kondisi hipomania-nya. Kondisi hipomania muncul ketika terjadi kenaikan emosi.
- c. *Sycloth mic disorder* ialah bentuk ringan dari Gangguan jiwa bipolar (Jiwo.T 2012). *Syclothymic disorder* (disebut juga *cyclothymia*) didefinisikan dengan banyak periode gejala hipomania dan periode gejala depresi yang berlangsung minimal selama 2 tahun (1 tahun pada anak-anak dan remaja) (NIMH 2012). Kondisi mania dan depresi bisa mengganggu, tetapi tidak seberat pada Gangguan Bipolar I dan Tipe II (Jiwo.T 2012)
- d. Unipolar gejala yang diperlihatkan hanya satu gejala depresi saja. Sedangkan pada bipolar 1 dan 2 sama-sama memiliki episode manik dan depresi. Namun perbedaan terletak pada maniknya.

2.1.3 Etiologi Bipolar

A. Genetika

Genetika bawaan adalah faktor umum penyebab gangguan bipolar. Seseorang yang lahir dari orang tua yang salah satunya merupakan pengidap gangguan bipolar memiliki resiko mengidap penyakit yang sama sebesar 15 % - 30%. Bila kedua orangtuanya mengidap gangguan bipolar, maka berpeluang mengidap gangguan bipolar sebesar 50% - 75%.

B. Fisiologis

Sistem neurokimia dan gangguan suasana hati. Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengidap gangguan bipolar adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama di dalam otak. Sebagai organ yang berfungsi menghantarkan rangsang, otak membutuhkan neurotransmitter (saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya) dalam menjalankan tugasnya. Norepinephrin, dopamin, dan serotonin adalah beberapa jenis neurotransmitter yang penting dalam penghantaran impuls syaraf. Pada penderita gangguan bipolar, cairan-cairan kimia tersebut berada dalam keadaan yang tidak seimbang.

C. Lingkungan

Beberapa faktor lingkungan yang dapat memicu terjadinya gangguan bipolar :

- 1) Stres merupakan peristiwa kehidupan yang dapat memicu gangguan bipolar pada seseorang dengan kerentanan genetik. Peristiwa ini cenderung melibatkan perubahan drastis atau tiba-tiba-baik atau buruk seperti akan menikah, akan pergi ke perguruan tinggi, kehilangan orang yang dicintai, atau dipecat dalam pekerjaan.

- 2) Penyalahgunaan zat tidak menyebabkan gangguan bipolar, itu dapat membawa pada sebuah episode dan memperburuk perjalanan penyakit. Obat-obatan seperti kokain, ekstasi dan amphetamine dapat memicu mania, sedangkan alkohol dan obat penenang dapat memicu depresi
- 3) Perubahan musiman merupakan episode mania dan depresi sering mengikuti pola musiman. Episode mania lebih sering terjadi selama musim panas, dan episode depresif lebih sering terjadi selama musim dingin, musim gugur, serta musim semi (untuk negara dengan 4 musim).
- 4) Kurang tidur atau melewatkan beberapa jam istirahat dapat memicu episode mania.

2.1.4 Manifestasi klinis

Terdapat fluktuasi suasana hati yang berlanjut selama berbulan-bulan atau setelah satu episode, bisa terjadi bertahun-tahun tanpa terulangnya jenis apapun (Direja 2013)

a. Major depressive disorder

Episode depresi mengakibatkan seseorang berdelusi, berhalusinasi, dan berusaha bunuh diri lebih sering terjadi pada depresi bipolar daripada depresi unipolar (Direja 2013). Penderita terkadang memiliki suasana hati yang terus-menerus tertekan dan kehilangan kegembiraan dalam aktivitas yang biasanya memberi kesenangan, penurunan atau kenaikan berat badan, insomnia (yaitu tidur terlalu sedikit) atau hipersomnia (yaitu terlalu banyak), agitasi psikomotor (yaitu

gerakan gelisah) atau retardasi (yaitu memperlambat gerakan), kehilangan energi, perasaan bersalah, penurunan konsentrasi, ragu, keputusasaan atau pikiran untuk bunuh diri yang sengaja maupun tidak di sengaja (Smith, 2014).

b. Maniac episode

Manik biasanya dimulai dengan tiba-tiba, dan gejala meningkat selama beberapa hari. Seperti perilaku aneh, halusinasi, dan delusi paranoid, terjadinya penurunan produktifitas di masyarakat (Direja 2013). Pasien bertindak impulsif dan pada saat yang sama merasa memiliki keyakinan dan tujuan (Fathonah.N 2014)

c. Hypomanic episode

Episode hipomania tidak ada kerusakan yang nyata dalam fungsi sosial atau pekerjaan, tidak ada delusi, dan tidak ada halusinasi. Beberapa pasien mungkin lebih produktif dari biasanya, namun 5% sampai 15% pasien dapat dengan cepat beralih ke episode manik (Fathonah.N 2014)

2.1.5 Penatalaksanaan

A. Terapi non farmakologi

1. Psikoterapi

Menggobati penyalagunaan zat serta pemberian nutrisi yang baik dengan protein normal dan asupan asam lemak esensial, berolahraga, tidur yang cukup, pengurangan stres, dan terapi psikososial (Direja 2013).

Beberapa perawatan psikoterapi yang digunakan untuk mengobati gangguan bipolar meliputi (Fathonah.N 2014) :

- a. Terapi kognitif (CBT)
 - b. Terapi keluarga
 - c. Terapi psychotherapy interpersonal
2. Electroconvulsive therapy

Bentuk perawatan psikologis yang berbeda telah terbukti membantu mengurangi gejala depresi (Direja 2013). Electroconvulsive therapy (*ECT*) adalah perawatan yang aman dan efektif untuk penyakit mental berat tertentu, Pasien dengan depresi adalah target untuk ECT yang cocok untuk diterapkan.

B. Terapi farmakologi

Penatalaksanaan secara farmakologi *first-line* dalam pengobatan episode *manic* dan episode depresi berulang dari gangguan bipolar adalah Litium. Golongan obat penstabil *mood* atau antikonvulsan juga telah banyak digunakan (contohnya, carbamazepine dan asam valproat) untuk pengobatan episode mania akut dan untuk pencegahan kekambuhannya. Lamotrigin juga dapat digunakan untuk terapi pencegahan kekambuhan. aripiprazol, klorpromazin, olanzapine, quetiapine, risperidone, dan ziprasidoneare disetujui oleh FDA untuk pengobatan episode *manic* gangguan bipolar.

Pengobatan adjuvan jangka pendek dengan benzodiazepine juga dapat membantu (Meiantari 2016). Mekanisme kerja Diazepam dengan cara mengurangi konsentrasi epinefrin plasma, serta menurunkan kecemasan, dan sebagai hasilnya Diazepam meningkatkan fungsi seksual pada orang yang terhambat oleh kecemasan (Direja 2013).

Terapi untuk bipolar dibagi menjadi 2 yaitu terapi fase akut dan terapi pemeliharaan. Pengobatan gangguan bipolar harus dilakukan secara individual karena gambaran klinis, keparahan dan frekuensi terjadi yang bervariasi antar pasien (Kusumawati 2013).

2.2 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Hal itu dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan (Direja 2017).

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan. Hal itu dapat dilakukan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Direja 2017).

2.2.2 Etiologi

Menurut (Wedanthi 2022), masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatar belakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

A. Faktor predisposisi

1. Faktor biologis

- a. Teori dorongan naluri (*instinctual drive theory*) Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

- b. Teori psikomatik (*psycomatik 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 psikologis

- a. Teori agresif frustasi (*frustasion aggresion theory*) Teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagian hasil akumulasi frustasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.
- b. Teori perilaku (*behaviororal theory*) Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima saat melakukan kekerasan 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 sosiokultural

a. Faktor lingkungan sosial (*social environment theory*)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

b. Teori belajar sosial (*social learning theory*)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

B. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stressor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Stressor dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain.

Stresor yang berasal dari dalam dapat berupa, kehilangan keluarga, atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain-lain. Selain itu, lingkungan yang kurang kondusif, seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu perilaku kekerasan

2.2.3 Manifestasi

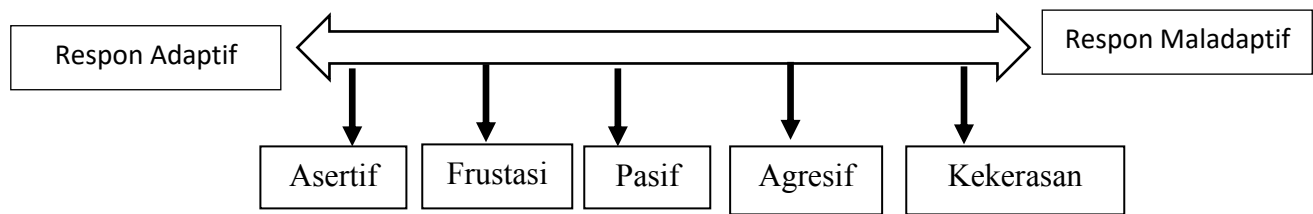
Menurut (Videbeck 2011) tanda dan gejala pada pasien perilaku kekerasan yaitu:

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam

3. Mengantupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Bicara kasar
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
7. Mengancam secara verbal dan fisik
8. Melempar atau memukul benda atau orang lain
9. Merusak barang
10. Tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengcontrol perilaku kesehatan

2.2.4 Rentan Respon

Rentang respon perilaku kekerasan menurut Azizah,dkk (2016) dimulai dari rentang respon normal (adaptif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif)



Gambar 2.1 rentan respon

Asertif frustrasi pasif agresif. Perilaku kekerasan keterangan :

- a. Asertif : individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain ketenangan
- b. Frustrasi : individu gagal mencapai tujuan, kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.

- c. Pasif : perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
- d. Agresif : memperlihatkan permusuhan, keras, dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai orang lain.
- e. Kekerasan : menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman, melukai pada tingkat ringan dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak dapat mengendalikan / hilang kontrol.

2.2.5 Mekanisme Koping

Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain :

- a. Subliminasi : menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal
- b. Proyeksi : menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik.
- c. Represi : mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke dalam sadar.
- d. Reaksi formasi : mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebih lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.

- e. Displacement : melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan.

2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu :

- a. Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan mempunyai dosis efektif tinggi, contohnya: clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya.

- b. Terapi okupasi :

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja. Terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur dapat pula dijadikan media yang penting setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman.

- c. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat.

d. Terapi somatik

Terapi yang diberikan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, terapi adalah perilaku pasien.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Dalam Buku Keperawatan Jiwa Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa (Saliansyah 2017)

A. Faktor predisposisi

Faktor-faktor mendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah faktor biologis, psikologis dan sosial kultural.

1. Faktor biologis

a) *Instinctual Drive Theory* (Teori Dorong Naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan di sebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.

b) *Psychomatic Theory* (Teori Psikomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respons psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun di lingkungan. Dalam hal ini sistem limbik berperan sebagai pusat untuk mengespresikan maupun menghambat rasa marah

2. Faktor psikologis

a) *Frustration Anggression Theory* (Teori Agresif Frustrasi)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk untuk mencapai suatu gagal atau menghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan prustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b) *Behavior theory* (Teori Perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat di capai apabila tersedia fasilitas / situasi yang mendukung.

c) *Ekstensial theory* (teori ekstensial)

Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan menemuinya melalui berperilaku destruktif.

3. Faktor sosial kultural

a) *Social Environment Theory* (Teori Lingkungan Sosial)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individual mengepresikan marah. Norman budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

b) *Social Learning Theory* (Teori Belajar Sosial)

Perilaku kekerasan dapat di pelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

B. Faktor presipitasi

Stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stresor tersebut dapat disebabkan dari luar (serangan fisik, kehilangan, rasa cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain) maupun dalam (putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain). Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan, yang mengarah pada keinginan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

C. Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti "displacement" proyeksi, persepsi, denial dan reaksi formasi.

D. Perilaku

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan :

- 1) Menyerang atau Menghindar (*fight or flight*) Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan TD meningkat, takikardia, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi Hcl meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat di sertai ketegangan otot, seperti rahang terkutup, tangan di kepala, tubuh menjadi kaku, di sertai reflek yang cepat.

2) Menyatakan secara asertif (*Assertiveness*)

Perilaku yang sering di tampilkan individu dalam menegepresikan kemarahan nya yaitu dengan perilkau pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengepresikan rasa marah tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Di samping itu perilaku ini dapat juga untuk mengembangkan diri klien.

3) Memberontak (*Acting Out*)

Perilaku yang muncul biasanya di sertai kekerasan akibat konflik perilaku “Actin Out” untuk menarik perhatian orang lain.

4) Perilaku kekerasan

Tindakan kekersan atau amuk yang di tunjukkan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Dalam buku Model Praktik Klinik Keperawatan Jiwa AIPVIKI (Dermawan, D. 2013), terdapat data mayor dan minor yang akan terjadi pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Data mayor

a. Subyektif

- 1) Mengancam
- 2) Mengumpat dengan kata-kata kasar
- 3) Berbicara keras dan kasar

b. Obyektif

- 1) Agitasi
- 2) Meninju

- 3) Menusuk/melukai dengan senjata tajam
- 4) Memukul kepala sendiri
- 5) Membentur-benturkan kepala
- 6) Membanting, melempar, mendobrak pintu
- 7) Berteriak-teriak

2. Data minor

a. Subyektif

- 1) Mengatakan ada yang mengecek, mengancam
- 2) Mendengar adaa suara yang menjelekkan
- 3) Merasa orang lain mengancam dirinya
- 4) Mengelu kesal dan marah dengan orang lain

b. Obyektif

- 1) Menjauh dari orang lain
- 2) Katatonia
- 3) Muka tegang
- 4) Mata melotot
- 5) Mondar-mandir

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Saliansyah (2017) dalam bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, ditemukan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Resiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.

2. Perilaku kekerasan
3. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
4. Gangguan Harga Diri : Harga Diri Rendah
5. Koping Individu Tidak Efektif

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Aisy (2019) dalam bukunya, Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

1. Tindakan Keperawatan Perawat

a) Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu mengkaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- 2) Pasien mampu mengkaji penyebab risiko perilaku kekerasan
- 3) Pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu memahami akibat dari risiko perilaku kekerasan

b) Tindakan Keperawatan

- 1) Latih pasien untuk melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.
- 2) Latih pasien untuk bicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
- 3) Latih de-eskalasi secara verbal maupun tertulis

- 4) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya)
- 5) Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi).
- 6) Bantu pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.
- 7) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
- 8) Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

2. Tindakan Pada Keluarga

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluarga mampu memahami pengertian risiko perilaku kekerasan.
- 2) Keluarga dapat memahami penyebab risiko perilaku kekerasan.
- 3) Keluarga dapat memahami dan menjelaskan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.
- 4) Keluarga mampu memahami cara merawat pasien risiko perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses.
- 3) Terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien.
- 4) Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien.
- 5) Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan pasien.
- 6) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman
- 7) Mengurangi stress di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien.
- 8) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

3. Tindakan Pada Kelompok Pasien (TAK)**a. Tindakan Keperawatan**

Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi

- 1) Sesi 1 : Mengenal risiko perilaku kekerasan yang biasa di lakukan
- 2) Sesi 2 : Mencegah risiko perilaku kekerasan secara fisik
- 3) Sesi 3 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan verbal
- 4) Sesi 4 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual

- 5) Sesi 5 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan.

Implementasi keperawatan jiwa pada resiko perilaku kekerasan ada 5 SP sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu melakukan rencana dan implementasi dalam asuhan keperawatan sebagai pendekatan yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan. Ada lima strategi pelaksanaan dalam mengontrol perilaku kekerasan, yaitu :

1. SP 1 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan latihan nafas dalam,
2. SP 2 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan teknik pukul bantal,
3. SP 3 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan perilaku verbal
4. SP 4 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
5. SP 5 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat (8 benar)

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Azizah Lilik M 2016) dalam Bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Adapun Evaluasi pada pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan pada pasien dan keluarga yaitu :

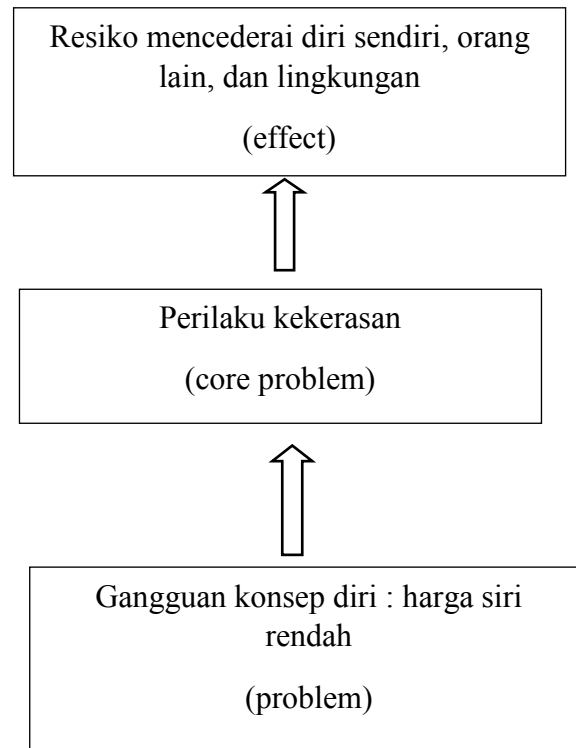
1. Pada pasien
 - a. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan yang biasanya dilakukan, serta akibat dari risiko perilaku kekerasan yang dilakukan.
 - b. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi :
 - 1) Secara fisik
 - 2) Secara sosial/ verbal
 - 3) Secara spiritual

4) Terapi psikofarmaka

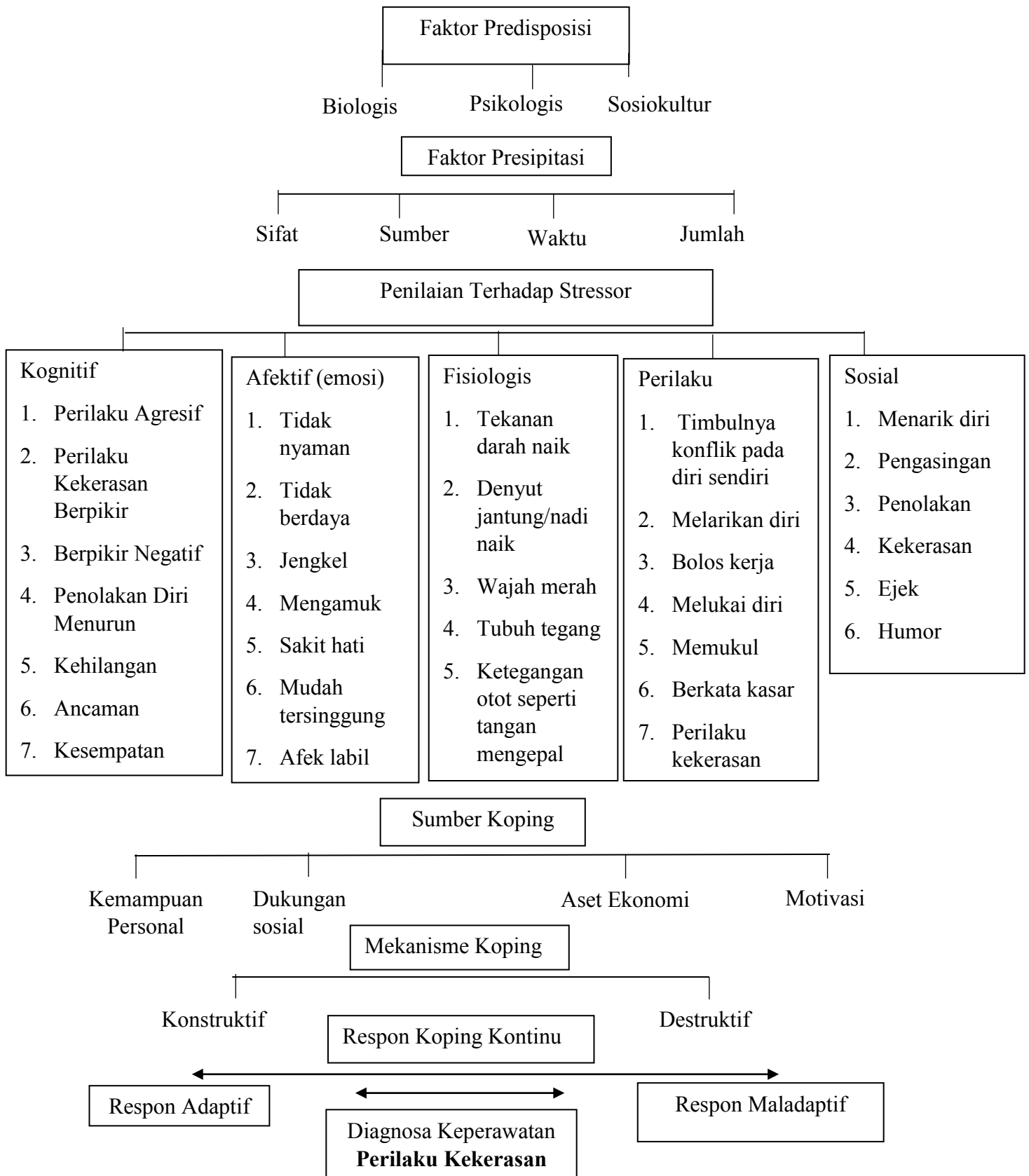
2. Pada Keluarga

- a. Keluarga mampu mencegah terjadinya risiko perilaku kekerasan
- b. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
- c. Keluarga mampu memotivasi pasien dengan melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan
- d. Keluarga mampu mengidentifikasi risiko perilaku pasien yang harus dilaporkan pada perawat

2.3.6 Pohon Masalah



2.4 Konsep Adaptasi Stress Stuart



2.5 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Prasty, & Arum (2017). Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya.

Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain:

a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

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

c. Memberontak

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

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

2.6 Literature Review

No	Judul, Penulis, Tahun Penerbit	Jenis Penelitian	Desain	Sampel	Variabel Yang Diukur	Instrumen	Analisis Uji	Hasil Temuan
1.	Stigmatisasi Dan Perilaku Kekerasan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Indonesia. Muhammad Arsyad Subu, 2016	<i>Constructivist Grounded Theory</i>	metode Paillé	Pasien skizofrenia dan perawat laki-laki dan perempuan yang bekerja di rumah sakit	Dampak stigmatisasi dalam hubungannya dengan perilaku kekerasan terhadap penderita; serta untuk mengetahui perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita terhadap orang lain.	Wawancara semiberstruktur yang direkam menggunakan digital audio	—	Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga takut menghadapi anggota keluarga ODGJ, terutama karena risiko perilaku kekerasan
2.	Aplikasi Terapi Relaksasi	Penelitian kuantitatif	Total sampling	Sebanyak 1 orang responden	pengaruh aplikasi terapi	metode wawancara, observasi, studi	—	Hasil aplikasi ini menunjukkan bahwa ada

	Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur. Ernawati Hamidah, 2021			yaitu pasien dengan risiko perilaku kekerasan.	relaksasi nafas dalam pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Desa Maleber Kabupaten Cianjur	dokumentasi dan mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam yang dilakukan selama 3x pertemuan dalam 3 hari efektif		pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah pada orang gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 kali kunjungan.
3.	Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa	Penelitian kuantitatif	<i>pre-experimental one group pre-test and post-test design</i>	20 responden	Bagaimana pengaruh komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan	pre-test and post test design, yang bertujuan untuk melihat perbandingan rata-rata sebelum dan sesudah perlakuan dengan komunikasi terapeutik	uji T test dependen	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi komunikasi terapeutik dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan p-value

	Provinsi Jambi.Vevi Putri,2018							0,013 (p-value <0,05)
4.	Hubungan Terapi Kombinasi Mood Stabilizer dan Antipsikotik dengan Kemampuan Fungsional Pasien Gangguan Afektif Bipolar di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. Nadia Utami noor, 2021	analitik deskriptif	penelitian cohort retrospektif	Sampel penelitian yaitu sebanyak 46	Umengetahui hubungan pemberian kombinasi terapi mood stabilizer dan antipsikotik terhadap kemampuan fungsional pasien dengan gangguan bipolar afektif	formulir pengambilan data yang digunakan untuk mengumpulkan data sekunder yang diambil dari catatan rekam medis pada pasien gangguan bipolar di rawat inap RSJ Grhasia Yogyakarta secara retrospektif	uji Chi-Square	Hasil menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara pemberian kombinasi mood stabilizer dan antipsikotik terhadap kemampuan fungsional pasien gangguan afektif bipolar [Odds Ratio (OR) = 1,71; 95% Confidence Interval (CI): 0,37 – 7,95 ; p = 0,963)
5.	Analisis Drug Related Problems Penggunaan Antipsikotik	Jenis penelitian deskriptif	desain non-eksperimental	total sampling	penderita gangguan bipolar dengan usia ≥ 20 tahun,	data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi	analisis diskriptif yang bersifat retrospektif	hasil analisis data diperoleh DRPs yang sering terjadi adalah masalah

	<p>Pada Penderita Gangguan Bipolar Di Rumah Sakit Jiwa “X” Surabaya. Norma Camelia, 2016</p>				<p>pernah didiagnosa oleh dokter mengalami gangguan bipolar, dan mendapatkan terapi obat antipsikotik</p>	<p>karakteristik demografi pasien (jenis kelamin, usia, berat badan, status marital, status pasien, dan pendidikan), profil penggunaan obat (nama obat antipsikotik beserta kandungannya, golongan antipsikotik, dosis, cara pemberian, dan obat lain yang digunakan)</p>	<p>terkait pemilihan obat yang kurang tepat untuk pasien dan juga termasuk kontraindikasi dengan pasien (45,92%), dan masalah interaksi obat yang dapat meningkatkan timbulnya reaksi obat yang tidak dikehendaki (25,51%).</p>
--	---	--	--	--	---	---	---

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang di laksanakan pada tanggal 14 s.d 16 Desember 2021 dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Ruangan rawat : Ruang Flamboyan Tanggal dirawat/MRS : 29 November 2021

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah Ny T.A dengan no RM 54-09-XX seorang perempuan berusia 29 tahun beragama Islam. Pasien adalah anak ke 2 dari 2 bersaudara dan sudah menikah.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien dibawah oleh suami, kakak, dan mertua ke Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di karenakan marah-marah dan membanting hp suaminya, pasien di bawah ke IGD tanggal 29 November 2021.

Keluhan Utama : Pasien mondar-mandir, pasien tegang dan gelisah, saat di ajak bicara kotak mata pasien kurang tatapan pasien tampak tajam / sinis, kadang berbicara keras.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa : Saat ditanya pasien mengatakan sudah 2 kali masuk ke Rumah sakit jiwa menur yang pertama perilaku kekerasan dan yang kedua perilaku kekerasan.
2. Pengobatan sebelumnya : kurang berhasil karena pasien kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat.
3. Pengalaman : Pasien mengatakan pernah mengalami penolakan oleh mertuanya, karena mertua tidak merestui pernikahannya dengan suaminya serta mertuanya malu mempunyai menantu gangguan jiwa.

Masalah keperawatan : Regimen Terapeutik In Efektif, Koping Individu In Efektif, Koping Keluarga In Efektif

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : Dalam rekam medis pasien di dapatkan data tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan : Saat di tanya kejadian traumatis di masa lalu pasien mengatakan orang tua dari suami tidak menyukainya dan tidak menginginkan pasien berada dirumah, saat bercerita pasien tampak merasa cemas

Masalah keperawatan : Sindrom Pasca Trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital

Tekanan darah : 113/76 mmHg

Nadi : 106x/mnt

Suhu : 36,1°C

Pernapasan : 20x/mnt

2. Ukur

Tinggi Badan : 160cm

Berat Badan : 56 kg

3. Keluhan Fisik

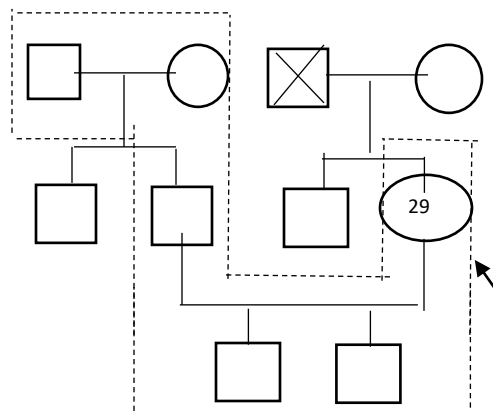
Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya.

Jelaskan : saat dikaji pasien tidak mengeluh sakit dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Keterangan :

□ : Lak-laki

○ : Perempuan

↖ : Pasien

✕ : Meninggal

----- : Tinggal Satu Rumah

2. Konsep diri

a. Gambaran diri

Pasien senang dengan bentuk tubuhnya dan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai

b. Identitas

Pasien mengatakan namanya Ny T.A, pasien menyebutkan usianya 29, berjenis kelamin perempuan, klien mengatakan bahwa dirinya sudah menikah mempunyai 2 anak laki-laki.

c. Peran

Pasien sadar perannya sebagai seorang ibu bagi anaknya

d. Ideal diri

Pasien berharap bisa berkumpul dengan keluarganya dan mertuanya bisa menerima kehadiran dirinya

e. Harga diri

Pasien mengatakan tidak berguna dan tidak di hargai dengan mertuanya saat berada di rumah

Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri : HDR

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah anak dan suaminya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien tampak aktif dalam berkelompok dan kegiatan dirumah sakit.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan mudah bergaul dengan temannya

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien beragama islam, pasien mengatakan bahwa apa yang dirasakan saat ini adalah balasan apa yang dilakukan dahulu

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan jarang melakukan ibadah (sholat)

Masalah keperawatan : Distress Spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian pasien tampak rapi, rambut rapi, kuku bersih

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji mengenai kenapa dia di bawa ke rumah sakit jiwa pasien menjawab dengan intonasi keras

Masalah keperawatan : Perilaku Kekerasan

3. Aktivitas motorik

Saat pengkajian pasien terlihat tegang dan kadang terlihat gelisah

Masalah keperawatan : Perilaku Kekerasan

4. Alam perasaan

Saat pengkajian pasien mengatakan sedih karena berpisah dengan anak dan suaminya

Masalah keperawatan : Ketidakberdayaan

5. Afek

Saat pengkajian afek pasien labil kadang mau kadang tidak mau

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

6. Interaksi selama wawancara

Saat pengkajian pasien menjawab pertanyaan dengan kontak mata pasien kurang, mudah tersinggung dan tegang

Masalah keperawatan : Perilaku Kekerasan

7. Persepsi halusinasi

Tidak terdapat halusinasi pendengaran, pengelihatan, pembauan, perabaan, maupun pengecapan

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8. Proses pikir

Saat pengkajian pasien tidak mengalami gangguan proses pikir

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

9. Isi Pikir

Saat pengkajian pasien tidak mengalami gangguan isi pikir seperti :
waham, obsesi, phobia, pikiran yang magis

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

10. Tingkat kesadaran `

Pasien saat pengkajian sadar kalau saat ini sedang berada di rumah sakit jiwa menur, pasien mampu menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalnya

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Memori

Saat pengkajian pasien mampu mengingat dan menceritakan kembali tentang hidupnya

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Saat pengkajian pasien tampak mudah beralih konsentrasi dan kurang fokus

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Saat pengkajian pasien dapat mengambil keputusan sederhana

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

14. Daya tilik diri

Saat pengkajian pasien mengatakan mengetahui bahwa dirinya sedang sakit

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

Jelaskan : pasien menghabiskan 1 porsi makannya dan pasien mendapatkan makan 3 kali sehari.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3) Tidur

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada masalah pada pola tidurnya. Pasien mengatakan segar setelah bangun tidur dan pasien mengatakan memiliki kebiasaan tidur siang. Saat tidur malam pasien mengatakan tidur jam 20.00 sampai jam 06.00 pagi. Dan saat tidur siang jam 13.00 sampai dengan 15.00. pasien mengatakan tidak ada mengalami sulit tidur, bangun terlalu pagi, somnambulisme, terbangun saat tidur gelisah saat tidur, atau berbicara saat tidur.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. Kemampuan pasien dalam

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri dan membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri. Pasien belum mampu untuk mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatan

Masalah keperawatan : Ketidakefektifan Regimen Terapi

d. Klien memiliki sistem pendukung

Saat pengkajian pasien mengatakan diantar oleh suami ke rumah sakit jiwa menor dan mendapatkan perawatan, selama pasien di rawat keluarga pasien tidak pernah menjenguk pasien di rumah sakit jiwa menor.

Masalah keperawatan : Koping Keluarga In efektif

- e. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi. Saat pengkajian pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan lebih banyak diam dikamar

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.8 Mekanisme koping

Saat pengkajian pasien mampu berbicara dengan orang lain dan pasien mampu menyelesaikan masalah

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.9 Masalah psikososial dan lingkungan

- a. Pasien sering berkumpul dengan temannya dan tidak memiliki masalah dengan dukungan kelompok
- b. Pasien mudah bergaul dengan temannya dan lingkungannya
- c. Pasien mengatakan pada pendidikan pasien lulusan SMA
- d. Pasien mengatakan tidak bekerja, kebutuhan sehari-hari dibantu oleh suami
- e. Pasien mengatakan tinggal serumah bersama dengan mertuanya
- f. Masalah ekonomi pasien mengatakan tidak bekerja
- g. Masalah pelayanan kesehatan pasien tampak kooperatif saat diberikan pelayanan kesehatan, tempat tinggal pasien dekat dengan puskesmas
- h. Saat pengkajian pasien mengatakan selalu disalahkan oleh mertuanya

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat dikaji tentang penyakit jiwa serta obat-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tahu.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif, Defisit Pengetahuan

3.1.11 Data Lain-Lain :

a) Hasil Swab : Negatif

3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa medik : *Bipolar Affective Disorder, Current Episode Severe Depression With Psychotic Symptoms (F.31.5)*

Terapi Medik : Trihexyphenidil 2x1 tab (2 mg) untuk mengobati gejala parkison,

Risperidone 2x1 tab (3mg) untuk mengobati skizofrenia dan gangguan bipolar

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Harga Diri Rendah
- b. Perilaku Kekerasan
- c. Distress Spiritual
- d. Koping Keluarga In Efektif
- e. Koping Individu In Efektif
- f. Regimen Terapeutik In Efektif

g. Risiko Kekambuhan

h. Defisit Pengetahuan

3.1.14 Diagnosa Keperawatan

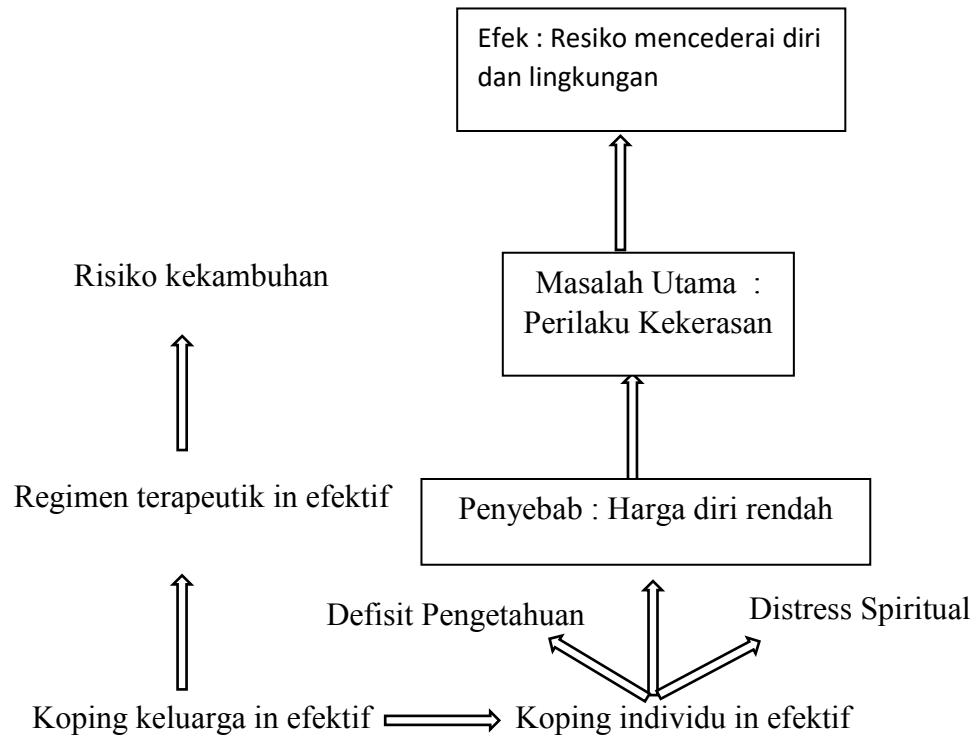
Perilaku Kekerasan

Surabaya, 21 Juni 2021



Dwiki Febrianikamah,S.Kep

3.2 Pohon Masalah






Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan Pada Ny T.A

3.3 Analisa Data

Nama : Ny T.A NIRM : 54-09-XX RUANGAN : FLAMBOYAN

Tabel 3.1 Analisa Data Pada Klien Perilaku Kekerasan

HARI / TGL	DATA	Etiologi	Masalah	TT PERAWAT
14 Desember 2022	DS : 1. Pasien mengatakan alasan di bawa ke rumah sakit jiwa karena pasien marah-marrah dan membanting hp suaminya DO : 1. Pasien bicara intonasi keras 2. Pasien tampak gelisah dan tegang 3. Afek pasien labil 4. Tatapan pasien tampak tajam	Kerusakan Kognitif	Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146 Hal 312)	
14 Desember 2022	DS : 1. Pasien mengatakan tidak di sukai dengan mertuanya 2. Pasien mengatakan selalu disalahkan mertuanya DO : 1. Pasien tampak gelisah dan tegang 2. Tatapan pasien tampak tajam	Riwayat Korban Perilaku Kekerasan	Sindrom Pasca Trauma (SDKI, D.0104)	

14 Desember 2021	DS : 1. Pasien mengatakan tidak berguna dan tidak di hargai dengan mertuanya saat berada di rumah DO : 1. Pasien tampak murung 2. Pasien tampak sedih 3. Kontak mata kurang	Ketidakadekuatan Strategi Koping	Koping Individu In Efektif (SDKI,D.009 6 Hal 210)	
------------------------	--	-------------------------------------	---	---

			<p>memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan 5. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu : relaksasi, tarik nafas dalam 	<p>sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 	<p>penyebab perasaan emosi</p> <ul style="list-style-type: none"> — Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami — Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien <ol style="list-style-type: none"> 3. Melatih pasien dengan cara fisik 1: Relaksasi Tarik nafas dalam 4. Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat 	<p>mengatasi dan akibat dari resiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> — Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain untuk mengontrol dirinya dari emosi — Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan
2.	14/12/2021	Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya 	<ul style="list-style-type: none"> — Membantu pasien untuk menentukan kegiatan

			<p>resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan 5. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 2 yaitu : Pukul 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu : pukul bantal /kasur 3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan 5. Pasien mampu menyebutkan akibat resiko perilaku kekerasan 6. Pasien mampu mempraktikkan cara fisik1 yaitu: relaksasi, tarik nafas 7. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur 8. Anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> — Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar — Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan
--	--	--	--	--	---	---

			bantal/Kasur			
3.	14/12/2021	Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara berbicara dengan baik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik 3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi 	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/ kasur 3. Latih pasien dengan verbal yang baik seperti : <ul style="list-style-type: none"> — Meminta dengan baik — Menolak dengan baik — Mengungkapkan perasaan dengan baik 4. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian 	<ul style="list-style-type: none"> — Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya — Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar — Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

			5. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik (meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)	latihan yang dilakukan 5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan		
4.	14/12/2021	Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual : 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan	1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah	SP 4 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 yaitu: berbicara dengan baik 3. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah 4. Anjurkan pasien memasukkan ke	— Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya — Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar — Membantu

					dalam kegiatan harian	pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan
5.	14/12/2021	Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan 5. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat 2. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 3. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 4. Pasien mampu membedakan 	<p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 yaitu: berbicara dengan baik 3. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian 	<ul style="list-style-type: none"> — Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya — Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar — Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang

			dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah	perasaannya sebelum dan sesudah latihan		sudah diberikan
--	--	--	---	---	--	-----------------


3.5 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny TA


NIRM : 54-09-XX

Ruangan : Flamboyan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi


Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Tt Perawat
14 Desember 2021	Perilaku Kekerasan	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien 2. Membantu pasien mengenal resiko perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan 3. Membantu pasien mengungkapkan apa yang sedang dirasakan dan dialami	S : — Pasien mengatakan “nama saya T.A” — Pasien mengatakan suka marah-marah dan membanting barang	

		<p>4. Membantu pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu: relaksasi, tarik nafas dalam</p>	<p>— Pasien Mengatakan dapat melakukan latihan fisik tarik nafas dalam</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan antusias 2. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan 	
--	--	--	---	--


			<p>cara latihan fisik 1 (tarik nafas dalam)</p> <p>3. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan tarik napas dalam dengan bantuan perawat</p> <p>A: Sp 1 Teratasi</p> <p>P : Lanjut Sp 2</p>	
15 Desember 2021	Perilaku kekerasan	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien 2. Mengevaluasi kembali tindakan yang telah dilakukan yaitu SP 1 pasien mampu mempraktikkan latihan fisik 1 dengan tarik napas dalam. 3. Membantu pasien untuk berlatih 	<p>S :</p> <p>— Pasien mengatakan sudah bisa menerapkan cara</p>	

		<p>mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu: pukul bantal/ kasur</p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya</p> <p>5. Mengajak pasien untuk mengikuti kegiatan TAK pukul bantal (Terapi Aktivitas Kelompok)</p>	<p>fisik tarik napas dalam</p> <p>— Pasien mengatakan dapat menerapkan pukul bantal untuk latihan selanjutnya</p> <p>— Pasien menolak untuk melakukan kegiatan TAK</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien mengingat nama dan menyapa perawat</p> <p>2. Pasien kooperatif</p>	
--	--	---	---	--

			<p>tetapi masih berbicara dengan intonasi keras</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan kembali perasaan kesalnya beserta alasannya</p> <p>4. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur dan bantal dikamar dengan bantuan</p>	
--	--	--	---	--

			perawat A : Sp 2 berhasil P: lanjutkan ke Sp 3	
16 Desember 2021	Perilaku Kekerasan	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien dengan cara fisik yang telah dilakukan yaitu SP 2 3. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 yaitu: meminta dnegan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik 4. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya 	<p>S :</p> <p>— Pasien mengatakan perasaannya sedikit lega saat melakukan pukul bantal</p> <p>— Pasien dapat melakukan bicara verbal dengan baik seperti meminta tolong dengan baik, menolak dengan</p>	

			<p>baik</p> <p>— Pasien mengatakan sudah jarang mengamuk</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien kooperatif dan antusias2. Pasien sudah mulai berbicara dengan nada yang biasa3. Pasien mampu menyebutkan kembali cara bicara verbal yang baik	
--	--	--	---	--

			<p>4. Pasien mampu mengikuti dan mempraktekkan bicara verbal yang baik dengan bantuan perawat</p> <p>A : Sp 3 berhasil</p> <p>P : lanjutkan Sp 4</p>	
16 Desember 2021	Perilaku Kekerasan	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien dengan cara fisik yang telah dilakukan yaitu SP 3 3. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 4 yaitu: berdoa dan beribadah 4. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol perilaku kekerasan 	<p>S :</p> <p>— Pasien mengatakan saat ingin marah langsung menerapkan cara fisik tarik napas dan</p>	

		<p>dengan cara fisik 5 yaitu: minum obat secara teratur</p> <p>5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya</p>	<p>memukul bantal</p> <p>— Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan marahnya terkontrol</p> <p>— Pasien mengatakan rutin minum obat saat di RSJ</p> <p>— Pasien mengatakan untuk sholat 5 waktu jarang di lakukan</p> <p>O :</p> <p>— Pasien kooperatif</p>	
--	--	--	---	--

			<p>dan antusias</p> <ul style="list-style-type: none">— Pasien terlihat minum obat secara teratur— Saat terdengar adzan pasien tidak melaksanakan sholat— Pasien sudah dapat mengontrol marahnya dengan baik menggunakan cara fisik yang diajarkan perawat	
--	--	--	--	--

			<p>A : SP 4 dan SP 5</p> <p>teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan kegiatan harian dengan menerapkan cara fisik yang telah diajarkan sebelumnya dan masukkan jadwal harian.	
--	--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini pembahasan akan diuraikan tentang asuhan keperawatan jiwa Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny T.A Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Bipolar Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang di laksanakan mulai tanggal 11 sampai 16 Desember 2021 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan` evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap ini penulis menemukan kesenjangan pada saat melakukan pengkajian setelah di rawat di Rumah Sakit Jiwa Menur dimana pada tahap ini penulis sedikit mendapatkan kendala dalam memperoleh data dan riwayat keluarga karena selama pengkajian pada pasien, keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah : Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya pada klien supaya lebih dekat dan lebih percaya dengan menggunakan perasaannya. Melakukan pengkajian kepada klien secara wawancara. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status klien, melihat buku rawatan.

Menurut penulis perilaku kekerasan yang dialami pada Ny T.A disebabkan oleh faktor predisposisi, yakni adanya penolakan dari mertua terhadap pasien dimana data yang didapat, klien sudah 2 kali keluar masuk dan di rawat di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur. Pasien masuk tanggal 29 November 2021, dengan masalah

utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Bipolar. Saat berada di ruangan di dapatkan bahwa klien sering mondar-mandir, pasien tegang dan gelisah, kontak mata pasien kurang, tatapan pasien tampak tajam / sinis, kadang berbicara keras.

Dalam tinjauan teori, terdapat beberapa faktor yang perlu dikaji pada pasien perilaku kekerasan menurut Dermawan, D. (2013). Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini : Muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memeluk benda / orang lain, merusak barang atau benda ,tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.

Sehingga dapat disimpulkan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka nyata, tidak ada kesenjangan. Karena data dari kasus nyata sama dengan teori baik penyebab, tanda dan gejala pasien dengan perilaku kekerasan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan pada perilaku kekerasan dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sebagai berikut : pada tinjauan pustaka koping individu tidak efektif : Harga diri rendah sebagai penyebabnya, perilaku kekerasan sebagai masalah utama dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebagai efek dari masalah utama.

Berdasarkan diagnosa pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan kesenjangan pada masalah keperawatan yang timbul pada tinjauan kasus, yaitu :

harga diri rendah, perilaku kekerasan, distress spiritual koping keluarga in efektif, koping individu in efektif dan regimen terapeutik in efektif. Kesamaan yang timbul antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ialah masalah koping individu in efektif dikarenakan pasien tidak dapat dengan mudah memecahkan masalah yang terjadi pada pasien, ekspresi pasien yang langsung marah / ingin memukul orang, pasien tidak dapat mengambil keputusannya untuk masalahnya sendiri.

4.3 Rencana Keperawatan

Masalah yang sering muncul pada klien gangguan jiwa khususnya dengan kasus perilaku kekerasan salah satunya adalah tindakan marah. Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan salah satunya adalah dengan menggunakan startegi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak di berikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya (Azizah Lilik M 2016). Pada SP 1 pasien membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan, mengungkapkan penyebab perasaan emosi, melatih pasien dengan latihan fisik 1 relaksasi tarik napas dalam. Pada SP 2 pasien mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, memberi kesempatan untuk menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan, melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu latihan pukul bantal dan kasur, anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada SP 3 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, memberi kesempatan pasien untuk mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan cara fisik 2 pukul bantal / kasur, melatih pasien dengan verbal yang baik seperti

meminta dengan baik, menolak dengan baik, anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada SP 4 dan SP 5 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, memberi kesempatan pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 berbicara dengan baik, melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah, anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian. Pada SP 5 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat.

