

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Th. A MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT
JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh :

CHANIF SUGIARTO

NIM. 1821007

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

2021

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Th. A MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT
JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

CHANIF SUGIARTO

NIM. 1821007

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKES HANG TUAH SURABAYA

2021

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis 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 dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 18 Juni 2021



CHANIF SUGIARTO

NIM. 1821007

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : CHANIF SUGIARTO
NIM : 1821007
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. A Masalah Utama Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami akan menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar.

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 18 Juni 2021

Pembimbing



Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns,M.Kes

NIP. 03.056

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN


Karya Tulis Ilmiah dari :


Nama : CHANIF SUGIARTO
NIM : 1821007
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. A Masalah Utama Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Menur Profinsi Jawa Timur


Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya,pada:

Hari, tanggal : Selasa, 18 Juni 2021
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya


Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN**, pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes. ()
NIP. 03.007

Penguji II : Sukma Ayu Candra K, M.Kep., SpKJ. ()
NIP. 03.043

Penguji III : Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns, M.Kes. ()
NIP. 03.056

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan


Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H Moch. Hafidin Ilham, SpAn., selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan dan sekaligus menjadi penguji kami yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes Selaku Wali Kelas sekaligus pembimbing kami, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Sukma Ayu Candra K, M.Kep.,SpKJ selaku penguji kami yang telah dengan bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga

karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juni 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Chanif Sugiarto', written in a cursive style.

Chanif Sugiarto

DAFTAR ISI

BAB 1	2
PENDAHULUAN	2
1.1 Latar belakang	2
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Akademis	6
1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat :	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Metode	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	7
1.5.3 Sumber Data.....	8
1.5.4 Studi Kepustakaan	8
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2	10
TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1.1 Definisi Skizofrenia	10
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	11
2.1.3 Gejala Skizofrenia	12
2.1.4 Penggolongan Skizofrenia	13
2.1.5 Pengobatan Skizofrenia	17
2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan	20
2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan.....	20
2.2.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan.....	21
2.2.3 Tanda dan Gejala	22
2.2.4 Etiologi.....	24
2.2.5 Proses Terjadinya Marah	27

2.2.6	Penatalaksanaan Medis	28
2.3	Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan	29
2.3.1	Pengkajian	29
2.3.3	Diagnosa Keperawatan	34
2.3.4	Rencana Tindakan Keperawatan	34
2.3.6	Evaluasi.....	41
2.4	Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik	42
2.4.1	Definisi Komunikasi Terapeutik	42
2.4.2	Prinsip Komunikasi Terapeutik.....	43
2.4.3	Karakteristik Komunikasi Terapeutik.....	44
2.4.4	Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik.....	45
2.5	Konsep Stress Adaptasi.....	47
2.5.1	Pengertian Stress	47
2.5.2	Model Stress Berdasarkan Stimulus	47
2.5.3	Model Stress Berdasarkan Respon	47
2.5.4	Model Stress Berdasarkan Transaksional	48
2.5.5	Psikologi Stress	48
2.5.6	Penyebab Stress dan Stressor Psikososial	48
2.5.7	Tahapan Stress.....	49
BAB 3		52
TINJAUAN KASUS.....		52
3.1	Pengkajian	52
3.1.1	Identitas Pasien.....	52
3.1.2	Alasan Masuk	52
3.1.3	Faktor Predisposisi.....	53
3.1.4	Pemeriksaan Fisik.....	54
3.1.5	Psikososial.....	55
3.1.6	Status Mental.....	58
3.1.7	Kebutuhan Persiapan Pulang.....	61
3.1.8	Mekanisme Koping.....	63
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan.....	63
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	64

3.1.11	Data Lain-lain :.....	64
3.1.12	Aspek Medik	64
3.1.13	Daftar Masalah keperawatan.....	65
3.1.14	Diagnosa Keperawatan.....	65
3.2.	Pohon Masalah	66
3.3.	Analisa Data	67
3.4	Rencana Keperawatan.....	58
BAB 4		71
PEMBAHASAN.....		71
4.1	Pengkajian	71
4.2	Diagnosa Keperawatan	72
4.3	Rencana Keperawatan.....	73
4.4	Pelaksanaan	76
BAB 5		80
PENUTUP		80
5.1	Kesimpulan	80
5.2	Saran	81
DAFTAR PUSTAKA		83

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	56
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Tn. D di Ruang Gelatik	58
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah.....	21
Gambar 2.2 Pohon Masalah	33
Gambar 3.1 Genogram.....	44
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku kekerasan	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....	92
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien.....	96
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien.....	99
Lampiran 4 Evaluasi Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien.....	99

DAFTAR SINGKATAN

HB = Hemoglobin

HCT = Hematokrit

TUK = Tujuan Khusus

TUM = Tujuan Umum

SP = Strategi Pelaksanaan

RS = Rumah Sakit

RSJ = Rumah Sakit Jiwa

DO = Data Obyektif

Dr = Doktor

DS = Data Subyektif

kg = Kilogram

Tn = Tuan

mmHg = Milimeter Hektogram

No = Nomor

O = Obyektif

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Terjadinya perang konflik, dan lilitan krisis ekonomi berkepanjangan merupakan salah satu pemicu yang memunculkan stress, depresi, dan berbagai gangguan kesehatan jiwa pada manusia. Menurut *world health organization* (WHO), masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO (2001) menyatakan, paling tidak, ada satu empat orang di dunia mengalami masalah mental. WHO mempekirakan ada sekitar 450 juta orang yang dialami gangguan kesehatan jiwa semetara itu, menurut Machatar Refei, direktur WHO wilayah asia tenggara, hampir satu pertiga dari penduduk di wilayah ini pernah mengalami gangguan neuropsikiatri. Kelainan jiwa dan rasa cemas, depresi, stress penyalahgunaan obat kenakalan remaja sampai skizofrenia (Yosep, 2016)

Skizofrenia adalah Gangguan jiwa yang berat yang merupakan penyakit di bidang psikiatri. Penyakit ini muncul 1,4 kali lebih sering kalangan pria dibandingkan wanita dan biasanya muncul lebih awal di kalangan pria. Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya (impairment) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat. Gangguan jiwa merupakan

deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang 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. Pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan selama di rumah.(Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

Menurut Riskesdas 2018 Jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah saat ini, perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (WHO,2017). Di Indonesia di liat dari penyebab kecacatan, lebih besar disebabkan gangguan mental (13,4%) dibanding penyakit lain. Kasus gangguan jiwa di Indonesia meningkat terliat dari kenaikan prevelensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Peningkatan jumlah menjadi 7 permil rumah tangga. Artinya per 1000 rumah tangga dengan ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat (InfoDatin, 2018). Survei

Global Health Data Exchange tahun 2017 menunjukkan, ada 27,3 juta orang di Indonesia mengalami masalah kejiwaan. Hal ini berarti, satu dari sepuluh orang di negara ini mengidap gangguan kesehatan jiwa. Indonesia jadi negara dengan jumlah pengidap gangguan jiwa tertinggi di Asia Tenggara. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menyebutkan, ada sekitar 1,6 persen anak alami depresi. Dari 42 juta jiwa penduduk Jatim, maka anak usia 0 tahun hingga 18 tahun mencapai 10,87 juta. Artinya, 16.000 anak di Jatim mengalami depresi selama masa Covid-19. Pandemi Covid-19 telah menyebabkan angka di Jatim mengalami kenaikan. Padahal di 2019, Jatim telah berhasil menekan angka dari 30,8 persen menjadi 27,5 persen. Berdasarkan laporan data di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan Mei 2021 jumlah pasien rawat inap sebanyak 49 orang diantaranya 18 orang (22%) dengan halusinasi, 16 orang (19%) dengan resiko perilaku kekerasan, 8 orang (10%) dengan harga diri rendah, dan 6 orang (5%) dengan Waham.

Hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor risiko yang menyebabkan seseorang bisa mengalami skizofrenia disebabkan oleh faktor demografi yang terdiri atas, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan asal pasien. Menurut (Davies, 2009) menjelaskan bahwa secara sosio-demografi orang yang lebih rentan mengalami gangguan jiwa adalah berdasarkan umur berada pada kategori orang yang berumur dewasa, kemudian dari status perkawinan lebih rentan terjadi pada orang yang belum menikah, dari jenis kelamin seseorang yang rentan mengalami gangguan jiwa adalah berjenis kelamin laki-laki, berdasarkan status pekerjaan orang yang tidak bekerja memiliki kerentanan yang lebih dibandingkan dengan

yang bekerja, serta orang yang berpendidikan rendah juga rentan bisa mengalami gangguan jiwa (Darsana & Suariyani, 2020). Perilaku kekerasan 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 et al., 2016)

Intervensi keperawatan yang tepat dan baik ditatanan pelayanan rumah sakit atau di masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan ini. Intervensi yang sudah dikembangkan dalam mengatasi perilaku kekerasan ini terdiri dari tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan yaitu klien diajarkan dan dilatih untuk mengenal dan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, sosial, spiritual dan patuh minum obat sedangkan keluarga diajarkan juga cara mengenal perilaku kekerasan yang dialami klien dan bagaimana mengontrol perilaku kekerasan yang klien lakukan. Intervensi pada pasien dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan pemberian teknik mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi tarik nafas dalam serta penyaluran energi, obat, verbal, atau sosial dan spiritual. Intervensi tersebut dilakukan kepada pasien lalu pasien diberikan jadwal kegiatan sehari-hari dalam upaya mengevaluasi kemampuan klien mengontrol perilaku kekerasan pasien (Prasetya, 2018)

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien perilaku kekerasan. Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda dan gejala yang di rasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat yang ditimbulkan. Bantu klien mengendalikan perilaku kekerasan. (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016)

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur?”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.A masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan Tindakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Perilaku kekerasan.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat :

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.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien.

2. Data sekunder

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

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari sumber buku yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah 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:

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa utama Perilaku kekerasan, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan di sampaikan pembahasan tentang konsep teori sebagai landasan dalam karya tulis ilmiah yang meliputi: 1) konsep dasar skizofrenia, 2) konsep dasar perilaku kekerasan, 3) konsep dasar asuhan keperawatan perilaku kekerasan, 4) konsep komunikasi teraupetik, 5) konsep stress adaptasi.

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, efek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohorensi, efek dan emosi perilaku bizar. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak di jumpai di mana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat di dentifikasikan secara jelas kraepelin menyebut gangguan ini sebagai dimensi precox. (Akbar Amar, 2016)

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan efektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarapribadi normal sering kali di ikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada penderita ditemukan

penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja. (Akbar Amar, 2016)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Beberapa Faktor penyebab skizofrenia dalam Nanda NIC NOC, (2015).

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9% - 1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak-anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%.

2. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

3. Susunan Saraf Pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

4. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang

khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

5. Teori Sigmund Freud

- a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
- b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan
- c. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Gejala menurut (Bleuler dalam Nanda NIC NOC, 2015).

1. Gejala Primer

- a. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
- b. Gangguan Afek Emosi
 - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
 - 2) Paramimi dan paratimi
 - 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
Emosi berlebihan
 - 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

c. Gangguan Kemauan

- 1) Terjadi kelemahan kemauan
- 2) Perilaku negativisme atau permintaan
- 3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

d. Gangguan Psikomotor

- 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
- 2) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
- 3) Echolalia dan Echopraxi

2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ III, yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
 - c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
 - d. Gejala bertahan 2-3 minggu.

- e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
 - f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
 - g. Afek dangkal (shallow) dan tidak wajar (in appropriate), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
 - h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren.
3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
 - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
 - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
 - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
 - f. Rigiditas (kaku).
 - g. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.

- h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - c. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
6. Skizofrenia residual (F 20. 5)
- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak

mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.

- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d. Tidak terdapat dementia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalanperlahan dan progresif dari:

- 1.) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
- 2.) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

- b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya

8. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia chenesthopathic (terdapat suatu perasaanyang tidaknyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

9. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

2.1.5 Pengobatan Skizofrenia

Pengobatan Skizofrenia menurut

1. Antipsikotik

Menurut Osser et al., 2013 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. Penggunaan Antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi, salah satunya skizofrenia. Antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua.

a. Anti Psikotik Generasi pertama

Menurut Chisholm-Burns et al., 2016 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65% hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lain di otak.

b. Anti Psikotik Generasi Kedua

Menurut Chisholm-Burns et al., 2016 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. Antipsikotik generasi kedua, seperti risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidon aripiprazol, paliperidone, iloperidone, asenapine, lurasidone dan klozapin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin. Sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi Kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Penelitian oleh Morrison et al., 2014 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., Interpretasi hasil penelitian menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik.

b. *Social Skill Training*

Penelitian oleh Shimada et al., 2013 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan oleh Kern et al., 2009 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., yang menyatakan bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penderita skizofrenia.

c. *PANSS*

Menurut Sadock, 2010 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. *PANSS* digunakan pada pasien rawat inap skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. *PANSS* terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor *PANSS* pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil. Keterbatasan *PANSS* terletak pada hasil skor yang

mungkin dipengaruhi oleh faktor lain selain intervensi yang diberikan yang dapat menyebabkan hasil skor menjadi bias.

d. LAI (*Long-acting Injectable*)

Farmakoterapi, baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi skizofrenia. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Penelitian oleh Schreiner et al. 2017 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., membuktikan bahwa sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral antipsikotik (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone dan paliperidone extendedrelease) menjadi paliperidone palmitat 1x selama 1 bulan memberikan respon dan tolerabilitas yang baik. LAI menawarkan efek terapeutik jangka panjang dengan memaksimalkan penghantaran obat, kontak obat dan jadwal pengobatan.

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang di arahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penalaran diri perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang di tunjukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua ada yang di lingkungan. Pasien yang di bawah ke rumah sakit jiwa sebagai besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus teliti dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang di lakukan selama di rumah. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. (Satuard dan Sundeen, 1991) dalam buku (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang di tandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan. (Keliat, 1991) dalam buku (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

2.2.3 Tanda dan Gejala

Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teori dan aplikasi praktik klinik Amar Akbar (2016), Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Fisik

- a. Muka marah dan tegang
- b. Mata melotot/pandangan tajam
- c. Tangan mengepal
- d. Rahang mengatup
- e. Wajah memerah dan tegang
- f. Postur tubuh kaku
- g. Pandangan tajam
- h. Mengatupkan rahang dengan kuat
- i. Mengepalkan tangan
- j. Jalan mondar-mandir

2. Verbal

- a. Bicara kasar
- b. Suara tinggi, membentak atau berteriak
- c. Mengancam secara verbal atau fisik
- d. Mengumpat dengan kata-kata kotor
- e. Suara keras
- f. Ketus

3. Perilaku

- a. Melempar atau memukul benda/orang lain
- b. Menyerang orang lain
- c. Melukai diri sendiri/orang lain
- d. Merusak lingkungan
- e. Amuk/agresif

4. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan.

6. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

7. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

8. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan sosial.