4.4 Pelaksanaan

Pada tinjauan kasus SP keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien. Sedangkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) menurut teori yang akan dilaksanakan, diantaranya menurut (yusuf, A.Ftryasari 2015) yakni : Pada SP 1 pasien membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan, mengungkapkan penyebab perasaan emosi, melatih pasien dengan latihan fisik 1 relaksasi tarik napas dalam. Pada SP 2 pasien mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, memberi kesempatan untuk menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan, melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu latihan pukul bantal dan kasur, anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada SP 3 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, memberi kesempatan pasien untuk mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam

dan cara fisik 2 pukul bantal / kasur, melatih pasien dengan verbal yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada SP 4 dan SP 5 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, memberi kesempatan pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 berbicara dengan baik, melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah, anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian. Pada SP 5 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat.

Dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan yang di laksanakan pasien sudah kooperatif, dimana pelaksanaan pada SP 1 BHSP pasien sudah terbentuk dan pasien sudah mampu untuk menjelaskan apa saja tanda dan gejala perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan serta mengidentifikasi gejala emosi. Pada pelaksanaan intervensi pada tinjauan kasus SP 2 yaitu pasien mampu mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, memberi kesempatan untuk menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan, pasien mampu mengikuti perawat untuk mengikuti cara fisik 2 yaitu latihan pukul bantal dan kasur, anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Dalam penulisan asuhan keperawatan ini penulis menemukan beberapa kesulitan dalam melatih pasien untuk melaksanakan SP 4 mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual pasien menolak untuk melakukan ibadah dengan alasan pasien sudah melakukan ibadah. Kesenjangan yang terjadi dalam pelaksanaan adalah

dalam tinjauan kasus pasien mampu melakukan SP 1 sampai SP 5 kecuali melakukan SP 4 pasien belum mampu.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan teori evaluasi belum dilaksanakan karena merupakan kasus semua sedangkan, pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Evaluasi pada tinjauan teori berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 14 Desember 2021 dan pasien mampu mencapai SP 1 yaitu : Membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, dan mempraktikkan latihan cara mengendalikan fisik 1. Pada evaluasi hari berikutnya tanggal 15 Desember 2021 dilanjutkan dengan SP 2 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2. Pada evaluasi hari berikutnya tanggal 16 Desember 2021 dilanjutkan SP 3 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. Pada evaluasi hari terakhir tanggal 17 Desember 2021 dilanjutkan SP 4 dan SP 5 dimana pelaksanaan SP 4 gagal dikarenakan pasien tidak mau dan menolak melakukan ibadah, sedangkan pada SP 5 pasien mampu meminum obat secara terjadwal di RSJ menur.

Pada saat melakukan SP 1,2,3, Ny T.A mengerti dan mampu menyebutkan penyebab PK, melakukan cara pengendalian dengan latihan fisik 1 dan latihan fisik 2, pasien mampu untuk mengendalikan dan mendemonstrasikan apa yang sudah di pelajari dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. Akan tetapi, pasien tidak mau dan menolak melakukan ibadah dan juga pasien belum mampu mengikuti Terapi Aktifitas Kelompok dan lebih memilih untuk beraktifitas di dalam kamar.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus perilaku kekerasan di Ruang Falmboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhankeperawatan pada pasien perilaku kekerasan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Ny T.A dengan diagnosa medis Bipolar didapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya memang sudah dua kali masuk Rumah Sakit Jiwa Menur. Dengan tanda dan gejala pasien marah-marah, membanting barang, pasien terlihat tegang dan gelisah, kontak mata kurang, tatapan tajam/sinis, dan berbicara dengan intonasi keras.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Ny T.A dengan diagnosa medis bipolar di dapatkan tiga permasalahan aktual (1) gangguan

konsep diri : harga diri rendah, (2) perilaku kekerasan dan (3) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

3. Perencanaan tindakan keperawatan jiwa yang muncul pada Ny T A meliputi : Pada SP 1 pasien membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan, mengungkapkan penyebab perasaan emosi, melatih pasien dengan latihan fisik 1 relaksasi tarik napas dalam. Pada SP 2 pasien mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, memberi kesempatan untuk menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan, melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu latihan pukul bantal dan kasur. SP 3 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, memberi kesempatan pasien untuk mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan cara fisik 2 pukul bantal / kasur, melatih pasien dengan verbal yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik. Pada SP 4 dan SP 5 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, memberi kesempatan pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 berbicara dengan baik, melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah. Pada SP 5 evaluasi kegiatan pasien pada jadwal harian, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
4. Pada pelaksanaan keperawatan jiwa Ny T A pada SP 1 dapat terlaksana pada pertemuan kedua, SP 2 dilaksanakan pada pertemuan ke tiga, SP 3 dilaksanakan pada pertemuan keempat namun pasien tidak mau melakukan kegiatan pada SP 4.

5. Evaluasi yang di dapat pada Ny T A dapat melakukan SP 1 sampai SP 5 dapat di lakukan kecuali SP 4 dikarenakan pasien tidak mau melakukan ibadah sholat.
6. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan pada klien Ny. N, yang dilaksanakan mulai tanggal 14 sampai dengan 17 Desember 2021

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah di uraian diatas, selanjutnya peneliti akan mengemukakan beberapa saran yang perlu dipertimbangkan antara lain :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dan lebih kreatif dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan keterampilan, menambah pengetahuandan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

3. Bagi perawat / Rumah Sakit

Proses keperawatan hendaknya selalu menerapkan ilmu dan kiat keperawatan sehingga pada saat menerapkan tindakan keperawatan secara profesional dan Hendaknya meningkatkan komunikasi terapeutik terhadap klien sehingga asuhan keperawatan dapat tercapai

4. Bagi Rumah Sakit

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan acuan untuk memudahkan mengembangkan asuhan keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahuja, Niraj. 2011. "A Short Text Book Psychiatry Seventh Editio." *aypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.*
- Aisy, R. 2019. "Pentingnya Kinerja Perawat Dalam Melakukan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit." *Jurnal Keperawatan.*
- Azizah Lilik M, Zainuri I. 2016. *UKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA Teori Dan Aplikasi Praktik Klinik (PERTAMA)*. Jakarta: INDOMEDIA PUSTAKA.
- Davidson, G.M., Neale, J.M., & King, A.M. 2013. *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Depkes RI. 2014. "Undang-Undang Kesehatan Jiwa." *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. <http://yankes.kemendes.go.id>.
- Dermawan, D., & Rusdi. 2013. *Keperawatan Jiwa : Konsep Dan Kerangka Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen.
- dinkes. 2019. "Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur." : 87. [https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/Profil Kesehatan Jatim 2019.pdf](https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/Profil%20Kesehatan%20Jatim%202019.pdf) (June 30, 2022).
- Direja. 2013. "Asuhan Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan." *Jurnal Keperawatan.*
- . 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fathonah.N. 2014. "Perancangan Multimedia Interaktif Berupa E-Book Mengenai Penyakit Bipolar Disorder (Gangguan Bipolar)." *Jurnal Kesehatan.*
- Furi.M.L. 2014. "Bipolar Affective Disorder And Manic Episode With Psychotic Symptoms In A 39 Years Old Man." *Jurnal Agromed Unila* 1.
- Jiwo.T. 2012. "Gangguan Jiwa Bipolar : Panduan Bagi Pasien, Keluarga, Dan Teman Dekat." *Journal of Nursing and Health.*
- Kusumawati, F. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Meiantari, Herdiyanto. 2016. "Peran Keluarga Terhadap Manajemen Relapse (Kekambuhan) Pada Orang Dengan Bipolar." *jurnal psikologi undayana* 5.
- Mintz. 2015. "BIPOLAR." *Studi Kasus Dinamika Psikologis Penderita Bipolar Disorder* 6. <https://jptam.org/index.php/jptam/article/view/3313/2782>.
- NIMH (National Institute of Mental Health). 2012. "Bipolar Disorder in Adults." *Departement of Health And Human Service National Institute of Health.*

- Panggabean, L.M., & Rona, D. 2015. *Apakah Aku Bipolar? : 100 Tanya Jawab Dengan Psikiater*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Prabowo, E. 2014. "Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa."
- purba A.R. 2017. "Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia." *infodatin kesehatan jiwa*.
- Saliansyah. 2017. "Tanda Dan Gejala Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan." *Ejournal keperawatan.umkt.ac.id*.
- Videbeck, S.L. 2011. "Psychiatric-Mental Health Nursing Fifth Edition." *Wolters Kluwer Health & Lippincott Williams & Wilkins*.
- Wedanthi, Putu Hening. 2022. "Studi Kasus Dinamika Psikologis Penderita Bipolar Disorder." 6: 2578–82.
- yusuf, A.Ftryasari, Nihayati. 2015. *Keperawatan Jiwa : Konsep Dan Kerangka Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1

CURICULUM VITAE

Nama : Dwiki Febrianikmah
NIM : 1710027
Program Studi : S1 Keperawatan
Tempat/Tanggal Lahir : Surabaya, 26 Februari 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jln. H.A.R.M Raden Ayoeb Rt: 003 Rinding
No.Hp : 085347228746
Email : dwikiFebri88@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. TK : Lulus tahun 2004
2. SDN 008 : Lulus tahun 2011
3. SMP 15 : Lulus tahun 2014
4. SMKN 2 : Lulus tahun 2017
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya : Lulus tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

No matter how difficult something is,

I will always be positive and Smile

~PCY~

Hasil Karya ku ini kupersembahkan kepada :

1. Alhamdulillah segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Untuk kedua orang tua saya (Ibu Sulastri dan Ayah Nur Khodim) yang selalu memberikan motivasi, dukungan serta doa yang tak pernah lupa untuk mendoakan saya.
3. Kakak saya Triska Nur Fadillah beserta suami, adik saya Atmawati Ayu Lestari dan kedua keponakan saya yang selalu memberikan semangat serta hiburan saya
4. Teman angkatan pendidikan profesi ners yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
5. Kepada teman kost gembili squad (Nia Rahmawati Arif, Fibria Adisty Y) yang selalu mendengarkan sambatan saya setiap hari serta tidak bosan

memberikan motivasi, dukungan dan semangat untuk saya menjalani hari-hari selanjutnya .

6. Riska Wahyu Kusumanita, Erica Mauliana Putreri, Evi Kurnia, Nur Wulan A.L and “special person” yang telah memberikan semangat dan bantuan berupa kesehatan mental dalam menyusun karya ilmiah akhir ini.
7. Kepada “My another support system” disana thank you karena kalian telah menemaniku dari masa Skripsweet dan KIA ini, dengan lagu-lagu yang menginspirasi, memberikan semangat serta motivasi untukku. Semoga kalian terus berkarya and let’s hope we meet in 2025 “we are one”.
8. *Last but not least, I wanna thank me. I wanna thank me for believing in me. I wanna thank me for doing all this hard work. I wanna thank me for having no days off. I wanna thank me for never quitting.*

Lampiran 3

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN**

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi klien

Data objektif :

- a) Mata merah, wajah agak merah
- b) Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai
- c) Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam
- d) Merusak dan melempar barang-barang

Data subjektif :

- a) Klien mengatakan benci atau kesal pada seseorang
- b) Klien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah
- c) Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya.

2. Diagnosa Keperawatan : Perilaku Kekerasan

3. Tujuan

Tujuan umum :

Manajemen perilaku kekerasan

Tujuan khusus :

- a) Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c) Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa klien dapat dilakukan
- d) Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- e) Klien dapat mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan
- f) Klien dapat mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol
- g) Klien dapat mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku
- h) Klien dapat menggunakan obat yang benar

4. Tindakan Keperawatan

1. Rencana tindakan keperawatan untuk klien

- a) Strategi pelaksanaan 1 (SP 1) untuk klien :
 - 1) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
 - 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
 - 3) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan.
 - 4) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.
 - 5) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
 - 6) Membantu klien mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik I.
 - 7) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- b) Strategi pelaksanaan 2 (SP 2) untuk klien

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.
 - 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II.
 - 3) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- c) Strategi pelaksanaan 3 (SP 3) untuk klien.
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.
 - 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
 - 3) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- d) Strategi pelaksanaan 4 (SP 4) untuk klien
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.
 - 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.
 - 3) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- e) Strategi pelaksanaan 5 (SP 5) untuk klien.
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.
 - 2) Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.
 - 3) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
5. Tindakan keperawatan untuk klien.
- a. Diskusikan bersama klien penyebab perilaku kekerasan yang terjadi di masa lalu dan saat ini.
 - b. Diskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.
 - c. Diskusikan bersama klien mengenai tanda dan gejala perilaku kekerasan, baik kekerasan fisik, psikologis, social, spiritual, maupun intelektual.

- d. Diskusikan bersama klien perilaku secara verbal yang biasa dilakukan pada saat marah baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.
- e. Diskusikan bersama klien akibat yang ditimbulkan dari perilaku marahnya.
- f. Diskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan baik secara fisik (bantalan serta tarik nafas dalam atau pukul kasur), obat-obatan, social atau verbal (dengan mengungkapkan kemarahannya secara asertif), ataupun spiritual (sembahyang atau berdoa sesuai keyakinan klien).

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Strategi Pelaksanaan 1

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

“Halo, selamat pagi Ibu. Perkenalkan, saya perawat Dwiki. Mulai hari ini saya bertugas untuk merawat Ibu selama 1 minggu ke depan. Nama Ibu siapa? nama lengkapnya? suka dipanggil siapa? oh ya, baiklah. Saya panggil Ibu T saja ya. Hari ini saya jaga pagi dari jam 8 sampai jam 2 sore. Jadi, jika Ibu ada keperluan, bisa mencari saya di ruang perawat Evaluasi/validasi

Bagaimana kabar Ibu hari ini? tadi pagi Ibu sudah sarapan?

b. Kontrak

Topik : Bisa kita berbincang-bincang sekarang tentang apa yang menyebabkan Ibu marah?

Waktu : “Lamanya 15 menit, bagaimana Bu? Jadi, kita akan ngobrol dari jam 10 sampai jam 10 lewat 15 menit nanti ya?”

Tempat : “Ingin ngobrol dimana, Bu? Bagaimana jika di tempat duduk dekat ruang perawat ini?”

2. Kerja

“Ibu, sekarang kita akan membicarakan tentang perasaan yang Ibu alami selama ini.” “Apa yang menyebabkan Ibu marah? Apa ada penyebab yang lain? Samakah dengan yang sekarang? O..iya, jadi ada penyebab marah Ibu. Pada saat penyebab marah itu ada, seperti “apakah Ibu merasakan kesal kemudian dada Ibu berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal? Setelah itu apa yang Ibu lakukan? Apa kerugian cara yang Ibu lakukan? Menurut Ibu adakah cara lain yang lebih baik? Maukah Ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

“Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik. Kalau ada yang menyebabkan Ibu marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, Ibu dapat melakukan: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal. Mari kita coba latihan tarik nafas dalam: berdiri, lalu tarik nafas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan –lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung,

bagus, tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, Ibu sudah bisa melakukannya”

“Sekarang kita buat jadwalnya ya Bu, mau berapa kali sehari Ibu latihan tarik nafas dalam? Baik Bu ini jadwalnya . Kapan Ibu mau latihan tarik nafas dalam ?”

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan Ibu setelah berbincang-bincang dengan saya? Ibu juga tadi sudah mampu mempraktikkan latihan untuk mengontrol emosi dengan cara tarik napas dalam apabila akan marah.” “Sementara cukup di sini dulu ya, pembicaraan kita. Saya senang Ibu mau mengobrol dengan saya. ”Iya jadi ada 2 penyebab yang membuat Ibu marah (sebutkan) dan Ibu rasakan (sebutkan) dan yang Ibu lakukan (sebutkan) serta akibatnya (sebutkan). Sudahkah Ibu memasukkan teknik nafas dalam dalam jadwal kegiatan Ibu?”

- a. Topik : Bagaimana kalau nanti kita bicarakan tentang cara menyalurkan marah secara fisik yang lain ?
- b. Tempat Di mana enakya kita bercakap-cakap nanti? Apakah diruangan Ibu atau diluar ruangan?
- c. Waktu : Bagaimana kalau saya datang kembali untuk menemui Ibu besok? “Jam 13.00 ya, Bu. Kita akan ngobrol kira-kira 15 menit lagi ya. Baik, saya permisi dulu, Ibu bisa melanjutkan kegiatan yang lainnya terimakasih ya atas waktunya”

Strategi Pelaksanaan 2

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat Pagi Ibu. Apa kabar hari ini ?”

b. Evaluasi/validasi

“Kemarin kita sudah berkenalan. Ibu masih ingat dengan nama saya? bagus sekali Ibu masih mengingat nama saya. Apakah Ibu sudah memikirkan kira-kira bagaimana caranya menyalurkan marah secara fisik yang lain?”

c. Kontrak

Topik :Apakah Ibu sudah menemukan cara lain dalam mengontrol marah Ibu secara fisik selain teknik nafaas dalam?

Waktu: “Kita ngobrol 20 menit hari ini, bagaimana Bu? Jadi, kita akan ngobrol dari jam 13.00 sampai jam 13.20 nanti ya?”

Tempat:Dimana Ibu mau kita berbincang-bincang, Bu?

2. Kerja

“Penampilan Ibu hari ini bagus, rapi dan bersih. Bagus sekali, Bu. Hal seperti ini harus dipertahankan”. “Ibu sudah mandi tadi? Ibu kelihatan segar sekali.”

“Ibu, seperti yang sudah saya sampaikan tadi, saya ingin Ibu melakukan kembali cara mengontrol marah dengan teknik nafas dalam. ” Baik bagus sekali Bu. “

“Apakah Ibu sudah menemukan cara lain untuk mengontrol emosi secara fisik selain teknik nafas dalam?” Baik mari kita coba untuk melakukan teknik memukul bantal atau kasur. Dimana kamar Ibu? Jadi kalau nanti Ibu kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba Ibu lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali Ibu melakukannya”.

“Sekarang kita buat jadwalnya ya Bu, mau berapa kali sehari Ibu latihan memukul kasur dan bantal? Baik Bu ini jadwalnya, kapan Ibu mau latihan tarik nafas dalam dan memukul bantal atau kasur.”

3. Terminasi

Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara menyalurkan marah secara fisik? Setelah ini coba Ibu lakukan latihan memukul kasur bantal dan tarik napas dalam sesuai dengan jadwal yang kita buat tadi.

Topik : Nanti kita akan membicarakan tentang cara bicara yang baik bila sedang marah, setuju?

Waktu : Besok saya akan kembali mengunjungi Ibu ya?

Tempat : Bagaimana kalau waktunya seperti sekarang ini saja, Ibu setuju?

Strategi Pelaksanaan 3

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat siang Bu, masih ingat dengan saya? Bagaimana kondisi Ibu sekarang?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan Ibu sekarang?” “Bagaimana Bu, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal?” “Kalau sudah, dipertahankan ya Bu latihannya.”

c. Kontrak

Topik : Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk menyalurkan marah Ibu, yaitu dengan cara mengungkapkan sesuatu dengan cara yang baik kepada orang yang dianggap bermasalah dengan Ibu?

Waktu: Berapa lama Ibu mau kita berbincang-bincang tentang hal tersebut?

Tempat : Di mana enaknya kita berbincang-bincang tentang hal tersebut?

2. Kerja

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga caranya Bu, yaitu :

- a. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, misalnya: ‘Bu, tolong ambilkan saya air minum itu’. Coba Ibu praktekan. Bagus Bu”.
- b. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan Ibu tidak ingin melakukannya, katakan: ‘Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan’.
- c. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal, Ibu dapat mengatakan:’ Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu’
“Coba Ibu praktekan. Bagus Bu” “Sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali Ibu dalam sehari mau latihan bicara yang baik ?” “Bisa kita buat jadwalnya? Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta makan, minta obat atau minta uang, dll. Begitu juga dengan latihan tarik nafas dalam, latihan pukul bantal/kasur, dan jadwal minum obat tetap dilanjutkan seperti jadwal sebelumnya”

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara menyalurkan marah dengan mengungkapkan kepada seseorang yang telah membuat Ibu kesal?”

“Coba Ibu sebutkan lagi cara menyalurkan marah dengan mengungkapkan kepada seseorang yang telah membuat Ibu kesal!”. “Setelah ini coba Ibu bertemu dengan seseorang di Rumah Sakit ini yang pernah membuat Ibu kesal, sesuai dengan

jadwal yang telah kita buat tadi.” Topik :”Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengontrol rasa marah Ibu dengan ibadah, apakah Ibu setuju Bu?”

Waktu :”Besok saya akan mengunjungi Ibu lagi ya, seperti hari ini?” Tempat : “ Ibu kita ngobrolnya seperti biasa ya Bu, ditempat ini saja.”

Strategi Pelaksanaan 4

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat siang Ibu, bagaimana keadaannya sekarang ?

b. Evaluasi/validasi

Bagaimana Bu, sudah dilakukan latihan napas dalam, pukul kasur bantal, dan bicara yang baik? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan tersebut?

c. Kontrak

Topik : “Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mengontrol marah Ibu yaitu dengan ibadah

Waktu: ?” Bagaimana jika kita berbincang-bincang selama 15 menit, Ibu setuju “

Tempat: “Dimana sebaiknya kita berbincang-bincang tentang hal tersebut?”

2. Kerja

“Coba Ibu ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Ibu lakukan” “Bagus” “Nah, kalau Ibu sedang marah coba Ibu langsung duduk dan tarik nafas dalam. Jika tidak reda juga marahnya, rebahkan badan agar rileks. “Coba Ibu sebutkan lagi cara ibadah yang dapat Ibu lakukan bila Ibu merasa marah. Ibu bisa melakukan tri sandya ? “Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan Ibu. Jam berapa Ibu akan sembahyang?

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara menyalurkan marah melalui melakukan ibadah? Coba Ibu sebutkan lagi cara ibadah yang dapat Ibu lakukan bila Ibu merasa marah!” “Setelah ini coba Ibu lakukan Tri Sandya sesuai jadwal yang telah kita buat tadi.” Topik : “Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah Ibu, setuju Bu?”

Waktu : ” Bagaimana kalau nanti sore pukul 16.30 kita ngobrol – ngobrol selama 15 menit ya Bu?

Tempat :”Kita betemu disini saja ya ni?” Di teras depan kamar. Kalau begitu sampai bertemu nanti ya, Bu. Terima kasih.”

Strategi Pelaksanaan 5

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat sore Bu, masih ingat dengan saya?” “Bagus Ibu masih ingat dengan saya”

b. Evaluasi

“Apa yang Ibu rasakan hari ini? Sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal? Latihan bicara dengan baik? Dan latihan berdoa? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan tersebut? Coba kita lihat jadwal kegiatannya”. “Apakah selama kita tidak bertemu tadi ada hal yang membuat Ibu marah?” “Apa yang Ibu lakukan untuk mengatasinya? Hasilnya bagaimana Bu?”

c. Kontrak

Topik:

“Bagaimana kalau sekarang kita bicara tentang pentingnya minum obat dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?”

Waktu : “Ya seperti janji kita tadi kita bicara selama 15 menit

Tempat: “Bagaimana kalau kita ngobrolnya disini saja?” Sekarang saya akan jelaskan tentang pentingnya minum obat”.

2. Fase Kerja

“Ibu sudah dapat obat dari dokter ? Bu ini obatnya, Ibu perlu minum obat ini secara teratur agar pikirannya jadi tenang, dan tidurnya juga menjadi nyenyak. Obatnya ada 1 macam saja Bu, namanya clozapine warnanya kuning dosisnya 100 mg diminum 2 kali sehari setiap pagi dan sore hari.

Ibu perlu secara teratur minum obat dan tidak menghentikannya tanpa konsultasi dengan dokter. Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya kedalam jadwal ya Bu”

3. Fase terminasi

“Setelah ngobrol tadi, apa yang Ibu rasakan? Ibu masih ingat apa yang kita bicarakan tadi?” “Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol perasaan marah dengan cara minum obat yang benar?” “Coba Ibu sebutkan lagi cara minum obat yang benar” “Ibu, sudah 15 menit kita ngobrol – ngobrolnya,sekarang Ibu bisa beristirahat, nanti kita ngobrol lagi. Terima kasih.”