2.2.4 Etiologi

A. Faktor predisposisi

1. Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif adalah merupakan hasil dari dorongan insting (*instinctual drives*)

2. Psikologis

Berdasarkan teori frustrasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan tidak tercapai dan menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

3. Biologis

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut.

a. Sistem limbik

Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta seperti perilaku makan, agresif, dan respons seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.

b. Lobus temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpanan memori dan melakukan inprestasi pendengaran.

c. Lobus frontal

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

d. Neurotransmitter

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

4. Perilaku (*behavioral*)

- a. Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespons positif terhadap frustrasi.
- b. Penekanan emosi berlebihan (*over rejection*) pada anak-anak atau godaan (*seduction*) orang tua memengaruhi (*trust*) dan percaya diri (*self sistem*) individu.
- c. Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak (*child abuse*) atau mengabsorvasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

Teori belajar sosial mengatakan bahwa perilaku kekerasan adalah hasil belajar dari proses sosialisasi dari internal dan eksternal yakni sebagai berikut:

- a. Internal : penguatan yang diterima ketika melakukan kekerasan.
- b. Eksternal : observasi panutan (*role model*) seperti orang tua, kelompok, saudara, figur olahragawan atau artis serta media elektronik (berita kekerasan, perang ,olahraga keras)

5. Sosial kultural

a. Norma

Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Kadang kontrol sosial yang sangat ketat (*strict*) dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan menyebabkan individu memilih cara yang malabdatif lainnya.

b. Budaya asertif di masyarakat membantu individu untuk bersikap responsif terhadap marah yang sehat.

Faktor yang dapat menyebabkan timbulnya agresivitas atau perilaku kekerasan yang maladaptif antara lain sebagai berikut.

- a. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup.
- b. Status dalam perkawinan.
- c. Hasil dari orang tua tunggal (single parent).
- d. Pengangguran.
- e. Ketidakmampuan mempertahankan hubungan interpersonal dan struktur keluarga dalam sosial kultural.

B. Faktor Presipitasi

Semua faktor ancaman antara lain sebagai berikut :

1. Internal
 - a. Kelemahan.
 - b. Rasa percaya menurun.
 - c. Takut sakit.
 - d. Hilang kontrol.
2. Eksternal
 - a. Penganiayaan fisik.
 - b. Kehilangan orang yang dicintai.
 - c. Kritik

Dalam Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Ah, Yusuf, (2014)

2.2.5 Proses Terjadinya Marah

Amuk merupakan respon kemarahan yang paling madalatif yang di tandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat di sertai hilangnya kontrol,yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lai, atau lingkungan (Keliat,1991) Amuk adalah respon marah terhadap adananya stres, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah,putus asa, dan ketidakberdayaan.

Respon marah dapat di ekspresikan secara internal atau eksternal.secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilakundestruktifnagresif. Respon marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap sterosor yang di hadapi oleh seorang, yang di tunjukan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik diri sendiri maupun orang lain, secara verbal maupun non verbal, bersetujuan untuk melukai orang secara fisik maupun psikologis (Berkowits, 2000). perilaku kekeraan merupakan salah satu respons marah yang di ekspresikan dengan melakukan ancaman,mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik diri sendiri,orang lain,maupun lingkungan.(Azizah et al., 2016)

2.2.6 Penatalaksanaan Medis

1. Farmakoterapi

- a. Respiredon
- b. Clozapine

2. Terapi Kelompok

Pemberian terapi kelompok suportif berdampak respon perilaku yang cukup besar. Terapi kelompok suportif merupakan salah satu jenis terapi kelompok untuk merubah perilaku, perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan klien. Gambaran perilaku yang akan dipelajari, mempelajari perilaku baru melalui petunjuk dan demonstrasi, role play yaitu mempraktekkan perilaku baru dengan memberikan umpan balik dan mengaplikasikan perilaku baru dalam situasi nyata. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Miller dan Harsen (1997) menyatakan bahwa perubahan perilaku yang baik dapat dilakukan dengan tehnik asertif. (Eni Hidayati, 2012)

2.3 Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Dalam Buku Keperawatan Jiwa Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. (Deden Dermawan, 2013)

1. Faktor predisposisi

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

a. Faktor biologis

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

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

2) *Psychomatic Theory* (Teori Psikomatik)

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

b. Faktor psikologis

1) *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.

2) *Behavior theory* (Teori Perilaku)

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

3) *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.

c. Faktor sosial kultural

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

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

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

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

2. Faktor Prespitasi

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 dala (putus hubungan denga orang yang berarti, kehilangan cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain).selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan, yang mengarah pada penginaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilkau kekerasan.

3. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif

dalam mengepresikan marahnya. Mekanisme koping yang konstruktif dalam mengepresikan marahnya. Mekanisme koping yang di gunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti "displasement" proyeksi, presepsi, denial dan reaksi formasi.

4. Perilaku

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan :

a. Menyerang atau Menghindar (*fight of flight*)

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi ephineprin 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 terkatup, tangan di kepala, tubuh menjadi kaku, di sertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif (*Assertiveness*)

Perilaku yang sering di tampilkan individu dalam menegepresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku 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.

c. Memberontak (*Acting Out*)

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

d. Perilaku kekerasan

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

Dalam buku Model Praktik Klinik Keperawatan Jiwa AIPVIKI (2018). (Sri Atun, 2018), terdapat data mayor dan minor yang akan terjadi pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1.Data Mayor

a.Subyektif

- 1) Mangancam
- 2) Mengumpat dengan kata-kata kasar
- 3) Bicara keras dan kasar

b. Obyektif

- 1) Agitasi
- 2) Meninjau
- 3) Menusuk/melukai dengan senjata tajam
- 4) Memukul kepala sendiri \
- 5) Membentur-benturkan kepala ke dinding
- 6) Membanting
- 7) Melempar
- 8) Mendobrak pintu
- 9) Merusak alat tenun
- 10) Berteriak-teriak

2. Data Minor

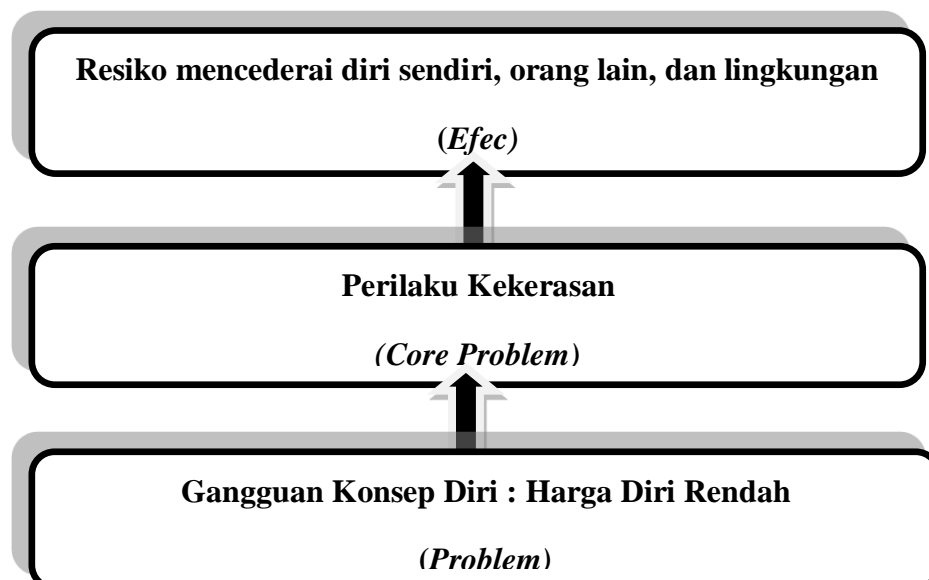
a. Subyektif

- 1) Mengatakan ada yang mengecek, mengancam
- 2) Mendengar adaa suara yang menjelekan
- 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 Pohon Masalah



Gambar 2.2 : Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Ah, Yusuf, 2014 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

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut Amar Akbar, 2016 dalam bukunya, Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

1. Tujuan Umum

Klien dapat melanjutkan hubungan peran sesuai dengan tanggung jawab

2. Tujuan Khusus

A. TUK I : Klien dapat membina hubungan saling percaya

- 1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Klien mau membalas salam
- b.) Klien mau berjabat tangan
- c.) Klien mau menyebutkan nama
- d.) Klien mau kontak mata
- e.) Klien mau mengetahui nama perawat
- f.) Klien mau menyediakan waktu untuk kontak