“Baik Bu, besok kita ketemu lagi untuk melihat sejauh mana Ibu melaksanakan kegiatan dan sejauh mana dapat mencegah rasa marah. Terimakasih sudah mau bekerja sama ya Bu, sampai jumpa.”

Lampiran 4

ANALISA PROSES INTERAKSI

Nama Mahasiswa : Dwiki Febrianikmah

Tanggal /WaktuTempat : Rabu, 15 Desember 2021, 13.00 WIB

Inisial Klien : Ny. TA

Situasi : Pasien nampak tenang dan kooperatif ketika didatangi oleh perawat.

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
P : Selamat Siang bu, perkenalkan saya	P : Tersenyum K: Tersenyum	P : ingin membuka percakapan dan	K : memberi tanggapan atas kedatangan P	Salam merupakan kalimat pembuka untuk

Perawat Dwiki, bagaimana keadaan bu hari ini?" K : Baik mbak	K: Tersenyum P : Tersenyum	menanyakan kabar P : senang atas respon K	K: merasa senang karena P menanyakan keadaan K	memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin perasaan saling percaya.
P : Nama Ibu Siapa ? senang dipanggil apa ? K : T.A mbak	P : tersenyum K : menjawab dan tersenyum K : menjawab dan tersenyum P : tersenyum	P : menanyakan nama yang disukai oleh pasien P : menyukai respon K	K : memberi tanggapan pada P K : merasa senang karena P memanggil dengan nama yang disukai	Menanyakan nama pasien agar pasien merasa nyaman dan senang
P : Kalau begitu, bagaimana jika kita berbincang-	P : Memandang K dan tersenyum	P : menanyakan ketersediaan K	K : menerima kontrak dan bersedia berbicara dengan P	Kontrak selalu ditegaskan pada klien agar tidak melenceng

<p>bincang sebentar tentang keadaan bu ? waktunya kurang lebih 15 menit apakah Ibu bersedia?</p> <p>K : Iya mbak , jadi saya itu kemarin marah-marah saya membanting hp suami saya, tv, kipas</p>	<p>K: tersenyum</p> <p>K : Sese kali tersenyum</p> <p>P : memperhatikan respon Klien dan kontrak waktu dengan K</p>	<p>P : merasa bahwa K sudah bisa diwawancarai kepada P</p>	<p>K : merasa sedih ketika menceritakan masalahnya kepada P</p>	<p>dari alur pembicaraan.</p>
<p>P : Baiklah Bu , coba Ibu ceritakan kepada</p>	<p>P : Menepuk bahu K (Toucing hand)</p>	<p>P : Memberikan K kesempatan untuk</p>	<p>K : K senang karna sudah menanyakan</p>	<p>Touching hand berguna menjalin rasa aman</p>

<p>saya apa yang bu rasakan saat ini”</p> <p>K : saya terkadang masih ingin marah</p>	<p>K : Memandang P</p> <p>K: Menangis</p> <p>P :</p>	<p>eksplorasi perasaannya</p> <p>.</p> <p>P : K mengatakan tentang perasaannya</p>	<p>perasaan K</p> <p>K : merasa sedih dengan mbakalahnya</p>	<p>klien . Teknik eksplorasi dengan pertanyaan terbuka akan menggali perasaan klien.</p>
<p>P : Apa yang menyebabkan Ibu marah ?</p> <p>K : mertua saya mbak</p>	<p>P : Memadang K</p> <p>K : memandang p</p> <p>K: Memandang P</p> <p>P: Tersenyum</p>	<p>P : menanyakan penyebab</p> <p>P: merasa senang karena K merespon</p>	<p>K : K senang karena P peduli</p> <p>K : mengatakan rasa sedihnya</p>	<p>Mengetahui penyebab marah klien</p>

<p>P : apakah Ibu ketika marah atau kesal tangan ibu mengepal ?</p> <p>K : iya mbak kadang juga deg-deg an.</p>	<p>P : tersenyum</p> <p>K : memandng P</p> <p>K : memandng P dan tersenyum</p> <p>P : tersenyum</p>	<p>P : merasa senang karena K merespon P</p>	<p>K : mengatakan akibat rasa marahnya</p>	<p>Mengetahui akibat rasa marah</p>
<p>P : Setelah itu apa yang ibu lakukan ?</p> <p>K : membanting Hp, menangis, membanting kipas, Tv</p>	<p>P: Memandng K dan tersenyum</p> <p>K : menjawab dan memamndang P</p> <p>K : Memandng P</p> <p>P: memandng K</p>	<p>P : merasa senang karena respon K</p> <p>P : P merasa senang dengan respon K</p> <p>Ketika diberikan</p>	<p>K : K senang bahwa P peduli terhadap K</p> <p>K : merasa senang dengan menggerakkan tangan dan tersenyum</p>	<p>Mengetahui Respon marah klien</p>

		pertanyaan		
<p>P : Bagaimana kalau sekarang saya mencoba membantu Ibu untuk mengurangi rasa emosi yang bu alami? Coba sekarang Ibu tarik napas yang dalam, tahan sebentar, kemudian hembuskan perlahan-lahan. Bagus sekali Bu</p> <p>K : iya mbak</p>	<p>P: Tersenyum</p> <p>K: Melihat P</p>	<p>P : Merasa K mendengarkan dan menerima yang disampaikan P</p>	<p>K : merasa senang karena sudah di ajarkan P teknik mengurangi cembak</p>	<p>Membantu klien teknik untuk mengurangi emosi nya</p>
<p>P : Bagaimana perasaan</p>	<p>P : tersenyum</p>	<p>P : menanyakan</p>	<p>K : merasa senang</p>	<p>Menanyakan atau</p>

<p>bu sekarang?</p> <p>K : Alhamdulillah saya sekarang mendingan</p>	<p>K : tersenyum</p>	<p>perasaan K</p>	<p>karna menanyakan perasaan K</p>	<p>pengulangan pertanyaan terhadap klien</p>
<p>P : Kalau begitu, coba bu jelaskan lagi, hal-hal yang dapatkan dari perbincangan kita tadi dan coba bu ulangi teknik relaksasi dan mengatasi pikiran emosi yang telah kita lakukan.</p>	<p>P : menepuk bahu K dan tersenyum</p> <p>K : tersenyum dan mempraktikkan Teknik yang diajarkan</p>	<p>P : Merasa bahwa K mendengarkan apa yang diajarkan</p> <p>P : P senang karena klien bisa mengulangi tekniknya</p>	<p>K : merasa senang karena sudah bisa mengulangi teknik yang diajarkan P</p>	<p>Menanyakan pengulangan teknik yang sudah diajarkan</p>

K : (mengulangi teknik yang diajarkan perawat)				
<p>P : Ya, bagus sekali bu. Nah, setiap kali bu merasa mau marah, Ibu dapat melakukan teknik tersebut.</p> <p>K : iya mbak terimakasih</p>	<p>P : Tersenyum</p> <p>K : Tersenyum</p>	<p>P : memberikan saran kepada K</p> <p>P : K bisa menerima saran P</p>	<p>K : merasa senang karena sudah diberi dukungan</p>	<p>Memberikan support dan dukungan kepada klien</p>
<p>P : Ya bu, karena sudah 15 menit kita berdiskusi, saya akhiri diskusi hari ini ya bu.</p>	<p>P : Tersenyum</p>	<p>P : mengakhiri perbincangannya dengan K</p>	<p>K : merasa senang karena merasa diperhatikan</p>	<p>Kontrak harus selalu dibuat oleh klien yang mampu untuk membuat kontrak</p>

Besok pagi saya akan datang kesini lagi untuk mengajarkan cara yang lain untuk mengatasi emosi bu. Saya pamit dulu ya bu, selamat Siang. K : baik mbak terima kasih	K : Tersenyum	P : merasa senang		yang telah dibuat sbgai tanggung jawab klien untuk melaksanakannya .
--	---------------	-------------------	--	--

Lampiran 5**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)****KONTROL DAN MINUM OBAT****A. Tujuan Instruksional****1. Tujuan Umum**

Setelah diberikan penyuluhan selama 20 menit, keluarga mampu memahami tentang control dan munim obat pada pasien dnegan gangguan jiwa.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan pengertian obat gangguan jiwa
- b. Menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan keluarga dalam pemberian obat pada pasien gangguan jiwa
- c. Memahami peran serta keluarga dalam kontrol dan pemberian pasien gangguan jiwa

B. Materi penyuluhan**1. Pengertian**

Psikofarmaka adalah obat-obatan yang digunakan untuk klien dengan gangguan mental. Psikofarmaka termasuk obat-obatan psikotropik yang

bersifat neuroleptik (jenis obat yang bekerja pada susunan saraf pusat).

Pengobatan pada gangguan mental bersifat komprehensif, yang meliputi:

- a. Teori biologis (somatik), mencakup pemberian obat psikotik dan Elektro Convulsi Therapi (ECT)
- b. Psikoterapeutik
- c. Terapi modalitas

Psikofarmakologi adalah kedua dari komponen management psikoterapi.

Perawat perlu memahami konsep umum psikofarmaka. Beberapa yang termasuk Neurotransmitter adalah Dopamin, Neuroepineprin, Serotonin, dan GABA (Gama Amino Buteric Acid), dll. Meningkatnya dan menurunnya kadar/konsentrasi neurotransmitter akan menimbulkan kekacauan atau gangguan mental. Obat-obatan psikofarmaka efektif untuk mengatur keseimbangan Neurotransmitter

2. Tujuan Minum Obat

Tujuan meminum obat gangguan jiwa adalah:

- a. Mencegah kekambuhan penyakit
- b. Menyembuhkan penyakit
- c. Memulihkan (rehabilitasi) kesehatan
- d. Mengubah fungsi normal tubuh untuk tujuan tertentu

- e. Peningkatan kesehatan
- f. Mengurangi rasa sakit

3. Macam-Macam Obat Psikofarmatika

a. Antipsikotik

Disebut neuroleptika atau major tranquillizer atau psikotropik: Neuroleptika. Indikasi utama obat golongan ini adalah untuk penderita gangguan psikotik (skizofrenia atau psikotik lainnya).

- 1) Mekanisme kerja: menahan kerja reseptor Dopamin dalam otak (di ganglia) pada sistem limbic dan sistem ekstrapiridal
- 2) Efek farmakologi: sebagai penenang, menurunkan aktivitas motorik, mengurangi insomnia, sangat efektif mengatasi delusi, halusinasi, ilusi, dan gangguan proses piker
- 3) Indikasi pemberian antipsikotik: pada semua jenis psikosa, kadang untuk gangguan manik dan paranoid.
- 4) Efe samping: efek samping pada sistem saraf

b. Antidepresan

Merupakan golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Pada umumnya bekerja meningkatkan neurotransmitter norepinefrin dan serotonin.

- 1) Mekanisme kerja:

- a) Meningkatkan sensitivitas terhadap aminergik neurotransmitter
 - b) Menghambat reuptake aminergik neurotransmitter
 - c) Menghambat penghancuran oleh enzyme MAO (Mono Amine Oxidase) sehingga terjadi peningkatan jumlah aminergik neurotransmitter pada neuron SSP
- 2) Efek farmakologi: mengurangi gejala depresi dan sebagai penenang
- 3) Jenis obat yang digunakan yaitu:
- a) Trisiklik
 - b) MAO Inhibitor
 - c) Aminotriptylin
- 4) Efek samping: terhadap sistem sarafperifer seperti mulut kering, penglihatan kabur, dan konstipasi
- c. Antiansietas (Anxiolytic Sedative)

Obat golongan ini dipakai untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi kognitif. Secara umum, obat-obat ini berefek sedatif dan berpotensi menimbulkan toleransi/ketergantungan terutama pada golongan benzodiazepin. Benzodiazepine merupakan obat yang paling banyak diresepkan di seluruh dunia, dan selama 20 tahun terakhir obat tersebut hamper

seluruhnya menggantikan berbiturat dalam pengobatan ansietas dan gangguan tidur. Obat ini terkenal karena keefektifan dan margin keamanan yang luas. Antiansietas digunakan untuk mengontrol ansietas, kelainan somatofom, kelainan disosiatif, kelainan kejang dan untuk meringankan sementara gejala-gejala insomnia dan ansietas.

Obat-obatan yang termasuk antiansietas antara lain :

Fenobarbital : 16-320mg/hari

Meprobramat : 200-2400mg/hari

Klordiazepoksida : 15-100mg/hari

- 1) Mekanisme kerja : Benzodiazepine diduga memberikan efek antiansietasnya melalui potensial yang kuat pada neurotransmitter inhibisi asam γ -aminobutirat (GABA)
- 2) Indikasi utama : gangguan ansietas umum, ansietas yang berhubungan dengan depresi, gangguan tidur, fobia, pascatrauma, putus obat dan alkohol, gangguan kejang, ansietas praoperasi
- 3) Efek samping :
Umum : mengantuk (sedasi), ataksia (pusing), perasaan terpisah dari orang lain, peningkatan iritabilitas atau bermusuhan, amnesi anterograde, efek kognitif pada penggunaan jangka panjang
Jarang: mual, sakit kepala, kebingungan, kerusakan psikomotor kasar, depresi, reaksi amuk paradoksial

d. Antimanik (mood stabilizer)

Merupakan kelompok obat yang berkhasiat untuk kasus gangguan afektif bipolar terutama episodik mania dan sekaligus dipakai untuk mencegah kekambuhannya.

- 1) Mekanisme kerja : menghambat pelepasan serotonin dan mengurangi sensitivitas dari reseptor dopamin.
- 2) Efek farmakologi : mengurangi agresivitas, tidak menimbulkan efek sedatif, mengoreksi/mengontrol pola tidur, irritable. Pada mania dengan kondisi berat pemberian antimania dikombinasikan dengan obat antipsikotik.
- 3) Efek samping: efek neurologic ringan seperti kelelahan, letargis, tremor di tangan, diare dan mual.
- 4) Efek toksik: pada ginjal (poliuri dan edema), peningkatan jumlah litium, sehingga menambah keadaan edema. Sedangkan pada SPP (tremor, kurang koordinasi, nistagmus, dan disorientasi)

e. Anti insomnia : Phenobarbita

- 1) Benzodiazepine Receptor Agonist (BzRA) merupakan pengobatan yang paling umum digunakan, yang bekerja pada reseptor GABA
- 2) Ramelteon merupakan anti insomnia pertama dengan kandungan yang tidak mengontrol dan tidak berpotensi menimbulkan ketergantungan dan penyalahgunaan.

f. Anti Obsesif-kompulsif: Clomipramin

g. Anti Panik: Imipramine

h. Anti Parkinson

- 1) Mekanisme kerja: meningkatkan reseptor dopamine, untuk mengatasi gejala parkinsonisme akibat penggunaan obat antipsikotik.
- 2) Efek samping: sakit kepala, mual, muntah, dan hipotensi
- 3) Jenis obat yang sering digunakan: Levodopa, Trihexifenidil (TFH)
 - a) Triheksipenidil (Artane): untuk semua bentuk parkinsonisme, dan untuk menghilangkan reaksi ekstrapiramidal akibat obat.
Dosis yang digunakan: 1-15mg/hari
 - b) Difehidamin: dosis yang diberikan 10-400mg/hari

4. Prinsip Benar Obat

Berikut ini 12 prinsip benar obat yang harus diketahui seorang tenaga kesehatan yaitu:

1) Benar pasien

Selalu dipastikan memeriksa identitas pasien dengan memeriksa gelang dan meminta menyebutkan nama. Pasien berhak untuk mengetahui alasan obat

2) Benar obat

Pasien dapat menerima obat yang diresepkan.

3) Benar dosis obat

Dosis yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

4) Benar waktu pemberian

Pemberian obat harus sesuai dengan waktu yang ditetapkan.

5) Benar cara pemberian (rute)

Memperhatikan proses absorpsi obat dalam tubuh harus tepat dan memadai

Rute pemberian diantaranya:

- a) Oral (melalui mulut): cairan, suspensi, pil, tablet, atau kapsul
- b) Sublingual (dibawah lidah untuk absorpsi vena)
- c) Bukal (diantara gusi dan pipi)
- d) Topika (dipakai pada kulit): salep atau krim
- e) Inhalasi (semprot aerosol)
- f) Instilasi (pada mata, hidung, telinga, rektum atau vagina)

6) Benar dokumentasikan

Pemberian obat harus sesuai dengan standar prosedur yang berlaku di rumah sakit dan selalu mencatat informasi yang sesuai mengenai obat yang telah diberikan serta respon pasien terhadap pengobatan.

7) Benar pendidikan kesehatan perihal medikasi pasien

Perawat mempunyai tanggung jawab dalam melakukan pendidikan kesehatan pada pasien, keluarga dan masyarakat luas terutama yang berkaitan dengan obat seperti manfaat obat secara umum, penggunaan obat yang baik dan benar, alasan terapi obat dan kesehatan yang menyeluruh, efek samping dan reaksi yang merugikan dari obat, interaksi obat dengan dan dengan makanan, perubahan-perubahan yang diperlukan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari selama sakit.

8) Hak pasien untuk menolak

Pasien berhak untuk menolak dalam pemberian obat. Perawat harus memberikan inform consent dalam pemberian obat.

9) Benar pengkajian

Perawat selalu memeriksa TTV (tanda-tanda vital) sebelum pemberian obat.

10) Benar evaluasi

Perawat selalu melihat/ memantau efek kerja dari obat setelah pemberiannya.

11) Benar reaksi terhadap makanan

Obat memiliki efektivitas jika diberikan pada waktu yang tepat. Jika obat itu harus diminum sebelum makan untuk memperoleh kadar yang diperlukan harus diberi satu jam sebelum makan misal tetrasiklin, dan sebaiknya ada obat yang diberikan setelah makan misalnya indometasin.

12) Benar reaksi dengan obat lain

Pada penggunaan obat seperti Chioramhenicol diberikan dengan Omeprazol penggunaan pada penyakit kronis.

5. Peran Perawat Dalam Pemberian Obat

Adapun peran perawat dalam pemberian obat pasien dengan gangguan jiwa antara lain:

a. Penggunaan data sebelum pengobatan yang meliputi:

1) Diagnosa medis

- 2) Riwayat penyakit
 - 3) Hasil pemeriksaan lab
 - 4) Jenis obat yang digunakan, dosis, waktu pemberian
 - 5) Program terapi yang lain
 - 6) Mengkombinasikan obat dengan terapi Modalitas
 - 7) Pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga tentang pentingnya minum obat teratur
 - 8) Monitor efek samping
- b. Melaksanakan prinsip pengobatan psikofarmaka
- c. Evaluasi

Dikatakan reaksi obat efektif jika:

- 1) Emosional stabil
- 2) Kemampuan berhubungan interpersonal meningkat
- 3) Halusinasi, agresi, delusi, menarik diri menurun
- 4) Perilaku mudah diarahkan
- 5) Proses berpikir ke arah logika
- 6) Efek samping obat
- 7) Tanda-tanda vita normal

6. Peran Serta Keluarga Dalam Control Dan Pemberian Obat Gangguan Jiwa

Keluarga merupakan kelompok primer yang paling penting di dalam masyarakat. Keluarga merupakan satu kesatuan sosial yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak yang belum dewasa. Keluarga menjadi unit

pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota masyarakat secara keseluruhan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Keluarga mempunyai kemampuan mengatasi masalah dan mencegah perilaku maladaptif atau pencegahan primer, menanggulangi perilaku maladaptif atau pencegahan sekunder dan memulihkan perilaku maladaptif atau pencegahan tersier. Sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal. Jadi peran keluarga dalam control dan pemberian obat pasien dengan gangguan jiwa adalah sangat penting. Karena akan sangat membantu serta mempercepat penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa. Seperti yang dikatakan diatas keluarga mempunyai fungsi yaitu memberikan semangat dan dorongan pada anggota keluarganya. Disamping itu peran keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan. Termasuk pasien dengan gangguan jiwa harus mendapatkan perhatian serta control yang lebih dalam pengobatannya, sehingga diharapkan mampu mempercepat proses penyembuhan.

Hubungan Terapi Kombinasi *Mood Stabilizer* dan Antipsikotik dengan Kemampuan Fungsional Pasien Gangguan Afektif Bipolar di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

Relationship between Mood Stabilizer and Antipsychotic Combination Therapy with Functional Ability of Bipolar Affective Disorder Patients at Grhasia Mental Hospital Yogyakarta

Nadia Utami Noor¹, Dyah Aryani Perwitasari^{1,*}, Sawitri²

¹ Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta

² Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

*Email korespondensi: dyah.perwitasari@pharm.uad.ac.id

Abstrak

Gangguan bipolar merupakan gangguan jiwa yang dapat mempengaruhi kemampuan fungsional pasien. Gangguan bipolar bersifat persisten meski dalam kondisi eutimik. Telah banyak studi terkait efektivitas *mood stabilizer* dan antipsikotik pada gangguan bipolar, namun masih sedikit studi terkait efek kombinasi terapi *mood stabilizer* dan antipsikotik terhadap kemampuan fungsional pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pemberian kombinasi terapi *mood stabilizer* dan antipsikotik terhadap kemampuan fungsional pasien dengan gangguan bipolar afektif di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. Desain penelitian ini adalah kohort retrospektif. Data diperoleh dari rekam medis rawat inap RSJ Grhasia Yogyakarta periode Januari-Desember 2018. Sebanyak 46 pasien masuk dalam kriteria inklusi, 38 mendapat kombinasi terapi valproat + antipsikotik dan 8 mendapat kombinasi terapi litium + antipsikotik. Hasil menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara pemberian kombinasi mood stabilizer dan antipsikotik terhadap kemampuan fungsional pasien gangguan afektif bipolar [*Odds Ratio* (OR) = 1,71; 95% *Confidence Interval* (CI): 0,37 – 7,95 ; p = 0,963].

Kata Kunci: Bipolar, functional abilities, mood stabilizer, antipsychotics

Abstract

Bipolar disorder is a mental illness that can affect the functional abilities of the patients. It is persistent even in a euthymic condition. There have been number of studies on the effectiveness of mood stabilizer and antipsychotic therapy in bipolar disorder, but there is still few studies related to the effect of the combination therapy of mood stabilizer and antipsychotics on bipolar patient's functional ability. The objectives of this study is to determine the associatioin of valproate and lithium combined with antipsychotics on functional ability of bipolar disorder patients at Grhasia Mental Hospital Yogyakarta. The study design was cohort retrospective. The data was collected from medical record. The subjects were patients who were hospitalized and undergone therapy combination mood stabilizer and antipsychotics in January-December 2018. Total of 46 patients, 38 received valproate + antipsychotic and 8 patients received lithium + antipsychotic. There was no significant association between the combination therapy group on the patient's functional abilities [Odds Ratio (OR) = 1.71; 95% Confidence Interval (CI): 0.37-7.95 ; p = 0.963].

Keywords: Bipolar, functional abilities, mood stabilizer, antipsychotics

Submitted: 15 Maret 2021

Accepted: 01 Oktober 2021

DOI: <https://doi.org/10.25026/jsk.v3i5.536>

1 Pendahuluan

Gangguan afektif bipolar merupakan gangguan jiwa yang bersifat episodik dan ditandai oleh gejala-gejala manik, hipomanik, depresi, dan campuran, biasanya rekuren serta dapat berlangsung seumur hidup [1]. Berdasarkan studi *Global Burden of Disease* tahun 2013 gangguan afektif bipolar berada pada peringkat ke-17 dalam 25 penyebab utama beban penyakit [2]. Menurut data Kemenkes RI, prevalensi gangguan mental emosional mengalami peningkatan dari 6% pada tahun 2013 menjadi 9,8 % pada tahun 2018 [3].

Beberapa penelitian melaporkan pasien dengan gangguan afektif bipolar mengalami gangguan fungsional dalam porsi yang cukup besar, terkait dengan pekerjaan, menurunnya interaksi sosial, serta hubungan dengan keluarga yang memburuk [4]. Pada pasien dengan gangguan afektif bipolar, gangguan fungsional tersebut persisten meski dalam penurunan gejala, sehingga menyebabkan kesulitan-kesulitan dalam aspek kehidupan mereka [5].