2.) Intervensi

- a.) beri salam dan panggil nama klien
- b.) Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan
- c.) Jelaskan maksud hubungan interaksi
- d.) Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat
- e.) Beri rasa aman dan sikap empati
- f.) Lakukan kontak singkat tapi sering

B. TUK II : Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

1.) Kriteria Evauasi

- a.) Klien dapat mengungkapkan perasaannya
- b.) Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/jengkel (dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan)

2.) Intervensi

- a.) Beri kesempatan mengungkapkan perasaannya
- b.) Bantu klien mengungkap perasaannya

C. TUK III : Kien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku

1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah ataau jengkel
- b.) Klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami

2.) Intervensi

- a.) Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami saat marah/jengkel
- b.) Observasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada klien
- c.) Simpulkan bersama klien tanda-tanda klien saat jengkel/marah yang dialami

D. TUK IV : Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang dilakukan
- b.) Klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang dilakukan
- c.) Klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyelesaikan masalah atau tidak

2.) Intervensi

- a.) Anjurkan klien mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien
- b.) Bantu klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- c.) Bicarakan dengan klien apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai

E. TUK V : Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Klien dapat mengungkapkan akibat dari cara yang dilakukan klien

2.) Intervensi

- a.) Bicarakan akibat kerugian dari cara yang dilakukan klien
- b.) Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang dilakukan oleh klien
- c.) Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat

F. TUK VI : Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan secara konstruktif

1.) Kriteria Evaluasi

a.) Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif

2.) Intervensi

a.) Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari cara baru

b.) Beri pujian jika klien menemukan cara yang sehat

c.) Diskusikan dengan klien mengenai cara lain

G. TUK VII : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan

1.) Kriteria Evaluasi

a.) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan

Fisik : olahraga dan menyiram tanaman

Verbal : mengatakan secara langsung dan tidak menyakiti

Spiritual : sembahyang, berdoa/ibadah yang lain

2.) Intervensi

a.) Bantu klien memilih cara yang tepat untuk klien

b.) Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih

c.) Bantu klien menstimulasi cara tersebut

d.) Berikan reinforcement positif atas keberhasilan klien menstimulasi cara tersebut

e.) Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipilihnya jika ia sedang kesal/jengkel

H. TUK VIII : Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan

1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Keluarga klien dapat menyebutkan cara merawat klien yang berperilaku kekerasan
- b.) Keluarga klien merasa puas dalam merawat klien

2.) Intervensi

- a.) Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini
- b.) Jelaskan peran serta keluarga dalam perawatan klien
- c.) Jelaskan cara merawat klien
- d.) Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien
- e.) Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi

I. TUK IX : Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program pengobatan)

1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Klien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya
- b.) Klien dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan

2.) Intervensi

- a.) Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien
- b.) Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa izin dokter

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Menurut buku ajar keperawatan kesehatan jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik Amar Akbar 2016 , Strategi Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan dapat dilakukan SP pada pasien dan keluarga :

1. Strategi Pelaksanaan Pasien:
 - a. SP 1
 - 1.) Mengidentifikasi penyebab PK
 - 2.) Mengidentifikasi tanda dan gejala PK
 - 3.) Mengidentifikasi PK yang dilakuakn
 - 4.) Mengidentifikasi akibat PK
 - 5.) Menyebutkan cara mengontrol PK
 - 6.) Membantu pasien mempratekkan latihan cara fisik 1: Nafas Dalam
 - 7.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian
 - b. SP 2
 - 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik 2: pukul bantal/Kasur
 - 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
 - c. SP 3
 - 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal: meminta/menolak/mengungkapkan dengan asertif
 - 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

d. SP 4

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual
- 3.) Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

e. SP 5

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan/meminum obat
- 3.) Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

2. Strategi Pelaksanaan Keluarga

a. SP 1

- 1.) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2.) Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK
- 3.) Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK

b. SP 2

- 1.) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK
- 2.) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK

c. SP 3

- 1.) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)
- 2.) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

2.3.6 Evaluasi

- 1** Pasien diharapkan mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
- 2** Pasien diharapkan mampu menggunakan cara mengontrol perilaku kekerasan kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi :
 - a. Secara fisik
 - b. Secara sosial/verbal
 - c. Secara spiritual

2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Sedangkan menurut Stuart & Sundeen komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud yang mempengaruhi orang lain. Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara pasien dan perawat yang membantu pasien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain. Dari beberapa pengertian di atas dapat penulis simpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien dan membina hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien.

Komunikasi ialah faktor penting bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan pasien. Semakin baik komunikasi perawat, maka semakin berkualitas pula asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien karena komunikasi yang baik dapat membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, tapi juga dapat menumbuhkan sikap empati dan *caring*, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan bahkan dapat meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Sarfika et al., 2018).

2.4.2 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Prinsip Komunikasi Terapeutik meliputi:

- 1) Perawat harus mengenal diri sendiri dengan menghayati, memahami diri dan nilai yang dianut.
- 2) Komunikasi ditandai dengan sikap saling menerima, percaya dan menghargai.
- 3) Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut klien.
- 4) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan biopsikososialsexual dan spiritual klien.
- 5) Perawat harus menciptakan suasana bebas rasa takut.
- 6) Perawat harus menciptakan motivasi klien untuk mengubah diri agar lebih “matang”
- 7) Perawat harus mampu menguasai perasaan diri seperti perasaan embira, sedih, marah, berhasil atau frustrasi.
- 8) Memahami betul arti empati yang terapeutik dan simpati yg tidak terapeutik
- 9) Kejujuran dan komunikasi terbuka merup dasar dari hubungan terapeutik.
- 10) Mampu berperan sebagai role model.
- 11) Mempunyai sifat Altruisme.
- 12) Berpegangan pada etika.
- 13) Bertanggung jawab terhadap diri dan orang lain.

2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Karakteristik perawat dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik :

a. Kejujuran

Kejujuran merupakan modal utama agar dapat melakukan komunikasi yang bernilai terapeutik, tanpa kejujuran mustahil dapat membina hubungan saling percaya.

b. Empati (*Empathy*)

Empati merupakan perasaan “pemahaman” dan “penerimaan” perawat terhadap perasaan yang dialami pasien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pasien. Empati merupakan sesuatu yang jujur, sensitif dan tidak dibuat-buat (objektif) didasarkan atas apa yang dialami orang lain. Empati cenderung bergantung pada kesamaan pengalaman diantara orang yang terlibat komunikasi.

c. Kehangatan (*Warmth*)

Dengan kehangatan, perawat akan mendorong pasien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfrontasi. Suasana yang hangat, permisif dan tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan perawat terhadap pasien. Sehingga pasien akan mengekspresikan perasaannya secara lebih mendalam.

2.4.4 Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik

1. Prainteraksi

Prainteraksi dimulai sebelum kontak pertama dengan klien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan dengan klien dapat dipertanggung jawabkan. Perawat yang sudah berpengalaman dapat menganalisa diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna untuk lebih efektif dalam memberikan asuhan keperawatan. Ia seharusnya mempunyai konsep diri yang stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang konstruktif dg orang lain dan berpegangan pada kenyataan dalam menolong klien.

2. Fase Orientasi

Fase ini dimulai dengan pertemuan pertama dengan klien, hal utama yang perlu dikaji adalah alasan utama klien minta tolong yang akan mempengaruhi hubungan perawat-klien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian dan komunikasi yang terbuka serta perumusan kontrak dengan klien. Elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas agar kerjasama P-K bisa optimal. Diharapkan peran serta klien secara penuh dalam kontrak, kecuali kondisi tertentu seperti gangguan realita, sehingga perawat melakukan kontrak sepihak.

3. Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Perawat memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif pasien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas pasien dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada pasien.

4. Fase Terminasi

Pada tahap terminasi dalam komunikasi terapeutik kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah menyimpulkan hasil wawancara, tindak lanjut dengan pasien, melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik), mengakhiri wawancara dengan cara yang baik.

2.5 Konsep Stress Adaptasi

2.5.1 Pengertian Stress

Stress adalah tanggapan atau reaksi tubuh terhadap berbagai tuntutan atau beban yang bersifat non spesifik, yang mengharuskan seorang individu untuk berespons atau melakukan tindakan. Stress sebagai suatu proses yang terjadi karena keadaan yang mengancam atau menantang yang menyebabkan individu berespon terhadap tantangan tersebut. Secara mendasar stress mengandung dua faktor, yaitu tekanan (pressure) yang dirasakan manusia mempunyai implikasi aversive (perubahan emosi), dan implikasi proses yang merupakan kegiatan transaksi antara individu dan lingkungan sebagai upaya menanggapi stimulasi dengan penyesuaian diri. (Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

2.5.2 Model Stress Berdasarkan Stimulus

Pendekatan model stimulus ini menganggap stress sebagai ciri-ciri dari stimulus lingkungan yang dalam beberapa hal dianggap mengganggu atau merusak, model yang digunakan pada dasarnya adalah stressor eksternal akan menimbulkan reaksi stress atau strain dalam diri individu. Kelemahan dari model stimulus ini adalah kegagalannya dalam memperhitungkan cara orang menyatakan realita dari stimulus lingkungan terhadap respon.

2.5.3 Model Stress Berdasarkan Respon

Stress sebagai respon non spesifik yang timbul terhadap tuntutan lingkungan, respon umum ini disebut sebagai General Adaptation Syndrome (GAS) dan dibagi dalam tiga fase yaitu : fase sinyal, fase perlawanan, dan fase

kelelahan. Reaksi alarm merupakan respon siaga (fight or flight). Pada fase ini terjadi peningkatan cortical hormone, emosi, dan ketegangan.

Fase perlawanan (resistance) terjadi bila respon adaptif tidak mengurangi persepsi terhadap ancaman, reaksi ini ditandai oleh hormone cortical yang tetap tinggi. Reaksi kelelahan yaitu perlawanan terhadap stress yang berkepanjangan mulai menurun, fungsi otak tergantung oleh perubahan metabolisme, system kekebalan tubuh menjadi kurang efisien dan penyakit yang serius mulai timbul pada saat kondisi menurun.

2.5.4 Model Stress Berdasarkan Transaksional

Tiga tahap dalam mengukur situasi potensial mengandung stress : (1) Pengukuran primer; menggali persepsi individu terhadap masalah saat menimpa; (2) Pengukuran sekunder; mengkaji kemampuan seseorang atau sumber-sumber tersedia diarahkan untuk mengatasi masalah; (3) Pengukuran tersier; berfokus pada perkiraan keefektifan perilaku coping dalam mengurangi dan menghadapi ancaman.

2.5.5 Psikologi Stress

Menurut Selye (1982) stress merupakan tanggapan non spesifik terhadap setiap tuntutan yang diberikan pada suatu organisme dan digambarkan sebagai GAS. Konsep ini menunjukkan reaksi stress dalam tiga fase, yaitu fase sinyal (alarm), fase perlawanan (resistance), dan fase kelelahan (exhaustion).

2.5.6 Penyebab Stress dan Stressor Psikososial

Stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan

adaptasi atau menanggulangi stressor yang timbul. Pada umumnya jenis stressor psikososial dapat digolongkan sebagai berikut:

- a. Perkawinan
- b. Problem Orangtua
- c. Hubungan Interpersonal
- d. Pekerjaan
- e. Lingkungan Hidup
- f. Keuangan
- g. Hukum
- h. Perkembangan
- i. Penyakit Fisik atau Cidera
- j. Faktor Keluarga

2.5.7 Tahapan Stress

Tahapan stress yang dikemukakan oleh **Robert J. Van Amberg** sebagai berikut:

1. Stress tingkat I

Tahapan ini merupakan stress yang paling ringan yaitu:

- a. Semangat besar
- b. Penglihatan tajam
- c. Energy dan gugup berlebihan

2. Stress tingkat II

Keluhan yang sering dikemukakan yaitu:

- a. Merasa letih sewaktu bangun pagi
- b. Merasa lelah sesudah makan siang

- c. Merasa lelah menjelang sore hari
 - d. Gangguan pada system pencernaan
 - e. Perasaan tegang pada otot-otot punggung dan tengkuk
 - f. Perasaan tidak bisa santai
3. Stress tingkat III
- a. Gangguan usus lebih terasa
 - b. Otot-otot terasa lebih tegang
 - c. Perasaan tegang yang semakin meningkat
 - d. Gangguan tidur
 - e. Badan terasa mau pingsan
4. Stress tingkat IV
- a. Untuk bisa bertahan sepanjang hari terasa sangat sulit
 - b. Kegiatan-kegiatan yang semula menyenangkan kini terasa sulit
 - c. Kehilangan kemampuan untuk menanggapi situasi
 - d. Tidur semakin sukar
 - e. Perasaan negativistic
 - f. Kemampuan berkonsentrasi menurun tajam
 - g. Perasaan takut yang tidak dapat dijelaskan
5. Stress tingkat V
- a. Keletihan yang mendalam
 - b. Kurang mampu untuk bekerja
 - c. Gangguan system pencernaan
 - d. Perasaan takut
6. Stress tingkat VI

- a. Debar jantung terasa amat keras
- b. Nafas sesak, megap-megap
- c. Badan gemetar
- d. Tenaga untuk hal-hal yang ringan tidak kuasa lagi, pingsan atau collaps

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 dilaksanakan pada tanggal 07 s.d 09 Mei 2021 dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Ruangan rawat : Ruang Gelatik Tanggal dirawat/MRS: 03-05-2021

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah Tn.A seorang laki-laki, tanggal lahir 17 Juli 2004, beragama Islam. Pasien adalah anak ke dua dari tiga bersaudara. Bahasa sehari hari menggunakan bahasa Indonesia, Pasien mengatakan tinggal di Surabaya. Pasien belum menikah, pendidikan pasien sudah tidak sekolah.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di karenakan pasien marah – marah, mencekik neneknya dan memukul teman bermainnya, pasien di bawah ke IGD tanggal 03 mei 2021. Tindakan yang dilakukan selama di IGD yaitu TTV, Swab Antigen, dan pemberian terapi skizofrenia.

Keluhan Utama : Pasien mengatakan merasa jengkel ketika di ejek terus oleh temannya.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa. Saat ditanya pasien mengatakan sudah 2 kali masuk ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Pertama perilaku kekerasan pada Bulan November Tahun 2019 dan kedua perilaku kekerasan pada Bulan Juni Tahun 2020.
2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat.
3. Pasien mengatakan pernah melakukan aniaya fisik terhadap teman bermainnya, dari catatan di file pasien didapatkan bahwa pasien pernah memukuli temannya ketika di ejek oleh teman bermainnya.