Aktivitas antimania dari valproat dilaporkan pertama kali oleh Lambert *et al.* (1966). Efikasi valproat dalam terapi gangguan afektif bipolar episode mania akut telah

dievaluasi dibebberapa studi RCT. Pada studi tersebut valproat memberikan efikasi yang baik dalam terapi gangguan afektif bipolar episode mania akut baik dalam terapi tunggal ataupun kombinasi dengan antipsikotik [7]; [8]. Valproat merupakan rekomendasi terapi lini pertama pada penanganan gangguan afektif bipolar episode mania akut [9]. Litium sebagai *mood stabilizer* efektif dalam mencegah terjadinya episode kambuhan pada gangguan afektif bipolar, terdapat bukti kuat untuk kemanjuran litium dalam profilaksis episode *mood* [10]. Dalam praktis klinis, psikiatri menggunakan litium dan valproat sebagai monoterapi dan kombinasi dengan antipsikotik untuk mencegah kambuhnya episode gangguan afektif bipolar [11]. Sejumlah studi menunjukkan bahwa beberapa pasien gangguan afektif bipolar yang tidak lagi memenuhi kriteria sindrom atau gejala setelah pemulihan afektif akut, terus menunjukkan penurunan fungsi [12]; [13].

Rumah Sakit Jiwa Grhasia merupakan Rumah Sakit Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang menjadi rujukan untuk pasien dengan gangguan psikologi, salah satunya gangguan afektif bipolar. Sejauh ini belum pernah dilakukan penelitian terkait hubungan pemberian terapi kombinasi *mood stabilizer*

dan antipsikotik terhadap kemampuan fungsional pasien dengan gangguan afektif bipolar. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penelitian ini penting dilakukan untuk mengetahui hubungan terapi kombinasi terapi *mood stabilizer* dan antipsikotik terhadap kemampuan fungsional gangguan afektif bipolar.

2 Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik deskriptif dengan desain penelitian *cohort* retrospektif menggunakan data rekam medis pasien rawat inap periode Januari-Desember 2018.

Jumlah sampel penelitian yaitu sebanyak 46, perhitungan jumlah sampel menggunakan rumus slovin dan diperoleh jumlah sampel minimal yaitu 35 pasien. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu: pasien yang mendapat diagnosis akhir gangguan afektif bipolar episode mania dengan gejala psikotik (ICD : 10 : F31.2), pasien rawat inap dengan riwayat terapi kombinasi *mood stabilizer* dan antipsikotik. Pasien dimasukkan dalam kriteria eksklusi apabila: pengobatannya terhenti atau tidak mencapai waktu minimal pengobatan yaitu 1 bulan, pasien hamil atau menyusui, dan pasien dengan data rekam medis yang tidak lengkap.

Instrumen penelitian berupa formulir pengambilan data yang digunakan untuk mengumpulkan data sekunder yang diambil dari catatan rekam medis pada pasien gangguan bipolar di rawat inap RSJ Grhasia Yogyakarta secara retrospektif. Data yang diambil yaitu berupa data yang termasuk dalam data demografi pasien (jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, serta status marital) dan data klinis (penggunaan obat pasien dan skor GAF). Skor GAF (*Global Assessment of Functioning*) digunakan sebagai penilaian kemampuan fungsional pasien secara global yang terdiri dari skala 1-100. Penilaian dilakukan oleh dokter spesialis kejiwaan yang telah terlatih. Pada penelitian ini skor GAF dibagi menjadi dua kategori yaitu: rendah (≤ 50) dan tinggi (≥ 50). Kemudian dilihat jumlah pasien yang mengalami peningkatan dari nilai pre dan post GAF. Apabila ada peningkatan, dikategorikan kemampuan fungsional membaik

(1) dan apabila tidak ada peningkatan, dikategorikan kemampuan fungsional tidak membaik (2). Skor GAF pre adalah skor GAF yang diukur pada saat pasien berada di IGD dan belum menerima obat, sedangkan skor GAF post adalah skor GAF yang diukur pada saat pasien telah mendapat obat dan akan dipulangkan.

Data yang telah diperoleh melalui rekam medis pasien selanjutnya diolah melalui pendekatan statistik analisis bivariat menggunakan bantuan *SPSS for Windows ver. 22.0*. Pada penelitian ini, yang dilakukan analisis bivariat yaitu: 1) karakteristik pasien dan kelompok terapi obat; 2) kelompok terapi obat dan kemampuan fungsional pasien. Uji statistik menggunakan uji *Chi-Square*. Apabila nilai *P-value* $\leq 0,05$ maka terdapat hubungan bermakna, sebaliknya apabila nilai *P-Value* $\geq 0,05$ maka tidak terdapat hubungan yang bermakna. Kekuatan hubungan ditunjukkan dengan nilai *Odds Ratio* (OR).

3 Hasil dan Pembahasan

Jumlah subjek dalam penelitian ini yaitu sebanyak 46 pasien. Pasien yang mendapat kombinasi terapi valproat + antipsikotik sebanyak 38, sedangkan pasien yang mendapat terapi kombinasi terapi litium + antipsikotik sebanyak 8 pasien. Adapun gambaran karakteristik pasien dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Gambaran karakteristik subjek penelitian

Karakteristik	Kelompok terapi		Nilai P
	Valproat + antipsikotik (N)	Lithium + antipsikotik (N)	
Jenis kelamin			1,000
Laki - laki	18	4	
Perempuan	20	4	
Usia			0,767
Remaja (≤ 18 th)	1	0	
Dewasa (19 - 54 th)	34	7	
Tua (≥ 55 th)	3	1	
Tingkat pendidikan			0,892
Dasar	5	1	
Menengah	22	4	
Tinggi	11	3	
Pekerjaan			1,000
Bekerja	10	6	
Tidak bekerja	28	2	
Status marital			1,000
Menikah	24	5	
Tidak menikah	14	3	

Hasil analisis menggunakan uji *chi-square* menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan pada variable karakteristik pasien antara dua kelompok kombinasi terapi ($p > 0,05$). Persentase, patologi, serta gambaran klinis gangguan bipolar berbeda antara perempuan dan laki-laki, meskipun demikian, tidak ada bukti bahwa jenis kelamin mempengaruhi respon pengobatan terhadap *mood stabilizer*[16].

Tabel 2 menunjukkan gambaran pengobatan pasien gangguan afektif bipolar di rawat inap RSJ Grhasia Yogyakarta periode Januari-Desember 2018. Diperoleh penggunaan *mood stabilizer* paling banyak yaitu valproate (20,8%). Obat antipsikotik tipikal paling banyak digunakan yaitu haloperidol (24,0%), sedangkan obat antipsikotik atipikal paling banyak yaitu clozapine (21,9%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Johan (2017) dimana penggunaan jenis obat pada pasien gangguan afektif bipolar di RSJ Grhasia Yogyakarta periode Januari-Mei tahun 2017 terbanyak untuk golongan mood stabilizer yaitu valproate (37,05%), antipsikotik tipikal terbanyak yaitu haloperidol (14,34%), dan antipsikotik atipikal paling banyak yaitu clozapine (23,11%) [17].

Tabel 2. Gambaran pengobatan pasien gangguan afektif bipolar di rawat inap RSJ Grhasia Yogyakarta

Golongan Obat	Nama Obat	Jumlah Obat	%
Mood Stabilizer	Valproat	38	20,8
	Litium	8	4,4
Antipsikotik Tipikal	Haloperidol	44	24,0
	Chlorpromazine	10	5,5
	Trifluoperazine	1	0,5
Antipsikotik Atipikal	Clozapine	40	21,9
	Risperidone	32	17,5
	Quetiapine	6	3,3
	Aripripazole	2	1,1
	Olanzapine	2	1,1
Total		183	100
Kombinasi Terapi	Valproate+A.T+A.A	38	82,6
	Litium+A.T+A.A	8	17,4
Total		46	100

Analisis hubungan pemberian terapi kombinasi *mood stabilizer* dan antipsikotik terhadap kemampuan fungsional pasien dengan gangguan afektif bipolar di rawat inap RSJ Grhasia Yogyakarta periode Januari – Desember

2018 menggunakan uji χ^2 (*Chi Square*) bila syarat terpenuhi atau *Fisher Exact* sebagai alternatifnya. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Analisis peengaruh pemberian kombinasi terapi *mood stabilizer* terhadap kemampuan fungsional pasien gangguan afektif bipolar

Kelompok kombinasi	Kemampuan Fungsional n (%)		Nilai P	OR (95% CI)
	Membaik	Tidak membaik		
Valproat+Antipsikotik	24 (52,2)	14 (30,4)	0,693	1,71 (0,37-7,95)
Litium+Antipsikotik	4 (8,7)	4 (8,7)		

Uji Chi-Square

Hasil uji *Chi Square* menunjukkan nilai p sebesar 0,693. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pemberian valproate dan litium terhadap kemampuan fungsional pasien. Pada kelompok kombinasi valproat + antipsikotik menunjukkan jumlah pasien yang membaik sebanyak 24 (52,2%), sedangkan pada kelompok kombinasi litium + antipsikotik sebanyak 4 pasien (8,7%). Hasil uji kekuatan hubungan menunjukkan nilai *Odds Ratio* (OR) yaitu 1,71 (95% CI 0,369-7,954), berarti pasien yang mendapat terapi kombinasi valproate + antipsikotik memiliki resiko 1,7 kali untuk mengalami perbaikan kemampuan fungsional dibandingkan dengan pasien yang mendapat kombinasi litium.

Valproat dan litium merupakan golongan *mood stabilizer* yang paling umum digunakan dalam pengobatan gangguan afektif bipolar. Penggunaan Natrium divalproat dalam pengobatan gangguan afektif bipolar pada episode mania akut memberikan efektivitas yang baik (Cipriani et al., 2013). Nolen (2015) menyebutkan bahwa litium memberikan efikasi dalam mencegah episode mania dan depresi [19]. Beberapa penelitian membandingkan efektivitas penggunaan valproat dan litium, penelitian yang dilakukan Bowden et al. (2010) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan pada penggunaan valproat dan litium. Valproate dan litium menunjukkan efikasi dan tolerabilitas yang sebanding dalam pengobatan mania akut yang diberikan selama 12 minggu

[20]. Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan Ahn *et al.* (2017), dimana penggunaan jangka Panjang valproate dan litium menunjukkan efikasi yang sebanding [21].

Litium merupakan agen *mood stabilizer* yang penggunaannya cukup luas. Litium mampu mengurangi tingkat keparahan dan frekuensi dari episode mania, selain itu, litium juga digunakan sebagai pencegahan terjadinya episode kambuhan. Mekanisme litium dalam menstabilkan *mood* belum diketahui secara pasti namun, kemampuannya untuk memperkuat hubungan sel saraf di otak yang terlibat dalam pengaturan suasana hati, pikiran, dan perilaku diduga sebagai mekanisme litium dalam menstabilkan *mood*. Namun, penggunaan litium memerlukan pemantauan yang ketat dikarenakan litium memiliki jendela terapi yang sempit, selain itu litium dapat mempengaruhi fungsi tiroid dan ginjal sehingga perlu dilakukan tes darah secara periodik selama perawatan [9]; [22]

Natrium divalproat merupakan obat yang digunakan untuk mengobati epilepsi dan gangguan bipolar, serta untuk mencegah migrain. Valproate efektif dalam pengobatan gangguan afektif bipolar, terutama untuk menangani siklus cepat dan campuran dari gangguan afektif bipolar. Mekanisme secara biokimia dari natrium divalproat dalam mengobati gangguan bipolar yaitu pada efek modulasi neurotransmitter dopaminergik dan serotonergik, aktivitas dari antagonis NMDA glutamat, peningkatan sintesis dan degradasi GABA, penyumbatan saluran Na⁺ yang sensitive terhadap tegangan, mengubah pensinyalan intraseluler melalui tindakan pada sistem *messenger* kedua. Selain itu, natrium divalproat memiliki efek neuroprotektif dengan cara menekan regulasi kaskade asam arakidonat yang mana dapat menyebabkan kerusakan sel dan perubahan perilaku [23].

4 Kesimpulan

Gangguan afektif bipolar merupakan gangguan jiwa bersifat episodik, rekuren, serta dapat berlangsung seumur hidup. Gangguan bipolar menyebabkan menurunnya kemampuan fungsional pasien yang akan berpengaruh terhadap pekerjaan, sosial ,

maupun diri sendiri. Valproat dan litium merupakan agen mood stabilizer yang umum digunakan dalam pengobatan gangguan afektif bipolar baik tunggal ataupun kombinasi dengan antipsikotik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara valproat dan litium terhadap kemampuan fungsional pasien gangguan afektif bipolar.

5 Etik

Penelitian ini telah mendapat izin dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RS Jiwa Grhasia Yogyakarta dengan nomor 43/EC-KEPKRSJG/VIII/2020.

6 References

- [1] Kemenkes RI, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*. Jakarta: Kemenkes RI, 2015.
- [2] T. Vos *et al.*, "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013," *Lancet*, vol. 386, no. 9995, pp. 743-800, 2015.
- [3] Kemenkes RI, *HASIL UTAMA RISKESDAS 2018*. Jakarta: Balitbangkes, 2018.
- [4] P. B. Mitchell, T. Slade, and G. Andrews, "Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey," *Psychol. Med.*, vol. 34, no. 5, pp. 777-785, 2004.
- [5] Soumya P Thomas, A. Nisha, and P. J. Varghese, "Disability and quality of life of subjects with bipolar affective disorder in remission," *Indian J. Psychol. Med.*, vol. 38, no. 4, pp. 336-340, 2016.
- [6] Lambert PA, C. G, B. S, and C. S, "Neuropsychotropic action of a new anti-epileptic agent: depamide," *Ann Med Psychol*, vol. 124, pp. 707-710, 1966.
- [7] K. Macritchie *et al.*, "Valproate for acute mood episodes in bipolar disorder," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2003, no. 1, 2003.
- [8] L. A. Smith, V. Cornelius, A. Warnock, M. J. Tacchi, and D. Taylor, "Acute bipolar mania: A systematic review and meta-analysis of co-therapy vs. monotherapy," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 115, no. 1, pp. 12-20, 2007.
- [9] American Psychiatric Association, "Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision)," *Am. J. Psychiatry*, vol. 159, no. 4, pp. 1-50, 2002.

- [10] T. Miura *et al.*, "Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network meta-analysis," *The Lancet Psychiatry*, vol. 1, no. 5, pp. 351–359, 2014.
- [11] M. G. Kang *et al.*, "Lithium vs valproate in the maintenance treatment of bipolar I disorder: A post-hoc analysis of a randomized double-blind placebo-controlled trial," *Aust. New Zeal. J. Psychiatry*, vol. 00, no. 0, pp. 1–10, 2019.
- [12] R. R. Kavitha, S. Kamalam, and R. P. Rajkumar, "Functional ability of clients with bipolar disorders in tertiary hospital, Puducherry," *Int. J. Community Based Nurs. Midwifery*, vol. 6, no. 1, pp. 21–28, 2018.
- [13] M. Chen, H. M. Fitzgerald, J. J. Madera, and M. Tohen, "Functional outcome assessment in bipolar disorder: A systematic literature review," *Bipolar Disord.*, vol. 21, no. 3, pp. 194–214, 2019.
- [14] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR)*, Fourth Ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- [15] I. M. Aas, "Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF)," *Ann. Gen. Psychiatry*, vol. 10, no. 1, p. 2, 2011.
- [16] L. M. Arnold, "Gender differences in bipolar disorder," *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 26, no. 3, pp. 595–620, 2003.
- [17] I. M. Johan, *Evaluasi Kerasionalan dan Kuantitas Penggunaan Kombinasi Obat Mood Stabilizer dan Antipsikotik pada Pasien Bipolar di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta*, Skripsi. Yogyakarta: Fakultas Farmasi Universitas Ahmad Dahlan, 2017.
- [18] A. Cipriani, K. Reid, A. H. Young, K. Macritchie, and J. Geddes, "Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2013, no. 10, 2013.
- [19] W. A. Nolen, "More robust evidence for the efficacy of lithium in the long-term treatment of bipolar disorder: should lithium (again) be recommended as the single preferred first-line treatment?," *Int. J. Bipolar Disord.*, vol. 3, no. 1, pp. 1–3, 2015.
- [20] C. L. Bowden *et al.*, "Efficacy of valproate versus lithium in mania or mixed mania: a randomized, open 12-week trial," *Int. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 25, no. 2, pp. 60–67, 2010.
- [21] S. W. Ahn *et al.*, "Long-term response to mood stabilizer treatment and its clinical correlates in patients with bipolar disorders: a retrospective observational study," *Int. J. Bipolar Disord.*, vol. 5, no. 24, pp. 1–9, 2017.
- [22] R. F. Mcknight, M. Adida, K. Budge, S. Stockton, G. M. Goodwin, and J. R. Geddes, "Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis," *Lancet*, vol. 379, no. 9817, pp. 721–728, 2012.
- [23] G. Ayano, "Bipolar Disorder: Open Access Bipolar Disorders and Valproate: Pharmacokinetics, Pharmacodynamics, Therapeutic Effects and Indications of Valproate: Review of Articles," *Bipolar Disord.*, vol. 2, no. 2, pp. 1–5, 2016.

Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur

Biyan Tazqiyatus Sudia^{1*}, Hadi Abdillah S.Kep., Ners., MMRS, Ernawati Hamidah, M.Kep
¹Universitas Muhammadiyah Sukabumi
² Universitas Muhammadiyah Sukabumi
³Universitas Muhammadiyah Sukabumi

E-mail: ¹biyanats@gmail.com, ²hadiabdillah91@ummi.ac.id ³ernawatihamidah@ummi.ac.id

Abstrak

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri maupun orang lain, sering juga disebut amuk dimana seseorang dimana marah terhadap suatu stressor dengan Gerakan motorik yang tidak terkontrol. Intervensi keperawatan yang diberikan yakni teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah. Tujuan aplikasi ini adalah untuk mengetahui pengaruh aplikasi terapi relaksasi nafas dalam pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Desa Maleber Kabupaten Cianjur. Metode yang digunakan adalah total sampling, sampel yang diambil sebanyak 1 orang responden yaitu pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Data ini diambil dengan menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam yang dilakukan selama 3x pertemuan dalam 3 hari efektif. Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari marah pada pasien risiko perilaku kekerasan, marah dapat dikontrol.

Kata Kunci: Relaksasi Nafas dalam, Mengontrol Marah, Gangguan Jiwa, Risiko Perilaku Kekerasan

Abstract

Violent behaviour is a condition in which a person performs actions that are physically harmful to themselves and others. Often also called tantrums where someone where someone is angry responds to a stressor with uncontrolled motor movements. The nursing intervention given is the deep breathing relaxation technique for controlling anger. The purpose of this application is to determine the effect of the application of deep breathing relaxation therapy in patients with risk problems for violent behavior in Maleber village, Cianjur district. The method used is total sampling, the sample taken is 1 respondent, namely patients at risk of violent behaviour. The data of this study were taken using interviews, observations, documentation studies of deep breathing relaxation therapy carried out for 3 times in 3 days effectively to control ongoing anger in patients at risk of violent behavior after taking action for 3 days of anger in patients at risk of violent behavior, Anger can be controlled

Keywords: Deep Breath Relaxation, Controlling Anger, Mental disorders, Risk of Violent Behavior

Pendahuluan

Gangguan jiwa menurut pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ) adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala

penderitaan (distress) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Kelliat & Akemat 2016).

Orang dengan gangguan jiwa tidak hanya mengalami dampak dan akibat gejala dan penyakit tetapi juga stigmasi, kekerasan merupakan salah satu konsekuensi serius dari gangguan jiwa dan gangguan jiwa yang umum terjadi adalah perilaku kekerasan, menurut Benkowitz, merupakan respon terhadap *stressor* yang tidak dapat di kontrol ataupun dikendalikan yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan entah secara verbal maupun nonverbal yang bertujuan untuk melakukan tindakan melukai orang lain entah secara fisik maupun psikologis (Sutejo, 2011).

Masalah yang mungkin muncul adalah perilaku kekerasan yaitu suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri maupun org lain sering juga disebut amuk dimana seseorang dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan Gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2011). Penyebab perilaku kekerasan adalah kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyimpangan pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan Sebenarnya ia ingin menyampaikan pesan, bahwa ia tidak setuju, tersinggung, merasa tidak di anggap, dan merasa tidak di turuti atau diremehkan.

Beberapa macam upaya dalam penanganan pasien dengan gangguan jiwa yang merupakan asuhan keperawatan jiwa *spesialis*, namun tetap dilakukan secara *holistik* pada saat melakukan asuhan keperawatan pada klien, berbagai macam terapi pada keperawatan yang dikembangkan dan di fokuskan kepada klien secara individu, kelompok, keluarga maupun kognisi, contohnya ada terapi musik, terapi relaksasi nafas dalam dan terapi psikoreligi yang berhubungan dengan agama (Videbeck, 2011).

Perilaku kekerasan salah satunya bisa ditangani dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, yang mana teknik relaksasi nafas dalam dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan. Relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan dapat memberikan ketenangan. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen (Zelianti, 2011).

Penulis tertarik memilih aplikasi teknik relaksasi nafas dalam karena teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang paling mudah dilakukan dan dapat dilakukan kapanpun serta dimanapun. Teknik relaksasi juga merupakan Teknik yang sangat simpel dan mudah dipahami oleh siapapun sehingga teknik ini memudahkan penulis maupun klien untuk

mengaplikasikan teknik relaksasi nafas dalam. Penulis memilih tempat di Desa Maleber Kabupaten Cianjur dikarenakan penulis menemukan dan mendengar informasi terkait kasus seorang warga yang memiliki gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan. Berdasarkan latar belakang masalah di atas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang "Aplikasi teknik relaksasi nafas dalam pada pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan".

Metode Penelitian

Metode yang digunakan oleh penulis dalam studi kasus ini adalah penelaahan kasus. Teknik pengambilan sampel yang dilakukan dalam studi kasus ini adalah total sampling yakni suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel secara keseluruhan. Sampel yang diambil dalam studi kasus ini adalah satu orang dengan gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur. Lama kegiatan ini 2 bulan, sedangkan lamanya tindakan relaksasi nafas dalam dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan dengan waktu sekitar 10 menit dengan frekuensi 3 kali. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, melakukan wawancara langsung kepada klien, dan dokumentasi.

Hasil

Hasil aplikasi ini menunjukkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah pada orang gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 kali kunjungan.

Pembahasan

Pada tahap pengkajian, penulis memulai pengumpulan data dengan menggali faktor presipitasi yang merupakan faktor pencetus terjadinya gangguan jiwa pada Tn R yaitu berhentinya terapi pengobatan yang dilakukan di pesantren pengobatan karena pasien kabur dari pesantren pengobatan dan tidak mau kembali ke pesantren pengobatan tersebut dan faktor predisposisi atau faktor pendukungnya klien mempunyai pengalaman di masa lalu ketika di pesantren klien sering dibully dan dijauhi teman temannya kemudian ketika ada orang yang membully atau menjeleknya klien merasa kesal dan ingin membalas dengan cara memukul ataupun mengajak berkelahi terhadap orang yang menjeleknya tersebut, maka dari itu klien tidak mempunyai teman atau orang terdekat untuk bercerita tentang masalah yang dihadapinya.