Masalah keperawatan : Perilaku Kekerasan

4. Dalam rekam medis pasien di dapatkan data tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat perilaku kekerasan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan tetapi tidak ingin membahas nya.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital

Tekanan darah : 135/80 mmHg

Nadi : 112 kali/menit

Suhu : 36,6⁰C

Pernafasan : 20 kali/menit

2. Ukur

Tinggi Badan : 166 cm

Berat Badan : 65 Kg

3. Keluhan Fisik

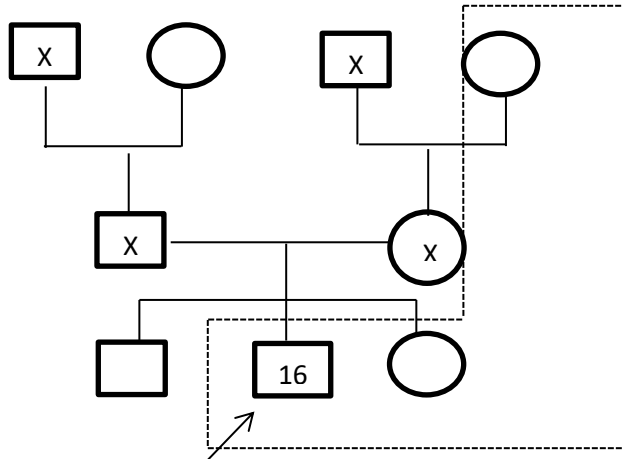
Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya.

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:

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- X : Meninggal
- ↗ : Pasien
- — : Tinggal Satu Rumah

Gambar 3.1 Genogram Tn.A

Pasien tinggal serumah dengan nenek dan adiknya, dikarenakan Ayah dan Ibu nya sudah meninggal.

1. Konsep diri

a. Gambaran diri ini

Pasien mengatakan bersyukur karena tidak ada kelainan lain yang mengenai tubuhnya dan menyukai bentuk dirinya yang sekarang.

b. Identitas

Pasien mengatakan nama, usia 16 Tahun, alamat Surabaya, Pasien mengatakan belum menikah, dan untuk pendidikan pasien mengatakan sudah tidak sekolah lagi.

c. Peran

Pasien mengatakan sebagai seorang anak laki-laki.

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang untuk bertemu dengan nenek, adik, dan temannya.

e. Harga diri

Pasien mengatakan merasa marah ketika bermain lalu di ejek oleh temannya, karena pasien pernah masuk rumah sakit jiwa.

Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri : HDR

2. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah nenek, kakak, dan adiknya, karena orang yang paling terdekat dan saling mendukung.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan pengajian di masjid dan membantu kegiatan karang taruna.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, karena pasien merasa terkucilkan jika membaaur dengan temannya karena sering di ejek.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama Muslim.

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan bahwa dirinya sering mengikuti pengajian dan sering melaksanakan adzan.

Masalah keperawatan : Tidak Masalah Keperawatan

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 bicara lancar dan jelas.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Aktivitas Motorik

Pasien saat wawancara tampak tenang, fokus pada pemberi pertanyaan dan dapat menjawab dengan jelas.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4. Alam Perasaan

Pasien mengatakan bahwa dirinya sedih karena tidak bisa berkumpul dengan nenek, adik, dan teman bermainnya.

Masalah keperawatan : Gangguan Alam Perasaan : Ansietas

5. Afek:

Afek pasien pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak tenang.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

6. Interaksi selama wawancara:

Pasien kooperatif, kontak mata (+), dan menjawab dengan relevan

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7. Persepsi halusinasi

Tidak terdapat halusinasi pendengaran, penglihatan, pembauan, perabaan maupun pengecap.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

8. Proses pikir

Saat di wawancara pasien mampu menjawab semua pertanyaan dengan sesuai topik pembicaraan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

9. Isi Pikir

Klien tidak memiliki gangguan isi pikir seperti : waham, obsesi, phobia, dan pikiran yang magis.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran

Pasien sadar kalau saat ini dirinya sedang berada dirumah sakit jiwa, pasien mampu menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

11. Memori

Klien tidak ada masalah pada memori, dapat mengingat kesadaran.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada saat ditanyai mengenai penjumlahan, perkalian, pengurangan, dan pembagian, pasien sangat konsentrasi dengan baik.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah keperawatan

13. Kemampuan Penilaian

Tidak ada gangguan, pasien mampu menilai bahwa merokok dan kopi tidak baik untuk kesehatan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

14. Daya Titik Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya masuk di Rumah Sakit Jiwa Menur sedang di rawat karena marah – marah pasien menerima penyakitnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan :

Pasien mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, pakaian, dan transportasi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

b. Kegiatan hidup sehari-hari

1) Perawatan Diri :

Pasien mengatakan bahwa pasien mandi, kebersihan, makan, BAB/BAK dan ganti pakaian mandiri.

Jelaskan : Pasien mampu melakukannya sendiri atau secara mandiri. Saat observasi pasien mengenakan pakaian dengan sesuai dan rambut tertata rapi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

14) Nutrisi

- a. Apakah anda puas dengan pola makan anda? Ya
- b. Apakah anda makan memisahkan diri? Tidak

Jelaskan : pasien merasa kenyang saat setelah makan.

- c. Frekuensi makan sehari 3 kali sehari
- d. Frekuensi udapan sehari 3 kali sehari
- e. Nafsu makan berlebih
- f. BB tertinggi 65 kg BB terendah 60 kg
- g. Diet Khusus : pasien tidak mendapatkan diet khusus

Jelaskan : pasien menghabiskan 1 porsi makanannya.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

1) Tidur

Tidak ada masalah saat tidur. Saat malam hari pasien mengatakan tidur pukul 21.00 sampai dengan 05.00 pagi. Dan pasien juga mengatakan ketika tidur siang pukul 13.00 sampai dengan 15.00. Pasien juga mengatakan tidak mengalami sulit tidur, terbangun di tengah malam, dan berbicara saat tidur.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. Kemampuan pasien dalam

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

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

d. Pasien memiliki sistem pendukung

Pasien mengatakan nenek dan kakak nya yang paling berarti dalam hidupnya.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

e. Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi:

Pasien mengatakan bahwa dia sudah tidak sekolah.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Saat ada masalah pasien biasanya marah-marah dan selalu memendamnya (tidak ingin untuk menceritakannya ke siapa-siapa)

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif.

3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

- a. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok.
- b. Pasien mengatakan merasa terkucilkan jika sedang berkumpul dengan temannya sehingga menyebabkan pasien jarang berkomunikasi dengan temannya.
- c. Pasien mengatakan berhenti sekolah saat SMP.
- d. Pasien mengatakan tidak bekerja.
- e. Pasien mengatakan semua anggota keluarga dirumah baik tidak ada masalah.
- f. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan dalam keluarga.
- g. Pasien dibawa berobat ke RSJ Menur saat kambuh, semua dapat di jalankan dengan BPJS.
- h. Masalah lainnya, spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah.

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 : Defisit Pengetahuan Tentang Penyakit

3.1.11 Data Lain-lain :

Hasil lab pada tanggal 03-05-2021

SGOT	20U/L	L: 37P : 31
HB	14.8 G/Dl	12-18
HCT	44.8%	37-52
Swab Antigen	Negatif	Negatif

3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia Tak Terinci

Terapi Medik :

Obat	Dosis	Indikasi	Efek
Clobazam 10 mg	1-1-0	untuk mengatasi kejang pada epilepsy	Kantuk. Sakit kepala. Sembelit. Kikuk atau gangguan keseimbangan
Risperidone 3 mg	1-0-1	Untuk mengatasi kesadaran diri yang terganggu, daya nilai norma social terganggu	Rasa mengantuk kewaspadaan berkurang, psikomotor menurun

3.1.13 Daftar Masalah keperawatan

- a. Gangguan konsep diri : HDR
- b. Ansietas
- c. Perubahan Proses Pikir
- d. Koping Individu Tidak Efektif
- e. Perilaku Kekerasan
- f. Defisit Pengetahuan Tentang Penyakit

3.1.14 Diagnosa Keperawatan

Pada kesempatan ini penulis hanya mengambil satu diagnosa keperawatan Perilaku Kekerasan.

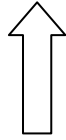
Surabaya, 18 Juni 2021



Chanif Sugiarto

3.2. Pohon Masalah

Akibat: Harga Diri Rendah (HDR)



Masalah Utama: Perilaku Kekerasan



Penyebab: Koping Individu Tidak Efektif

Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan pada Tn “A”

3.3. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data pada klien perilaku kekerasan

Nama : Tn. A

NIRM : 06-14-XX

RUANGAN : GELATIK

HARI/ TGL	DATA	MASALAH	TT Perawat
Jum'at 07 Mei 2021	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif 2. Merasa malu <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enggan mencoba hal baru 2. Berjalan menunduk 3. Postur tubuh menunduk 	<p>Harga Diri Rendah</p> <p>SDKI D.0086 Hal.192</p>	<i>Chanif</i>
Jum'at 07 Mei 2021	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sering marah – marah 2. Suara keras <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mencekik neneknya 2. Pasien memukul temannya 3. Tangan mengepal 	<p>Perilaku Kekerasan</p> <p>SDKI D.0132 Hal.288</p>	<i>Chanif</i>

	<p>DS :</p> <p>Tidak mampu mengatasi masalahnya sendiri</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu memenuhi peran yang di harapkan 2. Perilaku tidak asertif 3. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai 	<p>Koping Individu Tidak Efektif</p> <p>SDKI D.0096 Hal. 210</p>	<p><i>Chanif</i></p>
--	--	--	-----------------------------

3.4 Rencana Keperawatan

Nama Klien : Tn. A

Nama Mahasiswa : Chanif Sugiarto

NIRM : 06-14-XX

Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tempat : Gelatik

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan & Kriteria Hasil	Tidakan Keperawatan (SP 1-5)	Rasional
1.	07 Mei 2021	Perilaku Kekeraan	1. Kognitif, klien mampu: a. menyebutkan penyebab perilaku kekerasan b. menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan c. menyebutkan akibat yang ditimbulkan d. menyebutkan cara mengatasi perilaku kekerasan	1. BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) SP I 2. Mengidentifikasi penyebab PK 3. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 4. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 5. Mengidentifikasi akibat PK 6. Menyebutkan cara mengontrol 7. Membuat pasien mempraktek latihan Cara fisik I : Nafas dalam	1. Kepercayaan dari klien merupakan hal yang mutlak serta akan mempermudah dalam melakukan pendekatan perawatan terhadap klien. 2. Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari risiko perilaku kekerasan

			<p>2. Psikomotor, klien mampu:</p> <p>a Mengendalikan perilaku kekerasan dengan relaksasi: Tarik nafas dalam, pukul kasur atau bantal, senam, dan jalan-jalan</p> <p>b Berbicara dengan baik: Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik</p> <p>c Melakukan deeskalasi yaitu mengungkapkan</p>	<p>8. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian</p> <p>SP II</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II : Pukul bantal / kasur</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan</p>	<p>akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p> <p>3. Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi.</p> <p>4. Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan.</p> <p>1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya.</p> <p>2. Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>
--	--	--	---	---	---

			<p>perasaan marah secara verbal atau tertulis</p> <p>d Melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain</p> <p>e Patuh minum obat dengan 8 benar (benar nama klien, benar tanggal kadaluarsa dan benar dokumentasi)</p> <p>3. Afektif, klien mampu:</p> <p>a Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan</p> <p>b Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara Verbal : meminta / menolak mengungkapkan dengan asertif 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian <p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 2. Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara melakukan sholat atau
--	--	--	---	--	---

				<p>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP V</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan / minum obat</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>mendekatkan diri dengan cara ibadah lainnya.</p> <p>1. Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara Kepatuhan minum obat sangatlah penting sebagai pencegah kekambuhan.</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>saja mas sekitar 30 menit? Kita ngobrol di kursi depan bagaimana mas?.”</p> <p>2. “Bagaimana perasaan mas saat ini?, apakah ada perasaan marah yang dirasakan saat ini mas ?”</p> <p>3. “Apa penyebab sehingga mas A di bawa ke rumah sakit jiwa ini?”</p> <p>4. “setelah itu apa yang mas A lakukan?”</p> <p>5. “Apa mas A dapatkan ketika mas A melakukan itu semua saat marah?”</p> <p>6. “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, cara yang pertama adalah pada saat perasaan marah itu mulai muncul, coba untuk tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti</p>	<p>penyebab marah</p> <p>3. Pasien mampu mengungkapkan tanda dan gejala marah</p> <p>4. Pasien mampu mengungkapkan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</p> <p>5. Saat ditanya akibat dari melakukan perilaku kekerasan tersebut klien mengatakan dapat menyakiti orang lain</p> <p>6. Pasien mampu melakukan latihan nafas dalam</p> <p>A : Sp 1 Teratasi</p> <p>P : Lanjut ke Sp 2</p>	
--	--	---	--	--

		mengeluarkan kemarahan, bagaimana mas bisa melakukanya?"		
--	--	--	--	--

<p>Sabtu 08 Mei 2021 08.30</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>BHSP (Bina hubungan saling percaya)</p> <p>SP 2:</p> <p>Mengevaluasi jadwal harian pasien dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 : Pukul Kasur/bantal.</p> <p>1. “Selamat pagi mas A, bagaimana perasaan mas A saat ini?, apa selama saya tidak ada, ada yang membuat mas A marah-marahan?”</p> <p>2. “Apa mas nya sudah mempraktekkan cara yang kemarin saya ajarkan ? Tarik nafas dalam.”</p> <p>3. “Sekarang, mari kita latihan memukul kasur dan bantal, jadi nanti kalau mas A marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul ke Kasur dan bantal. Apakah mas bisa ?.”</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi mas Chanif. Tidak ada mas, saya merasa baik-baik saja.” 2. “Iya mas sudah saya lakukan, dan rasa marah saya membaik mas.” 3. “Iya mas bisa, nanti ketika saya marah akan saya coba memukul kasur atau bantal.” <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengingat dan menyapa perawat 2. Pasien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik I Tarik nafas dalam 3. Pasien dapat mempraktikkan memukul kasur dan bantal <p>A :</p> <p>Sp 2 Teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjut ke SP 3</p>	<p><i>Chanif</i></p>
--	----------------------------------	--	--	----------------------

<p>Minggu 09 Mei 2021 08.30 WIB</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya)</p> <p>SP 3:</p> <p>Mengevaluasi jadwal harian pasien dan melatify pasien dengan cara verbal : meminta/menolak mengungkapkan dengan asertif.</p> <p>1. “Selamat pagi mas A, sesuai janji kita kemarin, kita akan membahas bagaimana cara mengungkapkan perasaan marah yang sehat ya?”</p> <p>2. “pada saat mas A mulai ada rasa marah, segera memakai cara 1 yaitu Tarik nafas dalam, kemudian bapak boleh mengatakan kalau mas sedang marah, dengan nada pelan yang tujuannya untuk mengungkapkan perasaan mas A, sebutkan juga alasan mas A marah.”</p>	<p>S:</p> <p>1. “Selamat pagi juga mas Chanif, baik mas.”</p> <p>2. “Iya mas, nanti kalau saya mulai marah lagi, langsung mengungkapkan bahwa saya marah kepada orang yang membuat saya marah”</p> <p>O:</p> <p>1. Klien menyapa dan tersenyum sambil mendekat ke perawat.</p> <p>2. Klien mengerti cara mengendalikan perilaku kekerasan , ketika emosi muncul dengan mengungkapkan marahnya dengan Tarik nafas dalam</p> <p>3. Klien bisa mengungkapkan marah secara verbal</p> <p>A: Sp 3 Teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Sp 3</p>	
---	----------------------------------	---	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnose medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Dalam tahap ini penulis menemukan kesenjangan pada saat melakukan pengkajian setelah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur dimana pada tahap ini penulis sedikit mendapat kendala dalam memperoleh data dan riwayat keluarga karena selama penulis melakukan pengkajian pada klien, keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah :

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya pada klien supaya lebih dekat dan lebih percaya dengan menggunakan perasaannya.
2. Mengadakan pengkajian kepada klien secara wawancara. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status klien, melihat buku rawatan.