Faktor tersebut sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) yang menyebutkan terdapat 2 tanda dan gejala yaitu mayor dan minor pada pasien

perilaku kekerasan, mayor subjektif : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, objektifnya : menyerang orang lain, melukai diri sendiri / orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif / amuk, sedangkan minornya yaitu objektif : mata melotot atau pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

Pada tahap perencanaan dan pelaksanaan penulis lebih memfokuskan untuk mengatasi perilaku kekerasan klien sehingga perumusan rencana tindakan dilakukan untuk mengontrol marah pasien dengan mengaplikasikan teknik relaksasi nafas dalam 3 hari, hal ini didukung oleh klien yang cukup kooperatif. penulis menerapkan intervensi yaitu bina hubungan saling percaya, aplikasikan teknik relaksasi nafas dalam. berikan pujian terhadap klien

Penerapan teknik relaksasi nafas dalam ini sesuai dengan hasil penelitian Kinandika (2014) di bangsal abimanyu RSJ dr. Arif Zainudin Surkarta tentang studi kasus terapi relaksasi nafas dalam untuk mengontrol marah pada pasien perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 hari, penulis pun melakukan intervensi selama 3 hari, Setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam untuk mengontrol marah selama tiga hari, evaluasi akhir dilakukan pada tanggal 7 Mei 2021 didapatkan hasil bahwa setelah dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam tampak klien menjadi lebih rileks, tenang dan klien mulai mampu mengontrol emosinya. Artinya setelah dilakukan intervensi terapi nafas dalam klien mengatakan marahnya sedikit berkurang dan klien tampak lebih rileks dan terapi relaksasi nafas dalam efektif berpengaruh dalam pengontrolan marah pada pasien perilaku kekerasan.

Simpulan

Adanya pengaruh terhadap tindakan terapi relaksasi nafas dalam pada orang gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan. Adanya respon positif yang menunjukkan klien mampu mengikuti terapi relaksasi nafas dalam sesuai program dan hasilnya efektif untuk mengontrol marah pada klien, serta klien mampu mengikuti program terapi ini.

Referensi

- Keliat, B. A & Akemat. (2016). Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok. EGC
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Riset Kesehatan Dasar. Sekretariat Negara
- Sutejo. (2017). Keperawatan Jiwa. Pustaka Baru Press.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Dewan Pengurus PPNI.

Videbeck. 2011. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. EGC.

Yosep, I. (2011). Keperawatan Jiwa. Refika Aditama.

Zelianti. (2011). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Emosi Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah dr.Amino Gondohutumo. Politeknik Kesehatan Denpasar. (<https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/183419>)

STIGMATISASI DAN PERILAKU KEKERASAN PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) DI INDONESIA

Muhammad Arsyad Subu^{1*}, Dave Holmes¹, Jayne Elliot¹

1. STIKes Binawan, Jakarta 13630, Indonesia

*E-mail: msubuo61@uottawa.ca

Abstrak

Salah satu efek stigmatisasi gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita terhadap orang-orang di sekitarnya termasuk keluarga, perawat dan masyarakat. Sebaliknya, penderita mengalami kekerasan dari keluarga, masyarakat dan profesional keperawatan. Penelitian ini bertujuan memahami dampak stigmatisasi dalam hubungannya dengan perilaku kekerasan terhadap penderita; serta untuk mengetahui perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita terhadap orang lain. Penelitian ini menggunakan *Constructivist Grounded Theory*. Metode pengumpulan data termasuk wawancara semi-terstruktur, dokumen revidu, catatan lapangan, dan memo. Analisis data menggunakan metode Paillé. Perilaku kekerasan adalah efek stigmatisasi termasuk kekerasan diri sendiri dan kekerasan terhadap keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan. Kekerasan fisik juga dialami penderita dari orang lain. Dampak stigmatisasi dimanifestasikan dengan perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita, keluarga, staf rumah sakit, masyarakat, dan aparat. Hasil temuan ini relevan untuk para perawat jiwa yang memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien perilaku kekerasan. Penelitian lanjut diperlukan untuk melihat perspektif keluarga, masyarakat dan staf pemerintah terkait stigma dengan perilaku kekerasan.

Kata kunci: *gangguan jiwa, perilaku kekerasan, stigma, stigmatisasi*

Abstract

Stigmatization and Violent Behavior on Mental Illness Patient in Indonesia. *An effect of stigmatization of mental illness is violent behavior conducted by patients toward other people around them including families, nurses and communities. Conversely, patients experienced violence conducted by families, communities and nursing professionals. This study aims to understand the effects of stigmatization on violent behavior towards sufferers; and to investigate violent behavior committed by sufferers against other people. This study used Constructivist Grounded Theory. Methods of data collection are semi-structured interviews, document review, field notes, and memos. Data analysis used Paillé. Violent behavior is the effect of stigmatization including self-harm and violence against families, communities and health professionals. Physical abuse is experienced by sufferers from others. The impact of stigmatization is manifested by violent behavior committed by patients, families, staff, community and authorities. Findings are relevant to psychiatric nurses who provide care to the patients with violent behavior. Further research is needed to see the perspective of families, communities and government to understand stigma in relation to violent behavior.*

Keywords: *Mental Illness, violent behavior, stigma, stigmatization*

Pendahuluan

Para ahli memperkirakan 15% populasi global akan memiliki masalah gangguan jiwa tahun 2020 (Harpham, *et al.*, 2003). Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tidak hanya mengalami dampak akibat gejala dan penyakit, tetapi juga stigmatisasi (Kapungwe, 2010). Prevalen-

si ODGJ berat di Indonesia adalah 1,7 per 1000 dan ODGJ ringan sekitar 6% dari total populasi (Kemenkes, 2013). Tujuh puluh lima persen ODGJ mengalami stigma dari masyarakat, pemerintah, petugas kesehatan dan media (Hawari, 2001). Perilaku kekerasan ODGJ menjadi penyebab utama stigmatisasi di masyarakat dan tenaga kesehatan.

Kekerasan merupakan salah satu konsekuensi serius dari gangguan jiwa yaitu 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan populasi (Corrigan & Watson, 2005). Profesional dalam pelayanan kesehatan jiwa menjadi korban kekerasan tiga kali lebih tinggi daripada dalam pelayanan kesehatan umum (Bilgin & Buzlu, 2006). Terjadi risiko perilaku kekerasan dari pasien dalam keperawatan jiwa yang lebih tinggi (Lawoko, Soares & Nolan, 2004). Perilaku kekerasan merupakan kejadian umum di RS (Spector, et al., 2007). Tenaga kesehatan, sebagian besar perawat, beresiko menjadi korban kekerasan (Holmes, Rudge, Perron, & St-Pierre, 2012). ODGJ menghadapi stigmatisasi yang menyebabkan mereka rentan terhadap perilaku kekerasan orang. ODGJ lebih sering menjadi korban daripada pelaku kekerasan (Stuart, 2004), menjadi korban fisik dan seksual (Teplin, et al., 2005) dan menjadi korban kejahatan dan diskriminasi (Katsikidou, et al., 2012). Sepuluh persen penderita adalah korban kekerasan (Schomerus, et al., 2008).

Suatu penelitian di Australia mengungkapkan bahwa 88% mereka yang dirawat di RS jiwa telah mengalami viktimisasi; 84% setelah mengalami serangan fisik dan 57% setelah mengalami kekerasan seksual (McFarlane, Schrade, & Bookless, 2004). Penelitian lain menunjukkan bahwa ODGJ mengalami kekerasan yang terjadi dalam lingkungan keluarga dan bukan orang asing. Mereka sering dipukul atau diancam oleh anggota keluarga mereka (Katsikidou, et al., 2012; Solomon, Cavanaugh, & Gelles, 2005). Telaah literatur intensif mengungkapkan bahwa penelitian tentang stigmatisasi gangguan jiwa belum fokus pada dampaknya terhadap perilaku kekerasan pada ODGJ. Penelitian ini memberikan analisis mendalam untuk memahami hubungan antara stigmatisasi dengan perilaku kekerasan pada ODGJ.

Metode

Penelitian ini memberikan pemahaman substantif tentang pengalaman stigmatisasi dan

perilaku kekerasan di kalangan ODGJ dewasa Indonesia dengan menggunakan *Constructivist Grounded Theory* (CGT). CGT diperkenalkan pertama kali oleh Kathy Charmaz. CGT konsisten dengan epistemologi dan ontologi 'konstruktivisme' yang memprioritaskan pada fenomena penelitian dan melihat data dan analisisnya sebagai hal yang dibuat dari pengalaman bersama peneliti dengan partisipan dan sumber lainnya" (Charmaz 2006, p.330). Desain penelitian ini lebih pada pendekatan objektivis, dan peran peneliti adalah menemukan kebenaran yang ada di dalam objek penelitian dan meminimalisasi 'kekuatan' (Charmaz, 2006, p. 331).

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit X di Bogor. Partisipan penelitian adalah pasien skizofrenia dan perawat laki-laki dan perempuan yang bekerja di rumah sakit. Sebanyak 30 partisipan direkrut, lebih dari cukup untuk memastikan saturasi data (Charmaz, 2006). Para partisipan hanya yang memiliki kemampuan membaca dan menulis, berusia 18 tahun atau lebih, mengalami gangguan jiwa dan stigma.

Pengumpulan data melalui wawancara semi-berstruktur yang direkam menggunakan digital audio. Telaah dokumen juga digunakan sebagai triangulasi data untuk meningkatkan probabilitas kredibilitas interpretasi data (Lincoln & Guba, 1985). Dokumen tersebut berupa *hardcopy* dan elektronik seperti laporan, log perawat, *pre* dan *post* konferensi, moto, visi dan misi RS. Memo digunakan untuk mendokumentasikan pengalaman dalam laporan kertas yang menjelaskan proses berpikir peneliti. Catatan lapangan dari observasi dan refleksi data, merupakan bagian dari pendekatan reflektif proses analitis data (Charmaz, 2006).

Analisis data menggunakan metode Paille (1994) yang meliputi kodifikasi, kategorisasi, menghubungkan kategori, integrasi, konseptualisasi, dan teorisasi. Sesuai Heath dan Cowley (2004) terdapat tiga tahapan analisis yaitu koding awal, fase menengah, dan

pengembangan akhir. Berdasarkan tahapan ini, data analisis Paille (1994) juga dapat dibagi menjadi tiga tahap: kodifikasi dan kategorisasi (koding awal), menghubungkan kategori dan integrasi (tahap menengah), konseptualisasi dan teorisasi (pengembangan akhir). Tahap kodifikasi adalah dimulai dengan mengatur kata-kata, persepsi dan pengalaman dalam bentuk kode secara terorganisir (proses pembentukan kode). Tujuannya adalah memberi nama, mengungkap, meringkas dan memberi label, baris demi baris, dari data transkripsi. Kodifikasi ini membantu mengidentifikasi adanya tumpang tindih antara kode awal dan pembentukan kategori. Tahap kategorisasi adalah untuk menggambarkan fenomena secara umum atau peristiwa yang muncul dari data yang kemudian dibuat daftar kategori. Tahap ini adalah untuk menentukan kategori dengan mengidentifikasi variasi dalam data dapat dijelaskan dengan kategori lain. Tahap integrasi adalah menentukan fenomena-fenomena yang telah diamati secara empiris. Dengan mengintegrasikan hubungan antara kategori, peneliti mengidentifikasi kongruensi tertentu yang muncul antara data dan arah penelitian yang diambil selama analisis. Tahap konseptualisasi adalah proses pengembangan dan klarifikasi konsep-konsep yang muncul dan menjelaskan konsep tersebut dengan kata-kata dan untuk memberikan definisi konseptual secara verbal. Proses ini memungkinkan peneliti untuk memahami fenomena penelitian dan kompleksitasnya. Akhirnya, tahap teorisasi merupakan proses konstruksi untuk menguatkan teori atau pemahaman substantif. Tidak semua penelitian *grounded theory* menghasilkan teori; akan tetapi pemahaman yang mendalam dan substantif merupakan hasil akhir dari sebuah penelitian dengan *grounded theory* Charmaz (2006).

Untuk keabsahan (*trustworthiness*), kriteria pertama adalah kredibilitas (Chiovitti & Piran, 2003). Kredibilitas dalam penelitian ini adalah dengan mengumpulkan data dari berbagai sumber diantaranya melalui wawancara, catatan lapangan, dan memo. Koding data dengan

kata-demi-kata, baris demi baris, dan menggunakan koding *in vivo*, yang mencerminkan pengalaman partisipan terkait stigma dengan gangguan jiwa. Penelitian ini menggunakan kata-kata partisipan yang sebenarnya untuk menjelaskan fenomena penelitian, dan diartikulasikan dengan asumsi, posisi epistemologis dan teoritis yang memengaruhi proses penelitian. Dilakukan evaluasi diri sebagai instrumen dan melihat efek peneliti yang dilakukan melalui refleksi diri dan memoyang ditulis dalam jurnal.

Auditabilitas berkaitan dengan konsistensi temuan, bahwa peneliti lain dapat mengikuti dengan jelas proses berpikir peneliti (Sandelowski, 1986). Dalam penelitian ini, auditabilitas dilakukan dengan kriteria untuk merumuskan pemikiran, bagaimana dan mengapa para partisipan dalam penelitian ini dipilih. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kerangka yang disajikan oleh Paille (1994) untuk mengidentifikasi langkah-langkah dalam analisis data dan memastikan bahwa pembaca dapat memahami bagaimana data itu didapatkan atau dibentuk oleh partisipan dan peneliti.

Fittingness atau transferabilitas berarti hasil penelitian memiliki arti yang sama pada situasi serupa (Chiovitti & Piran, 2003). Dalam penelitian ini, selama proses koding, semua data yang dibuat kode telah diperiksa oleh seorang pakar lain untuk melakukan cek eksternal yang terkait dengan hasil penelitian.

Hasil

Kekerasan ODGJ terhadap Diri Sendiri. Keinginan pasien bunuh diri yaitu sengaja menyakiti diri sendiri. Seorang pasien menggambarkan bahwa stigma dan isolasi sosial menyebabkan ide bunuh diri atau menyakiti diri sendiri. Rasa takut terhadap orang lain juga menjadi pencetus ide bunuh diri.

“...kadang saya tidak bisa mengendalikan diri sampai saya berkeinginan bunuh diri. Saya mencoba bunuh diri tiga kali dengan

minum racun tapi saya tidak mati ... Dengan penyakit jiwa, kepercayaan diri saya rendah. Saya merasa bingung; dengan orang lain, saya takut. Saya takut melihat orang lain.” (P1).

Kekerasan ODGJ terhadap Orang Lain dan Benda. Pasien menyadari bahwa dia telah melakukan perilaku kekerasan terhadap anggota keluarga atau kerabat.

“...saya yang paling sulit dalam keluarga dan saya menjadi beban keluarga saya. Karena kesulitan dalam hidup, saya harus berada di sini (RSJ). Otak saya punya banyak masalah. Jadi, saya marah dan melakukan kekerasan di rumah dan selanjutnya saya dibawa ke RS ini.” (P1).

Pasien yang melakukan kekerasan sering disembunyikan oleh keluarga, sehingga mereka terisolasi di masyarakat.

“L [teman] punya keluarga dengan penyakit jiwa; jika [pasien] melakukan kekerasan, ia menghancurkan atap, rumah, dll. Jadi keluarga merahasiakan dan menyembunyikannya. Mereka [pasien dan keluarga] jarang diundang oleh masyarakat. Jadi, mereka terisolasi. Mereka terpinggirkan... stigmakan?” (P11).

Pasien juga melakukan kekerasan terhadap fasilitas umum, dan menghancurkan barang-barang.

“Saya melemparkan asbak. Ceritanya, saya kasih pinjam 1,5 juta. Ia bayar dengan angsuran. Seratus, lima puluh, uang saya dari BJB lebih banyak... Saya marah; Saya tidak bisa mengendalikan diri. Saya jadi marah, seperti itu. Kemudian, saya dibawa ke sini (RSJ).” (P13).

Kekerasan, Pengekangan, dan Seklusi. Pasung dan seklusi masih digunakan untuk menangani penderita gangguan jiwa. Beberapa perawat menunjukkan bahwa ada pasien diikat, dirantai, atau dimasukkan ke dalam

balok kayu.

“Ya, itu adalah penderitaan bagi ODGJ. Banyak sekali kita menerima pasien yang telah dipasung, terikat, dirantai, dimasukkan ke dalam balok kayu; tapi, ada juga pasung, seperti menempatkan penderita di ruangan kecil dan dikasih makanan sekali sehari. Beberapa pasien tidak bisa berjalan, kurus dan kurang gizi. Mereka tidak dapat berbicara. Keluarga mereka kaya; jika mereka ingin membawa pasien ke RS, saya yakin mereka mampu” (P13).

Perawat percaya bahwa pasung dan seklusi yang terjadi di masyarakat karena stigma dan kurangnya pengetahuan masyarakat.

“Ya, [ada] banyak informasi pemasangan pasien. Kadang-kadang, disini, kami juga mengakui beberapa pasien yang memiliki riwayat pasung di rumah karena mereka melakukan kekerasan, mereka mengganggu masyarakat. Mungkin [mereka] tidak tahu cara merawat orang dengan penyakit jiwa. Hal ini masuk akal juga, kan? Mungkin lebih baik bagi mereka untuk menyelamatkan orang-orang daripada merawat ODGJ.” (P9).

Perawat lain mengatakan bahwa beberapa pasien, menjadi stres setelah bekerja di luar negeri. Mereka dikurung oleh keluarga saat mereka kembali.

“Mereka dikait di pilar besar. Ada yang diletakkan di kandang kambing atau ayam. Mereka dikurung seperti kambing. [Pasien] buang air besar, makan disitu, seperti binatang. Ini bukan cerita tapi saya melihatnya langsung; Saya itu saksi kondisi ini. Enam pasien telah dibawa ke RS. Ya, beberapa dari daerah ini mengirimkan banyak pekerja di Jawa Barat. Jadi mereka stres karena mereka bekerja di Arab Saudi. Mereka stres, dan kembali ke Indonesia dikurung oleh keluarganya.” (P15).

Pasien lain menyebutkan bahwa ia mengalami kekerasan seperti diserang dan dipukuli oleh

orang lain, ‘Saya berkelahi dengan beberapa orang. Saya dipukuli oleh orang-orang di masyarakat. Saya berkelahi dengan 100 orang. Karena mereka berpikir saya berbahaya bagi anggota masyarakat. Ya, saya punya masalah penyakit jiwa (P1).

Pasien sadar bahwa pasung adalah bentuk penganiayaan atau kejahatan terhadap ODGJ, melanggar hak-hak seseorang.

“ODGJ tidak jahat sama sekali. Pada dasarnya, mereka tidak jahat. Namun, orang-orang melakukan kejahatan terhadap mereka, seperti pasung. Mereka mengambil hak saya. Saya dipasung karena apa? Saya dipasung bukan untuk pemulihan. Tapi, saya dipasung untuk membuat saya "gila." Hal ini lebih menyakitkan benar.” (P14).

Kekerasan oleh Pengobatan Tradisional.

Banyak ODGJ yang mendapatkan pengobatan tradisional mengalami kekerasan dari terapis. Pasien mengalami terapi alternatif yang bersifat *abuse*, seperti ditenggelamkan, dicambuk, atau dimandikan paksa.

“Ya, saya dimandikan tengah malam. Dukun menggunakan ilmu sihir...[tidak jelas], memukuli saya. Saya dimandikan jam satu malam. Saya tidak tidur. Badan saya dikocok kocok seperti kambing. Saya disana satu setengah bulan, namun saya tidak sehat, saya tidak lebih baik.” (P2).

Kekerasan oleh Aparat Pemerintah. Salah satu pasien menceritakan pengalamannya ditahanan di kantor polisi. Pasien lain diborgol oleh polisi karena perilaku kekerasannya.

“...ya, saya diborgol. Polisi memborgol saya. Ibu saya meminta bantuan polisi untuk memborgol saya. Tapi belunggu borgol rusak. Lihat ini [bekas luka di tangannya].” (P15).

Kekerasan oleh Tenaga Kesehatan. Staf rumah sakit juga melakukan kekerasan fisik terhadap pasien. Metode pengikatan, pengekanan dan pengasingan digunakan oleh staf dan

perawat.

“Saya ngamuk. Saya dipukulin di K [bangsal). Kepala dipukul kursi lipat. Ya, tangan dan kaki diikat karena melakukan kekerasan. Saya tidak melakukan kesalahan tapi diborgol. Ketika saya datang lagi ke sini, saya juga diborgol oleh staf bangsal K.” (P2).

Pasien dengan perilaku kekerasan yang membahayakan akan diisolasi sebagai metode pengendalian.

“Staf (RSJ) menganggap orang gila itu sumber bahaya... mereka nganggap orang gila itu benar-benar gila, bukan manusia; harus dihapuskan, harus dibakar, harus ditendang, dan ditekan, dan harus ditempatkan di ruangan gelap seperti di U (bangsal). Ya, itu terjadi, saya seperti babi diseret.” (P9).

Seringkali petugas keamanan dan perawat bekerjasama dalam melakukan isolasi dan kekerasan.

“Semuanya dihancurkan, TV rusak. Teman saya di S (bangsal) telah menghancurkan TV. Sekarang, dia ada di sini, di bangsal K. Pasien dengan kasar diseret oleh petugas keamanan. "Ayo kamu." Saya juga ditarik dan dipaksa. "Ayo sana." Saya ditarik. Saya tidak suka diperlakukan seperti itu.” (P2).

Seorang perawat mengatakan bahwa umumnya pasien baru di RSJ diikat.

“Jika pasien datang ke rumah sakit sangat mudah marah, beberapa pasien ini terikat; ada pula yang diborgol. Jika pasien datang dengan kurang atau tidak marah, mereka tidak terikat. Jadi, jika pasien berada dalam kondisi marah ketika datang, mereka terikat. Tetapi jika mereka tidak benar-benar marah, mereka tidak diikat oleh orang lain. Mereka dibawa oleh keluarga atau polisi kesini. Ya, polisi. Seperti itu. Jika pasien baru, sebagian besar mereka datang dengan terikat.” (P6).

Ketakutan Pasien terkait dengan Tindakan dan Pengobatan. Pasien sering ketakutan akibat kekerasan dari terapi dan pengobatan alternatif atau tradisional. Satu partisipan yang telah dibawa ke dukun mengungkapkan:

"...di Ngawi, terjadi hal menakutkan, di daerah terpencil di Jawa, dan tempatnya sangat gelap. Saya takut. Dia itu mantan pasien sakit jiwa. Dia mengatakan: "Ini penyakit gila. Ini psikopat". Saya ingin melarikan diri. Saya takut benar melihat kapaknya. Saya sangat stres, itu pengobatan yang aneh." (P3).

Ketakutan Keluarga. Hidup dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan masalah bagi keluarga. Ketakutan akan perilaku kekerasan berulang menyebabkan keluarga merasa tidak nyaman jika penderita di rumah,

"Ya, karena malu juga, karena sebagian besar penderita mengganggu masyarakat. Umumnya, pasien laki-laki mengganggu komunitas dan anggota keluarga merasa ga nyaman dengan tetangga. Mereka takut jika pasien melakukan kekerasan lagi" (P11).

Ketakutan Anggota Masyarakat. ODGJ dengan riwayat perilaku kekerasan membuat takut masyarakat. Pasien merasa dijauhi dan diisolasi oleh teman dan masyarakat.

"Teman-teman merasa takut.... Mereka takut pada saya. Mereka takut berdebat dengan saya karena saya orang sakit jiwa. Ya, argumen saya tidak diterima; tidak dipahami oleh mereka. Misalnya, jika saya berbicara benar, mereka harus nurutin saya..." (P5).

Pembahasan

Hubungan antara gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan adalah penyebab utama stigmatisasi bagi ODGJ. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa akibat stigmatisasi, pasien melakukan kekerasan di keluarga dan komunitas. ODGJ melakukan kekerasan 2,5

kali lebih banyak dari populasi umum (Corrigan & Watson, 2005). Seringkali, kekerasan yang dilakukan ODGJ diarahkan pada orang yang mereka kenal, terutama anggota keluarga (Wehring & Carpenter, 2011).

Percobaan bunuh diri atau melukai diri sendiri sering dilakukan oleh ODGJ sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah mereka. Kekerasan mandiri meliputi ide atau percobaan bunuh diri, sengaja melukai diri, serta bunuh diri. Sebanyak 18–55% kelompok ODGJ melakukan percobaan bunuh diri (Harkavy-Friedman, et al., 2003; Tarrier, et al., 2004). Risiko menyakiti diri sendiri meningkat terutama pada ODGJ dengan skizofrenia.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ODGJ juga melakukan kekerasan terhadap perawat. Hasil ini didukung oleh beberapa studi. Perawat adalah profesi yang paling rentan menjadi target kekerasan (Holmes, et al., 2004; Inoue, et al., 2006), sebagian besar perawat mengalami kekerasan selama karir mereka (Inoue, et al., 2006; Landy, 2005).

Penelitian ini mengungkapkan, selain berperilaku kekerasan, ODGJ juga menjadi korban kekerasan. Di Yunani, ODGJ lebih sering menjadi korban kejahatan (Katsikidou et al., 2012). Di Taiwan, *abuse* terhadap pasien ODGJ lebih tinggi dari pada populasi (Hsu dkk., 2009). Interaksi antara polisi dan ODGJ kadang-kadang terkait dengan perilaku kekerasan (Cotton & Coleman, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga takut menghadapi anggota keluarga ODGJ, terutama karena risiko perilaku kekerasan. Hal ini sesuai dengan studi yang menyatakan ada hubungan erat antara perilaku kekerasan yang dialami oleh ODGJ dengan ketakutan mereka. Stigmatisasi gangguan kesehatan mental menciptakan rasa takut dan ODGJ mendapat label berbahaya (Araujo & Borrell, 2012; Bathje & Pryor, 2011). Satu dari empat orang Kanada takut berada di sekitar ODGJ (Canadian

Medical Association, 2008). Banyak yang menganggap bahwa ODGJ menimbulkan ancaman bagi keselamatan umum (Jorm & Griffiths, 2008). Rasa takut yang dialami perawat dapat memengaruhi hubungan perawat dengan pasien, yang menghambat pemberian asuhan keperawatan (Jacob, 2010).

Ketakutan masyarakat pada ODGJ dapat dipengaruhi oleh media massa yang berperan membentuk opini masyarakat. Penggambaran ini sangat terkait dengan perasaan ketakutan masyarakat pada ODGJ (Arboleda-Florez, 2003).

Kesimpulan

Penelitian ini menemukan bahwa perilaku kekerasan adalah konsekuensi dari stigmatisasi terhadap ODGJ. Sebaliknya stigmatisasi adalah akibat dari perilaku kekerasan oleh ODGJ. Stigmatisasi sangat mungkin masih dilakukan para perawat. Hasil penelitian memberikan informasi tentang stigmatisasi dalam pelayanan keperawatan jiwa di Indonesia.

Sangat penting memasukkan materi stigmatisasi gangguan jiwa dalam kurikulum pendidikan calon perawat. Mereka kemungkinan akan menghadapi risiko perilaku kekerasan dari pasien jika bekerja di area keperawatan jiwa. Keperawatan jiwa merupakan area yang bersiko mendapatkan ancaman dan kekerasan sehingga seringkali membenarkan beberapa jenis intervensi, seperti pengikatan, isolasi, atau pengasingan yang merugikan hubungan perawat dengan pasien.

Penelitian lanjut diperlukan untuk melihat bagaimana keluarga, masyarakat, dan aparat pemerintah memandang stigma terkait perilaku kekerasan pada ODGJ. Program kampanye anti-stigma akan mengurangi konsekuensi negatif stigmatisasi ODGJ terhadap perilaku kekerasan di Indonesia. Program ini perlu disesuaikan dengan kelompok khusus sehingga dapat mengurangi akibat negatif dari stigma gangguan jiwa (SH, INR, PN).

Referensi

- Araujo, B., & Borrell, L. (2012). Understanding the link between discrimination, mental health outcomes, and life chances among Latinos. *Hispanic Journal of Behavior Sciences*, 28 (2), 245–266.
- Arboleda-Florez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (10), 645–650.
- Bathje, G., & Pryor, J. (2011). The relationship of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling*, 33 (2), 161–176.
- Canadian Medical Association (2008). *8th Annual national report card on health care*. Ottawa ON: Canadian Medical Association.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Chivotti, R.F., & Piran, N. (2003). Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 427–435.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2005). Findings from the national comorbidity survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136, 153–162.
- Cotton, D., & Coleman, T. (2010). Canadian police agencies and their interactions with persons with a mental illness: A systems approach. *Police Practice and Research*, 11 (4), 301–314.
- Harkavy-Friedman, J.M., Kimhy, D., Nelson, E.A., Venarde, D.F., Malaspina, D., & Mann, J.J. (2003). Suicide attempts in schizophrenia: The role of command auditory hallucinations for suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 871–874.
- Harpham, T., Reichenheim, M., Oser, R., Thomas, E., Hamid, N., Jaswal, S., ... Aidoo, M. (2003). Measuring health in cost effective manner. *Health Policy and Planning*, 18 (3), 344.

- Heath, H., & Cowley, S. (2004). Developing a grounded theory approach: A comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (2), 141–150.
- Holmes, D., Rudge, T., Perron, A., & St-Pierre, I. (2012). *Introduction (re) thinking violence in health care settings: A critical approach*. In Holmes, D., Rudge, T., Perron, A. (Eds). (Re) Thinking violence in health care settings: A critical approach. Surrey: Ashgate Publishing, Ltd.
- Hsu, C.C., Sheu, C.J., Liu SI, Sun, Y.W., Wu, S.I., & Lin, Y. (2009). Crime victimization of persons with severe mental illness in Taiwan. *Aeland Journal of Psychiatry*, 460–466.
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 29–36.
- Jacob, J.D. (2010). *Fear and power in forensic psychiatry: nurse-patient interactions in a secure environment*. Doctoral Dissertation School of Nursing University of Ottawa, Canada:
- Jorm, A.F., & Griffiths, K.M. (2008). The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118 (4), 315–321.
- Kapungwe, A., Cooper, S., Mwanza, J., Mwape, Sikwese, L.A., ... Flisher, A.J. (2010). Mental illness - stigma and discrimination in Zambia. *African Journal of Psychiatry*, 13, 192–203.
- Katsikidou, M., Samakouri, M., Fotiadou, M., Arvaniti, A., Vorvolakos, T., Xenitidis, K., & Livaditis, M. (2012). Victimization of the severely mentally ill in Greece: The extent of the problem. *International Journal of Social Psychiatry*, 59 (7), 706–715.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Landy, H. (2005). Violence and aggression: How nurses perceive their own and their colleagues risk. *Emergency Nurse*, 13, 12–15.
- McFarlane, A.C., Schrader, G.D., & Bookless, C. (2004). *The prevalence of victimization and violent behaviour in the seriously mentally ill* (Theses, University of Adelaide). Department of Psychiatry, University of Adelaide, Adelaide, Australia.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147–181.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8 (3), 27–37.
- Schomerus, G., Heider, D., Angermeyer, M.C., Bebbington, P.E., Azorin, J.M., Brugha, T., & Toumi, M. (2008). Urban residence, victimhood and the appraisal of personal safety in people with schizophrenia: Results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Psychological Medicine*, 38 (4), 591–597.
- Solomon, P.L., Cavanaugh, M.M., & Gelles, R.J. (2005). Family violence among adults with severe mental illnesses. *Trauma, Violence and Abuse*, 6 (1), 40–54.
- Spector, P.E., Allen, T.D., Poelmans, S., Lapierre, L.M., Cooper, C.L., ... O'Driscoll, M. (2007). Cross-national differences in relationships of work demands, job satisfaction and turnover intentions with work-family conflict. *Personnel Psychology*, 60, 805–835.
- Stuart, H. (2004). Stigma and work. *Healthcare papers*, 5(2), 100–111.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B., & Gregg, L. (2004). Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 927–937.
- Teplin, L.A., McClelland, G.M., Abram, K.M., & Weiner, D.A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness. *Archives of general psychiatry*, 62, 911–921.

Wehring, H.J., & Carpenter, W.T (2011). Violence and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (5), 877–778.

PENGARUH STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAMBI

Vevi Suryenti Putri¹⁾, Restia Mella N²⁾ dan Salvita Fitrianti³⁾
Program Studi S1 Keperawatan STIKBA^{1,2,3)}
Email : vevisuryentiputri.2010@gmail.com

ABSTRACT

Schizophrenic patients such as violent behavior violent behavior is a form of behavior that aims to injure a person physically and psychologically. To overcome violent behavior in schizophrenic patients it is necessary to take anticipatory strategies, in the form of therapeutic communication. The purpose of this study is to see whether there is an effect of therapeutic communication therapy on patients at risk of violent behavior in the Inpatient Room of Jambi Provincial Hospital. The study was conducted on 12-19 July 2018. The research design used was pre-experimental design with one group pre-test and post-test design. Respondents in this study were all schizophrenic patients with a risk of violent behavior in the inpatient ward of the Regional Psychiatric Hospital of Jambi Province as many as 98 people with a total sample of 20 respondents. Data collection was done by proportional random sampling technique. The results showed that before therapeutic communication therapy was known, most respondents had poor behavior (maladaptive) with a mean of 40.50, and therapeutic communication therapy was known to increase the score of behavior better (adaptive) with mean 43.90. The results showed that there was a significant effect of therapeutic communication therapy in addressing the problem of violent behavior in schizophrenic patients with a p-value of 0.013 (p-value <0.05).

Key Words : Therapeutic Communication, Implementation Strategy, Violence Behavior

ABSTRAK

Pasien skizofrenia seperti perilaku kekerasan perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Untuk mengatasi perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia perlu dilakukan tindakan strategi antisipatif, berupa komunikasi terapeutik. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat apakah ada pengaruh terapi komunikasi terapeutik terhadap pasien resiko perilaku kekerasan di Ruang Rawat Inap RSJD Provinsi Jambi. Penelitian dilakukan pada tanggal 12 – 19 Juli 2018. Desain penelitian yang digunakan adalah pre-experimental design dengan one group pre-test and post-test design. Responden dalam penelitian ini adalah seluruh pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan yang berada di ruang rawat inap RSJ Propinsi Jambi sebanyak 98 orang dengan jumlah sampel sebanyak 20 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik proporsional random sampling. Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutik diketahui sebagian besar responden mempunyai perilaku yang kurang baik (maladaptif) dengan mean 40.50, dan diberikan terapi komunikasi terapeutik diketahui terjadi peningkatan skor perilaku yang lebih baik (adaptif) dengan mean 43,90. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi komunikasi terapeutik dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan p-value 0,013 (p-value <0,05).

Kata kunci : Komunikasi Terapeutik, Strategi Pelaksanaan, Perilaku Kekerasan

PENDAHULUAN

Menurut WHO (*World Health Organization*) kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan pribadinya, kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional secara optimal dari seseorang dan perkembangan ini berjalan selaras dengan orang lain.¹

Gangguan jiwa berat merupakan gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia. Angka prevalensi seumur hidup skizofrenia di dunia bervariasi berkisar 4 permil sampai dengan 1,4 persen.² Menurut Ikatan Dokter Indonesia (2016), satu dari empat orang dewasa akan mengalami masalah kesehatan jiwa pada satu waktu dalam hidupnya. Data WHO (*World Health Organization*, 2016) menunjukkan, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Riset kesehatan dasar (2013) prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Aceh, DI Yogyakarta,

Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat provinsi Jambi adalah 0,9%.² Berdasarkan data yang di peroleh dari Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi, diketahui jumlah pasien skizofrenia berdasarkan diagnosa medis pada bulan Januari s/d September tahun 2016 berjumlah 1.262 orang dengan persentase 45,5 % merupakan penyakit jiwa yang penderitanya lebih banyak diruang rawat inap.

Tabel 1. Jumlah Pasien Skizofrenia Berdasarkan Diagnosa Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi Pada Bulan Januari-Mei tahun 2018.

No	Ruangan	Halusinasi	PK	DPD
1	Epsilon	143	36	0
2	Srikandi	65	7	0
3	Arimbi	224	6	0
4	Beta	169	0	0
5	Arjuna	192	0	0
6	Yudistira	209	0	0
7	Gama	125	0	79
8	Alfha	695	33	0
9	Shinta	133	5	0
10	Delta	165	3	22
11	Pega	72	1	12
12	Teta	337	6	2
13	Sigma	229	1	1
14	Omega	88	0	5
Jumlah		3.375	98	121

Sumber : Buku Mutasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi Pada Bulan Januari-Mei Tahun 2018.

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.⁴ Perilaku kekerasan pada orang lain adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungan.⁵

Menurut Afnuhazi (2015), faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri. Untuk faktor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan kehilangan orang yang di cintai (pekerjaan). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. Rentang respon kemarahan dari perilaku kekerasan dapat digambarkan sebagai berikut, asertif, frustrasi, pasif, agresif, dan mengamuk.⁵

Upaya yang digunakan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu penatalaksanaan medis seperti: farmakologi, terapi modalitas, terapi keluarga, dan terapi kelompok (Afnuhazi,2015). Untuk penatalaksanaan keperawatan menurut Yosep (2016) bahwa perawat dapat mengimplementasikan berbagai cara untuk mencegah dan mengelola perilaku kekerasan melalui: strategi preventif (kesadaran diri, pendidikan klien, latihan asertif), strategi antisipatif (komunikasi, perubahan lingkungan, tindakan perilaku, psikofarmakologi), strategi pengurangan (managemen krisis, *seclusion, restrains*).¹

Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Terapeutik merupakan segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien.⁴ Komunikasi terapeutik ini dapat dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pada pasien harga diri rendah, halusinasi, defisit perawatan diri dan perilaku kekerasan.⁵ Perlu adanya hubungan saling percaya yang didasari oleh keterbukaan, memahami dan pengertian akan kebutuhan, harapan dan kepentingan masing-masing. Waktu yang paling efektif dalam melakukan komunikasi

terapeutik adalah 3 kali dalam sehari yaitu pagi, siang dan malam hari (Simamora,2011).

Tujuan komunikasi terapeutik membantu klien untuk menjelaskan dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.⁵

Berdasarkan survey awal hasil wawancara yang dilakukan sebelum penelitian oleh peneliti terhadap 2 orang Kepala Ruangan, 4 orang perawat, dan 8 orang pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. Wawancara dan observasi dilakukan pada tanggal 23-25 April 2018, di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi terdapat 15 ruangan. Dari data yang didapat tahun 2018 terdapat jumlah pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan adalah 170 orang. Hasil wawancara diketahui kepala ruangan Pega mengatakan bahwa perawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi sudah melakukan komunikasi terapeutik dengan menggunakan SP (Strategi Pelaksanaan) sesuai dengan masalah yang dialami pasien. Kepala ruangan Epsilon juga mengatakan bahwa perawat kerap sekali mengalami hambatan saat berinteraksi dengan pasien seperti pada saat menghadapi pasien yang kurang kooperatif untuk berkomunikasi/berinteraksi, saat pasien masih dominan dikuasai ketika pasien yang sering kali menunjukkan perilaku kekerasan.

Peneliti melakukan wawancara kepada 4 orang perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa. Dua orang perawat di ruang Alfa mengatakan bahwa diruangan tersebut belum efektif apabila dilakukan komunikasi terapeutik dikarenakan ruangan tersebut merupakan ruangan dimana pasien baru pertama kali masuk dan perawat mengatakan komunikasi yang dilakukan adalah dalam bentuk komunikasi yang belum terlalu efektif, komunikasi terapeutik berupa strategi pelaksanaan belum bisa dilakukan karena pasien belum bisa dikendalikan hanya dengan komunikasi, pasien dikendalikan dengan obat terlebih dahulu kemudian baru bisa dilakukan komunikasi. Satu orang perawat di ruangan Epsilon mengatakan bahwa dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien tentu saja banyak hambatan yang dialami perawat, dimana hambatan terbesar banyak perawat temui pada tahap awal (pra rehabilitasi), hal itu dikarenakan, kepercayaan yang belum terbina dengan baik antara perawat dengan pasien sehingga komunikasi yang diterapkan perawat sering tidak tersampaikan dengan baik.

Satu orang perawat diruangan Pegamengatakan hambatan/kesulitan saat berinteraksi dengan pasien perilaku kekerasan ialah saat pasien berbicara pasien tidak nyambung/inkoheren dengan apa yang sedang dibicarakan, menunjukkan ekspresi tegang karena marah, masih sangat gelisah sehingga tiba-tiba memukul perawat. Kesulitan lainnya yang dialami perawat saat berinteraksi dengan

pasien ialah pada saat pasien tidak mau berdiam diri dan terus mondar-mandir membuat perawat sulit melakukan interaksi dengan pasien. Perawat tersebut mengatakan komunikasi terapeutik dilakukan tiga kali dalam sehari yaitu, pagi, siang dan malam.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti terhadap perawat, peneliti melihat bahwa perawat sedikit meninggikan suaranya pada pasien yang agresif karena pasien tidak kooperatif saat diajak berkomunikasi, pasien terlihat ketakutan karena perawat berbicara dengan suara yang keras, sedangkan teknik komunikasi terapeutik pada pasien perilaku kekerasan adalah tidak membalas suara keras dari pasien. Kemudian diruangan Alfa peneliti mengobservasi terlihat seorang perawat sedang mengikat kaki dan tangan sebelah kanan dan kiri di tempat tidur pada pasien resiko perilaku kekerasan yang sedang mengamuk pasien ini merupakan pasien yang baru masuk ke ruangan Alfa setelah dari ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan belum pernah sama sekali dilakukan SP oleh perawat. Menurut hasil pengamatan di ruang Srikandi dari peneliti bahwa komunikasi yang terjalin antara pasien dan perawat hanya sekedarnya saja. Dan perawat diruang Srikandi tampak hanya melakukan komunikasi kepada pasien pada saat jam-jam tertentu seperti pada saat jam makan dan waktu minum obat. Perawat hanya memberikan obat dan pasien hanya menerima obat tersebut.

Pada saat peneliti melakukan observasi pada 8 orang pasien baru dan pasien yang sudah mendapatkan

SP oleh perawat pada pasien resiko perilaku kekerasan. Pada 3 orang pasien baru tampak sedang mengamuk, menendang tempat tidur sambil berbicara kotor. 3 orang pasien lainnya sudah mendapatkan SP namun hanya baru sekali dilakukan SP, pasien tampak memukul diri sendiri seperti merasa bahwa dirinya tidak berguna, tidak berdaya, pasien tampak mondar-mandir dan tampak frustrasi. 2 pasien lainnya yang sudah 2-3 kali dilakukan SP dan pasien terlihat tenang tetapi terkadang pasien masih tampak melakukan perilaku kekerasan pada saat gangguan kejiwaan nya kambuh dilihat dari tanda gejalanya seperti muka merah dan tegang, mengepalkan tangan yang terkadang diarahkan kepada temannya, dan berbicara kotor.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka komunikasi terapeutik dapat mengajarkan cara-cara yang dapat dipakai untuk mengekspresikan kemarahan yang dapat di terima oleh semua pihak tanpa harus merusak (asertif), juga dapat membantu mengontrol perilaku kekerasan, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi tentang Pengaruh Tahapan Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun 2018.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *pre-experimental* dengan *one group pre-test and post test design*, yang bertujuan untuk melihat

perbandingan rata-rata sebelum dan sesudah perlakuan dengan komunikasi terapeutik. Untuk mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien resiko perilaku kekerasan yang ada di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun sebanyak 98 orang

dengan jumlah sampel 20 responden. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 12-19 Juli 2018. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik *proporsional random sampling* dengan observasi langsung pada pasien resiko perilaku kekerasan. Analisa data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan menggunakan uji T test dependen.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 2. Skor Resiko Perilaku Kekerasan Sebelum Dilakukan Terapi Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2018.

No.	Variabel	Mean	Max Min	Standar Deviasi	N
1.	Resiko Perilaku Kekerasan Responden	40.50	48 35	3.980	20

Berdasarkan tabel 2 diketahui rata-rata skor resiko perilaku kekerasan sebelum dilakukan komunikasi terapeutik masih termasuk dalam kategori beresiko melakukan perilaku kekerasan dengan score mean 40,50. Pada saat observasi yang dilakukan peneliti

sebagian besar responden masih berperilaku mengamuk (mata melotot), susah diajak berkomunikasi, dan menundukkan kepala, yang termasuk dalam perilaku aserteif dan amuk. Menurut Yusuf (2015), hal tersebut termasuk dalam perilaku yang maladaptif.⁶

Tabel 3. Rata-Rata Skor Resiko Perilaku Kekerasan Sesudah Dilakukan Terapi Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2018.

No.	Variabel	Mean	Max Min	Standar Deviasi	n
1.	Resiko Perilaku Kekerasan Responden	43.90	39 53	3.999	20

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa rata-rata skor resiko perilaku kekerasan sesudah diberikan terapi komunikasi terapeutik masih

termasuk dalam kategori yang baik dengan *score* mean 43,90. Pada saat dilakukan observasi oleh peneliti sebagian besar responden sudah

berperilaku baik, dimana pada saat observasi sebagian responden berperilaku bisa diajak

berkomunikasi dan mudah diatur, hal ini termasuk kedalam perilaku adaptif.

Tabel 4 Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2018.

No.	Variabel	Mean	n	Std. Error	Std Deviasi	<i>p-value</i>
1.	Sebelum dilakukan terapi Komunikasi Terapeutik	40,50	20	.890	3,980	0.013
2	Sesudah dilakukan terapi Komunikasi Terapeutik	43,90	20	.894	3,999	

Berdasarkan tabel 4 diketahui rata-rata mean sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutik adalah 40,50 dan sesudah dilakukan terapi komunikasi terapeutik rata-rata adalah 43,90.

Waktu penelitian ini hanya dilakukan selama 8 hari dari tanggal 12 Juli 2018 sampai dengan 19 Juli 2018. Beberapa responden pada saat penelitian berlangsung terkadang tidak fokus dengan terapi yang diberikan karena responden asik melihat teman nya yang sedang bermain di lingkungan sekitar nya. Sebagian responden juga acuh terhadap terapi komunikasi terapeutik yang di berikan dan bermalas-malasan mengisi ADL (*Aktifity Daily Living*) yang diberikan untuk dilaksanakan terapi komunikasi terapeutik tersebut secara mandiri, sehingga terapi komunikasi terapeutik tidak berpengaruh bagi responden.

Berdasarkan hasil diatas penelitian ini sejalan dengan teori menurut Afnuhazi (2015), manusia sebagai makhluk holistik dipengaruhi oleh lingkungan dalam dirinya dan lingkungan dari luar, baik keluarga, kelompok maupun komunitas. Dalam berhubungan dengan lingkungan, manusia harus mengembangkan strategi koping yang efektif agar dapat beradaptasi. Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi yang efektif, suasana yang bising, tidak ada privasi yang tepat akan menimbulkan ketegangan dan ketidaknyamanan.⁵

Komunikasi terapeutik dalam penelitian ini dilakukan sebanyak 2 kali dalam satu hari selama 15 menit setiap satu kali pertemuan. Komunikasi terapeutik pada penelitian ini menggunakan tahapan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan dimana untuk 1 kali perlakuan SP dilakukan 2 kali dalam 1 hari. Tujuan dari penelitian ini

melihat ada pengaruh tahapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan.

Menurut penelitian Asrin dkk (2008), mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik yang diberikan kepada pasien dapat dijalankan dalam waktu satu *shift* tugas (*shift* pagi, siang, dan malam). Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hasil yang signifikan dengan hasil 93,3% responden mengatakan puas dan sangat puas terhadap teknik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat.⁷

Menurut Yusuf (2015), tanda gejala yang sering muncul pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan seperti emosi (tidak adekuat, tidak mana, rasa terganggu, marah/dendam, jengkel), intelektual (mendominasi, bawel, berdebat, meremehkan), fisik (muka merah, pandangan tajam, tangan menggepal, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, TD meningkat), spiritual (kemahakuasaan, kenijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kebejatan), sosial (menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor).⁶

Menurut Yosep (2016), salah satu penatalaksanaan dari resiko perilaku kekerasan adalah komunikasi. Untuk berkomunikasi dengan klien perilaku kekerasan sebaiknya bersikap tenang, bicara lembut, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dan dengan cara konkrit, tunjukkan rasa hormat, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi, fasilitasi pembicaraan klien dan dengarkan

klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan dan jangan buat janji yang tidak bisa ditepati.

Stuart dan Sundden (1998) dalam Pieter (2017), menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien, dalam hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional pasien (klien). Dengan demikian hubungan terapeutik merupakan suatu hubungan yang bersifat kerja sama yang bersifat terapeutik yang ditandai adanya pertukaran perilaku, perasaan, pikiran dan pengalaman dalam membina hubungan intim yang terapeutik. Jadi dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik dapat meningkatkan hubungan perawat dengan klien dan bisa membantu pasien untuk mengontrol emosi sehingga dapat menurunkan resiko perilaku kekerasan.⁸

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pengaruh tahapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan hal ini dikarenakan komunikasi terapeutik dapat meningkatkan interaksi antara perawat dengan pasien. Dimana perawat bisa menjadi teman pasien untuk berbagai cerita tentang permasalahan yang dihadapi pasien sehingga secara tidak langsung pasien memiliki ikatan emosional dengan perawat.

Hal ini bisa menjadi salah satu cara untuk mengendalikan emosi sehingga dapat menurunkan resiko perilaku kekerasan. Dan diharapkan perawat untuk dapat lebih

meningkatkan komunikasi terapeutik dan agar dapat dilaksanakan secara terus menerus supaya pasien dengan resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan perilaku maupun sikap yang lebih baik (adaptif).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang diperoleh maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Hasil analisis rata-rata kemampuan responden sebelum diberikan terapi tahapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah 40,50.
- b. Hasil analisis rata-rata kemampuan responden sesudah diberikan terapi tahapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah 43,90.
- c. Hasil uji analisis *t-test* didapatkan *p-value* $0,013 < \alpha$ (0,05) yang dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik resiko perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun 2018.

SARAN

- a. Bagi Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi

Informasi yang didapatkan dari hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi bagi perawat untuk lebih meningkatkan komunikasi terapeutik dimana komunikasi antar perawat dengan pasien dengan cara berinteraksi sesuai Strategi Pelaksanaan sesuai tahapannya. Perawat diharapkan melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien sebanyak 3 kali atau lebih dalam sehari supaya terjalinnya hubungan interpersonal antara perawat dan pasien dan mempercepat proses penyembuhan pasien.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi tambahan bahan masukan untuk menambah wawasan bagi institusi pendidikan kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang pengaruh komunikasi terapeutik dengan menggunakan strategi pelaksanaan pada pasien jiwa khususnya pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

- c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan kepada peneliti selanjutnya jika ingin melaksanakan penelitian dengan variabel yang sama agar memberikan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan 3 kali melakukan komunikasi dalam sehari agar didapatkan hasil lebih baik dari penelitian sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Yosep Iyus. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Refika Aditama
2. Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Kesehatan Jiwa*. www.depkes.go.id. Diakses tanggal 09 April 2018 pukul 10.55 WIB.
3. Ikatan Dokter Indonesia.(2016). *Hari Kesehatan Jiwa Sedunia : Penyebab Munculnya Gangguan Kesehatan Jiwa*. <http://www.idionline.org/berita/hari-kesehatan-jiwa-sedunia-penyebab-munculnya-gangguan-kesehatan-jiwa/>. Diakses tanggal 15 April 2018 pukul 14.55 WIB.
4. Damaiyanti M. (2008). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : Refika Aditama.
5. Afnuhazi Ridhyalla. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
6. Yusuf dkk.(2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
7. Asrin, dkk. (2008). *Gambaran Praktik Komunikasi Terapeutik Dan Komunikasi Isosial Perawat Dalam Pemberian Pelayanan Keperawatan*. Diakses tanggal 10 Agustus 2018 pukul 17.30 WIB.
8. Pieter Herri Zan. (2017). *Dasar-dasar Komunikasi Bagi Perawat*. Jakarta, PT. Kharisma Putra Utama
9. Witojo Djoko & Widodo Arif.(2008). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia*. Surakarta : Perawat RSJD. Surakarta & Dosen Keperawatan FIK UMS.

PENGARUH STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAMBI

Vevi Suryenti Putri¹⁾, Restia Mella N²⁾ dan Salvita Fitrianti³⁾
Program Studi S1 Keperawatan STIKBA^{1,2,3)}
Email : vevisuryentiputri.2010@gmail.com

ABSTRACT

Schizophrenic patients such as violent behavior violent behavior is a form of behavior that aims to injure a person physically and psychologically. To overcome violent behavior in schizophrenic patients it is necessary to take anticipatory strategies, in the form of therapeutic communication. The purpose of this study is to see whether there is an effect of therapeutic communication therapy on patients at risk of violent behavior in the Inpatient Room of Jambi Provincial Hospital. The study was conducted on 12-19 July 2018. The research design used was pre-experimental design with one group pre-test and post-test design. Respondents in this study were all schizophrenic patients with a risk of violent behavior in the inpatient ward of the Regional Psychiatric Hospital of Jambi Province as many as 98 people with a total sample of 20 respondents. Data collection was done by proportional random sampling technique. The results showed that before therapeutic communication therapy was known, most respondents had poor behavior (maladaptive) with a mean of 40.50, and therapeutic communication therapy was known to increase the score of behavior better (adaptive) with mean 43.90. The results showed that there was a significant effect of therapeutic communication therapy in addressing the problem of violent behavior in schizophrenic patients with a p-value of 0.013 (p-value <0.05).

Key Words : Therapeutic Communication, Implementation Strategy, Violence Behavior

ABSTRAK

Pasien skizofrenia seperti perilaku kekerasan perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Untuk mengatasi perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia perlu dilakukan tindakan strategi antisipatif, berupa komunikasi terapeutik. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat apakah ada pengaruh terapi komunikasi terapeutik terhadap pasien resiko perilaku kekerasan di Ruang Rawat Inap RSJD Provinsi Jambi. Penelitian dilakukan pada tanggal 12 – 19 Juli 2018. Desain penelitian yang digunakan adalah pre-experimental design dengan one group pre-test and post-test design. Responden dalam penelitian ini adalah seluruh pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan yang berada di ruang rawat inap RSJ Propinsi Jambi sebanyak 98 orang dengan jumlah sampel sebanyak 20 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik proporsional random sampling. Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutik diketahui sebagian besar responden mempunyai perilaku yang kurang baik (maladaptif) dengan mean 40.50, dan diberikan terapi komunikasi terapeutik diketahui terjadi peningkatan skor perilaku yang lebih baik (adaptif) dengan mean 43,90. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi komunikasi terapeutik dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan p-value 0,013 (p-value <0,05).

Kata kunci : Komunikasi Terapeutik, Strategi Pelaksanaan, Perilaku Kekerasan

PENDAHULUAN

Menurut WHO (*World Health Organization*) kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan pribadinya, kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional secara optimal dari seseorang dan perkembangan ini berjalan selaras dengan orang lain.¹

Gangguan jiwa berat merupakan gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia. Angka prevalensi seumur hidup skizofrenia di dunia bervariasi berkisar 4 permil sampai dengan 1,4 persen.² Menurut Ikatan Dokter Indonesia (2016), satu dari empat orang dewasa akan mengalami masalah kesehatan jiwa pada satu waktu dalam hidupnya. Data WHO (*World Health Organization*, 2016) menunjukkan, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Riset kesehatan dasar (2013) prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Aceh, DI Yogyakarta,

Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat provinsi Jambi adalah 0,9%.² Berdasarkan data yang di peroleh dari Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi, diketahui jumlah pasien skizofrenia berdasarkan diagnosa medis pada bulan Januari s/d September tahun 2016 berjumlah 1.262 orang dengan persentase 45,5 % merupakan penyakit jiwa yang penderitanya lebih banyak diruang rawat inap.

Tabel 1. Jumlah Pasien Skizofrenia Berdasarkan Diagnosa Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi Pada Bulan Januari-Mei tahun 2018.

No	Ruangan	Halusinasi	PK	DPD
1	Epsilon	143	36	0
2	Srikandi	65	7	0
3	Arimbi	224	6	0
4	Beta	169	0	0
5	Arjuna	192	0	0
6	Yudistira	209	0	0
7	Gama	125	0	79
8	Alfha	695	33	0
9	Shinta	133	5	0
10	Delta	165	3	22
11	Pega	72	1	12
12	Teta	337	6	2
13	Sigma	229	1	1
14	Omega	88	0	5
Jumlah		3.375	98	121

Sumber : Buku Mutasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi Pada Bulan Januari-Mei Tahun 2018.

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.⁴ Perilaku kekerasan pada orang lain adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungan.⁵

Menurut Afnuhazi (2015), faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri. Untuk faktor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan kehilangan orang yang di cintai (pekerjaan). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. Rentang respon kemarahan dari perilaku kekerasan dapat digambarkan sebagai berikut, asertif, frustrasi, pasif, agresif, dan mengamuk.⁵

Upaya yang digunakan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu penatalaksanaan medis seperti: farmakologi, terapi modalitas, terapi keluarga, dan terapi kelompok (Afnuhazi,2015). Untuk penatalaksanaan keperawatan menurut Yosep (2016) bahwa perawat dapat mengimplementasikan berbagai cara untuk mencegah dan mengelola perilaku kekerasan melalui: strategi preventif (kesadaran diri, pendidikan klien, latihan asertif), strategi antisipatif (komunikasi, perubahan lingkungan, tindakan perilaku, psikofarmakologi), strategi pengurangan (managemen krisis, *seclusion, restrains*).¹

Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Terapeutik merupakan segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien.⁴ Komunikasi terapeutik ini dapat dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pada pasien harga diri rendah, halusinasi, defisit perawatan diri dan perilaku kekerasan.⁵ Perlu adanya hubungan saling percaya yang didasari oleh keterbukaan, memahami dan pengertian akan kebutuhan, harapan dan kepentingan masing-masing. Waktu yang paling efektif dalam melakukan komunikasi

terapeutik adalah 3 kali dalam sehari yaitu pagi, siang dan malam hari (Simamora,2011).

Tujuan komunikasi terapeutik membantu klien untuk menjelaskan dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.⁵

Berdasarkan survey awal hasil wawancara yang dilakukan sebelum penelitian oleh peneliti terhadap 2 orang Kepala Ruangan, 4 orang perawat, dan 8 orang pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. Wawancara dan observasi dilakukan pada tanggal 23-25 April 2018, di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi terdapat 15 ruangan. Dari data yang didapat tahun 2018 terdapat jumlah pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan adalah 170 orang. Hasil wawancara diketahui kepala ruangan Pega mengatakan bahwa perawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi sudah melakukan komunikasi terapeutik dengan menggunakan SP (Strategi Pelaksanaan) sesuai dengan masalah yang dialami pasien. Kepala ruangan Epsilon juga mengatakan bahwa perawat kerap sekali mengalami hambatan saat berinteraksi dengan pasien seperti pada saat menghadapi pasien yang kurang kooperatif untuk berkomunikasi/berinteraksi, saat pasien masih dominan dikuasai ketika pasien yang sering kali menunjukkan perilaku kekerasan.

Peneliti melakukan wawancara kepada 4 orang perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa. Dua orang perawat di ruang Alfa mengatakan bahwa diruangan tersebut belum efektif apabila dilakukan komunikasi terapeutik dikarenakan ruangan tersebut merupakan ruangan dimana pasien baru pertama kali masuk dan perawat mengatakan komunikasi yang dilakukan adalah dalam bentuk komunikasi yang belum terlalu efektif, komunikasi terapeutik berupa strategi pelaksanaan belum bisa dilakukan karena pasien belum bisa dikendalikan hanya dengan komunikasi, pasien dikendalikan dengan obat terlebih dahulu kemudian baru bisa dilakukan komunikasi. Satu orang perawat di ruangan Epsilon mengatakan bahwa dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien tentu saja banyak hambatan yang dialami perawat, dimana hambatan terbesar banyak perawat temui pada tahap awal (pra rehabilitasi), hal itu dikarenakan, kepercayaan yang belum terbina dengan baik antara perawat dengan pasien sehingga komunikasi yang diterapkan perawat sering tidak tersampaikan dengan baik.

Satu orang perawat diruangan Pegamengatakan hambatan/kesulitan saat berinteraksi dengan pasien perilaku kekerasan ialah saat pasien berbicara pasien tidak nyambung/inkoheren dengan apa yang sedang dibicarakan, menunjukkan ekspresi tegang karena marah, masih sangat gelisah sehingga tiba-tiba memukul perawat. Kesulitan lainnya yang dialami perawat saat berinteraksi dengan

pasien ialah pada saat pasien tidak mau berdiam diri dan terus mondar-mandir membuat perawat sulit melakukan interaksi dengan pasien. Perawat tersebut mengatakan komunikasi terapeutik dilakukan tiga kali dalam sehari yaitu, pagi, siang dan malam.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti terhadap perawat, peneliti melihat bahwa perawat sedikit meninggikan suaranya pada pasien yang agresif karena pasien tidak kooperatif saat diajak berkomunikasi, pasien terlihat ketakutan karena perawat berbicara dengan suara yang keras, sedangkan teknik komunikasi terapeutik pada pasien perilaku kekerasan adalah tidak membalas suara keras dari pasien. Kemudian diruangan Alfa peneliti mengobservasi terlihat seorang perawat sedang mengikat kaki dan tangan sebelah kanan dan kiri di tempat tidur pada pasien resiko perilaku kekerasan yang sedang mengamuk pasien ini merupakan pasien yang baru masuk ke ruangan Alfa setelah dari ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan belum pernah sama sekali dilakukan SP oleh perawat. Menurut hasil pengamatan di ruang Srikandi dari peneliti bahwa komunikasi yang terjalin antara pasien dan perawat hanya sekedarnya saja. Dan perawat diruang Srikandi tampak hanya melakukan komunikasi kepada pasien pada saat jam-jam tertentu seperti pada saat jam makan dan waktu minum obat. Perawat hanya memberikan obat dan pasien hanya menerima obat tersebut.

Pada saat peneliti melakukan observasi pada 8 orang pasien baru dan pasien yang sudah mendapatkan

SP oleh perawat pada pasien resiko perilaku kekerasan. Pada 3 orang pasien baru tampak sedang mengamuk, menendang tempat tidur sambil berbicara kotor. 3 orang pasien lainnya sudah mendapatkan SP namun hanya baru sekali dilakukan SP, pasien tampak memukul diri sendiri seperti merasa bahwa dirinya tidak berguna, tidak berdaya, pasien tampak mondar-mandir dan tampak frustrasi. 2 pasien lainnya yang sudah 2-3 kali dilakukan SP dan pasien terlihat tenang tetapi terkadang pasien masih tampak melakukan perilaku kekerasan pada saat gangguan kejiwaan nya kambuh dilihat dari tanda gejalanya seperti muka merah dan tegang, mengepalkan tangan yang terkadang diarahkan kepada temannya, dan berbicara kotor.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka komunikasi terapeutik dapat mengajarkan cara-cara yang dapat dipakai untuk mengekspresikan kemarahan yang dapat di terima oleh semua pihak tanpa harus merusak (asertif), juga dapat membantu mengontrol perilaku kekerasan, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Jambi tentang Pengaruh Tahapan Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun 2018.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *pre-experimental* dengan *one group pre-test and post test design*, yang bertujuan untuk melihat

perbandingan rata-rata sebelum dan sesudah perlakuan dengan komunikasi terapeutik. Untuk mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien resiko perilaku kekerasan yang ada di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun sebanyak 98 orang

dengan jumlah sampel 20 responden. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 12-19 Juli 2018. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik *proporsional random sampling* dengan observasi langsung pada pasien resiko perilaku kekerasan. Analisa data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan menggunakan uji T test dependen.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 2. Skor Resiko Perilaku Kekerasan Sebelum Dilakukan Terapi Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2018.

No.	Variabel	Mean	Max Min	Standar Deviasi	N
1.	Resiko Perilaku Kekerasan Responden	40.50	48 35	3.980	20

Berdasarkan tabel 2 diketahui rata-rata skor resiko perilaku kekerasan sebelum dilakukan komunikasi terapeutik masih termasuk dalam kategori beresiko melakukan perilaku kekerasan dengan score mean 40,50. Pada saat observasi yang dilakukan peneliti

sebagian besar responden masih berperilaku mengamuk (mata melotot), susah diajak berkomunikasi, dan menundukkan kepala, yang termasuk dalam perilaku aserteif dan amuk. Menurut Yusuf (2015), hal tersebut termasuk dalam perilaku yang maladaptif.⁶

Tabel 3. Rata-Rata Skor Resiko Perilaku Kekerasan Sesudah Dilakukan Terapi Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2018.

No.	Variabel	Mean	Max Min	Standar Deviasi	n
1.	Resiko Perilaku Kekerasan Responden	43.90	39 53	3.999	20

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa rata-rata skor resiko perilaku kekerasan sesudah diberikan terapi komunikasi terapeutik masih

termasuk dalam kategori yang baik dengan *score* mean 43,90. Pada saat dilakukan observasi oleh peneliti sebagian besar responden sudah

berperilaku baik, dimana pada saat observasi sebagian responden berperilaku bisa diajak

berkomunikasi dan mudah diatur, hal ini termasuk kedalam perilaku adaptif.

Tabel 4 Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2018.

No.	Variabel	Mean	n	Std. Error	Std Deviasi	<i>p-value</i>
1.	Sebelum dilakukan terapi Komunikasi Terapeutik	40,50	20	.890	3,980	0.013
2	Sesudah dilakukan terapi Komunikasi Terapeutik	43,90	20	.894	3,999	

Berdasarkan tabel 4 diketahui rata-rata mean sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutik adalah 40,50 dan sesudah dilakukan terapi komunikasi terapeutik rata-rata adalah 43,90.

Waktu penelitian ini hanya dilakukan selama 8 hari dari tanggal 12 Juli 2018 sampai dengan 19 Juli 2018. Beberapa responden pada saat penelitian berlangsung terkadang tidak fokus dengan terapi yang diberikan karena responden asik melihat teman nya yang sedang bermain di lingkungan sekitar nya. Sebagian responden juga acuh terhadap terapi komunikasi terapeutik yang di berikan dan bermalas-malasan mengisi ADL (*Aktifity Daily Living*) yang diberikan untuk dilaksanakan terapi komunikasi terapeutik tersebut secara mandiri, sehingga terapi komunikasi terapeutik tidak berpengaruh bagi responden.

Berdasarkan hasil diatas penelitian ini sejalan dengan teori menurut Afnuhazi (2015), manusia sebagai makhluk holistik dipengaruhi oleh lingkungan dalam dirinya dan lingkungan dari luar, baik keluarga, kelompok maupun komunitas. Dalam berhubungan dengan lingkungan, manusia harus mengembangkan strategi koping yang efektif agar dapat beradaptasi. Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi yang efektif, suasana yang bising, tidak ada privasi yang tepat akan menimbulkan ketegangan dan ketidaknyamanan.⁵

Komunikasi terapeutik dalam penelitian ini dilakukan sebanyak 2 kali dalam satu hari selama 15 menit setiap satu kali pertemuan. Komunikasi terapeutik pada penelitian ini menggunakan tahapan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan dimana untuk 1 kali perlakuan SP dilakukan 2 kali dalam 1 hari. Tujuan dari penelitian ini

melihat ada pengaruh tahapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan.

Menurut penelitian Asrin dkk (2008), mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik yang diberikan kepada pasien dapat dijalankan dalam waktu satu *shift* tugas (*shift* pagi, siang, dan malam). Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hasil yang signifikan dengan hasil 93,3% responden mengatakan puas dan sangat puas terhadap teknik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat.⁷

Menurut Yusuf (2015), tanda gejala yang sering muncul pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan seperti emosi (tidak adekuat, tidak mana, rasa terganggu, marah/dendam, jengkel), intelektual (mendominasi, bawel, berdebat, meremehkan), fisik (muka merah, pandangan tajam, tangan menggepal, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, TD meningkat), spiritual (kemahakuasaan, kenijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kebejatan), sosial (menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor).⁶

Menurut Yosep (2016), salah satu penatalaksanaan dari resiko perilaku kekerasan adalah komunikasi. Untuk berkomunikasi dengan klien perilaku kekerasan sebaiknya bersikap tenang, bicara lembut, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dan dengan cara konkrit, tunjukkan rasa hormat, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi, fasilitasi pembicaraan klien dan dengarkan

klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan dan jangan buat janji yang tidak bisa ditepati.

Stuart dan Sundden (1998) dalam Pieter (2017), menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien, dalam hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional pasien (klien). Dengan demikian hubungan terapeutik merupakan suatu hubungan yang bersifat kerja sama yang bersifat terapeutik yang ditandai adanya pertukaran perilaku, perasaan, pikiran dan pengalaman dalam membina hubungan intim yang terapeutik. Jadi dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik dapat meningkatkan hubungan perawat dengan klien dan bisa membantu pasien untuk mengontrol emosi sehingga dapat menurunkan resiko perilaku kekerasan.⁸

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pengaruh tahapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan hal ini dikarenakan komunikasi terapeutik dapat meningkatkan interaksi antara perawat dengan pasien. Dimana perawat bisa menjadi teman pasien untuk berbagai cerita tentang permasalahan yang dihadapi pasien sehingga secara tidak langsung pasien memiliki ikatan emosional dengan perawat.

Hal ini bisa menjadi salah satu cara untuk mengendalikan emosi sehingga dapat menurunkan resiko perilaku kekerasan. Dan diharapkan perawat untuk dapat lebih

meningkatkan komunikasi terapeutik dan agar dapat dilaksanakan secara terus menerus supaya pasien dengan resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan perilaku maupun sikap yang lebih baik (adaptif).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang diperoleh maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Hasil analisis rata-rata kemampuan responden sebelum diberikan terapi tahapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah 40,50.
- b. Hasil analisis rata-rata kemampuan responden sesudah diberikan terapi tahapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah 43,90.
- c. Hasil uji analisis *t-test* didapatkan *p-value* $0,013 < \alpha$ (0,05) yang dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik resiko perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun 2018.

SARAN

- a. Bagi Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi

Informasi yang didapatkan dari hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi bagi perawat untuk lebih meningkatkan komunikasi terapeutik dimana komunikasi antar perawat dengan pasien dengan cara berinteraksi sesuai Strategi Pelaksanaan sesuai tahapannya. Perawat diharapkan melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien sebanyak 3 kali atau lebih dalam sehari supaya terjalinnya hubungan interpersonal antara perawat dan pasien dan mempercepat proses penyembuhan pasien.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi tambahan bahan masukan untuk menambah wawasan bagi institusi pendidikan kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang pengaruh komunikasi terapeutik dengan menggunakan strategi pelaksanaan pada pasien jiwa khususnya pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

- c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan kepada peneliti selanjutnya jika ingin melaksanakan penelitian dengan variabel yang sama agar memberikan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan 3 kali melakukan komunikasi dalam sehari agar didapatkan hasil lebih baik dari penelitian sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Yosep Iyus. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Refika Aditama
2. Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Kesehatan Jiwa*. www.depkes.go.id. Diakses tanggal 09 April 2018 pukul 10.55 WIB.
3. Ikatan Dokter Indonesia.(2016). *Hari Kesehatan Jiwa Sedunia : Penyebab Munculnya Gangguan Kesehatan Jiwa*. <http://www.idionline.org/berita/hari-kesehatan-jiwa-sedunia-penyebab-munculnya-gangguan-kesehatan-jiwa/>. Diakses tanggal 15 April 2018 pukul 14.55 WIB.
4. Damaiyanti M. (2008). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : Refika Aditama.
5. Afnuhazi Ridhyalla. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
6. Yusuf dkk.(2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
7. Asrin, dkk. (2008). *Gambaran Praktik Komunikasi Terapeutik Dan Komunikasi Isosial Perawat Dalam Pemberian Pelayanan Keperawatan*. Diakses tanggal 10 Agustus 2018 pukul 17.30 WIB.
8. Pieter Herri Zan. (2017). *Dasar-dasar Komunikasi Bagi Perawat*. Jakarta, PT. Kharisma Putra Utama
9. Witojo Djoko & Widodo Arif.(2008). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia*. Surakarta : Perawat RSJD. Surakarta & Dosen Keperawatan FIK UMS.