Menurut data yang didapat, klien sudah 3 kali keluar masuk dan dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur. Klien masuk tanggal 03 Mei 2021, dengan masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia .

Saat berada di ruangan di dapatkan bahwa klien sering menyendiri, dan mondar-mandir, pasien jengkel merasa tidak bisa tidur. Dalam tinjauan teori, terdapat beberapa faktor yang perlu dikaji pada pasien perilaku kekerasan menurut Akbar Amar, 2016. Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

- a. Muka marah dan tegang
- b. Mata melotot/pandangan tajam
- c. Tangan mengepal
- d. Wajah memerah dan tegang
- e. Pandangan tajam

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan tinjauan teori dan tinjauan kasus, diagnosa yang ada pada tinjauan teori adalah gangguan konsep diri : Koping individu tidak efektif sebagai penyebabnya, perilaku kekerasan sebagai masalah utama dan harga diri rendah sebagai efek dari masalah utama.

Dari tinjauan teori dan tinjauan kasus tersebut terdapat kesenjangan pada pohon masalah yang terletak pada penyebab perilaku kekerasan pada pasien. Pada tinjauan teori berdasarkan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus berdasarkan kasus nyata yang sesuai dengan pengkajian keadaan pasien saat itu. Kesenjangan pohon masalah pada tinjauan kasus yaitu koping individu tidak 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 strategi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya. (Akbar Amar, 2016)

1. SP pada Pasien

1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
4. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
5. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
6. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya
 - a. Tindakan :
 - 1) Bina hubungan saling percaya
 - a) mengucapkan salam terapeutik
 - b) berjabat tangan
 - c) menjelaskan tujuan interaksi
 - d) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
 - 2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
 - 3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan

- a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
 - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- 4) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
- a) Verbal
 - b) Terhadap orang lain
 - c) Terhadap diri sendiri
 - d) Terhadap lingkungan
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- a) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - b) Obat
 - c) Spiritual, misalnya sembahyang dan berdoa sesuai keyakinan pasien

2. SP pada Keluarga

1. Tujuan Keperawatan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

2. Tindakan keperawatan

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari perilaku tersebut)
- c. Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain
- d. Bantu latihan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan
 - 1) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
 - 2) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut dengan tepat
 - 3) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
- e. Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

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 pelaksanaan tindakan keperawatan pasien disebutkan terdapat lima strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) menurut teori yang akan dilaksanakan, diantaranya Menurut (Ah. Yusuf, Ftryasari, Nihayati 2015 yaitu :

1. Tindakan (SP 1) :
 - a. Bina hubungan saling percaya
 - 1) mengucapkan salam terapeutik
 - 2) berjabat tangan
 - 3) menjelaskan tujuan interaksi
 - 4) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
 - b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
 - c. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
 - 1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - 2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis

- 3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - 4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual sembahyang dan berdoa sesia dengan agama
 - 5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
- 1) Verbal
 - 2) Terhadap orang lain
 - 3) Terhadap diri sendiri
 - 4) Terhadap lingkungan
- e. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- f. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- 1) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - 2) Obat
 - 3) Spiritual, misalnya sembayang dan berdoa sesuai keyakinan pasien
- g. Ikut sertakan pasien dalam kegiatan TAK (Terapi Aktifitas Kelompok):
- 1) Sesi 1 : Kemampuan memperkenalkan diri
 - 2) Sesi 2 : Kemampuan berkenalan
 - 3) Sesi 3 : Kemampuan bercakap-cakap
 - 4) Sesi 4 : Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu

- 5) Sesi 5 : Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
 - 6) Sesi 6 : Kemampuan bekerjasama
 - 7) Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi
2. Tindakan (SP 2) :
Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua
 3. Tindakan (SP 3) :
Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal
 4. Tindakan (SP 4) :
Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual sembahyang dan berdoa sesuai dengan agama, bila memungkinkan dianjurkan untuk membiasakan diri berdoa secara lengkap apabila tidak ada altar, dan bisa dilakukan dengan berdoa dilakukan dengan menghadap ke udara terbuka.
 5. Tindakan (SP 5) :
Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat

Dan SP keluarga tidak dapat dilakukan kepada keluarga karena selama pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien selama dirumah sakit.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan teori evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. 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 dirumah 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 07 Mei 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 08 Mei 2021 dilanjutkan dengan SP 2 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2. Pada evaluasi hari terakhir tanggal 09 Mei 2021 dilanjutkan SP 3 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. pada saat melakukan SP 3, pasien mengerti bisa mendemonstrasikan apa yang sudah di pelajari dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara social/verbal. Pasien Tn. A di ruang Gelatik sebagian tercapai sampai tanggal 09 Mei 2021.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus perilaku kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan.

6.1 Kesimpulan

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa pada Tn. A masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur memang sudah 2 kali keluar masuk dan mendapat pengobatan
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan tiga permasalahan aktual (1) Koping Individu Tidak Efektif, (2) Perilaku Kekerasan dan (3) Harga Diri Rendah
3. Perencanaan tindakan keperawatan jiwa pada Tn.a masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur mengacu pada tindakan keperawatan pada pasien.

4. Implementasi tindakan keperawatan jiwa pada Tn.a masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur sampai dengan SP1 mengajarkan pasien mengendalikan marah dengan teknik nafas dalam, SP2 mengajarkan pasien mengendalikan marah dengan teknik pukul bantal, SP3 mengajarkan pasien mengendalikan marah secara verbal atau berbuat baik.
5. Pada akhir evaluasi pada tanggal 09 Mei 2021 semua tujuan sebagian dapat tercapai karena kondisi klien yang sebagian mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
6. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada klien Tn. A, yang dilaksanakan mulai tanggal 07 sampai dengan 09 Mei 2021.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut :

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 Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep perilaku kekerasan dan meningkatkan keterampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman

perawat tentang perawatan pada pasien jiwa khususnya dengan masalah utama perilaku kekerasan sehingga perawat dapat membantu mengatasi pasien dengan masalah utama perilaku kekerasan.

3. Bagi Mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah Lilik M, Zainuri I, A. A. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik (PERTAMA)*. INDOMEDIA PUSTAKA.
- Darsana, I. W., & Suariyani, N. L. P. (2020). Trend Karakteristik Demografi Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (2013-2018). *Archive of Community Health*, 7(1), 41. <https://doi.org/10.24843/ach.2020.v07.i01.p05>
- InfoDatin. (2018). *InfoDatin-Kesehatan-Jiwa* (p. 12).
- Keliat, budi anna, Akemat, Helena, N., & Nurhaeni, H. (2019). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa* (S. K. Estu Tiar (ed.)). egc.
- Prasetya, A. S. (2018). EFEKTIFITAS JADUAL AKTIVITAS SEHARI-HARI TERHADAP. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, VI(1).
- Sarfika, N. R., Maisa, E. A., & Windy Freska. (2018). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan. In *Buku Ajar Keperawatan 2*.
- Sri Atun. (2018). *Model Praktik Klinik Keperawatan Jiwa* (Dinarti & Tjahyanti (ed.)). Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPVIKI).
- Sujarwo. (2018). *STUDI FENOMENOLOGI : STRATEGI PELAKSANAAN YANG EFEKTIF UNTUK MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN MENURUT PASIEN DESCRIPTION OF PATIENT ANSIETAS LEVELS AND FAMILY OF HEMODIALYSIS PATIENTS*. 6(1).
- Yosep, I. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA* (M. Dandan Wildani (ed.)). pt refika aditama.
- Yusuf, A.H, F., & ,R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>

- b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu
- c. Diskusikan bersama pasien tanda dan gejala yang dirasakan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- d. Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
- e. Diskusikan bersama klien akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
- f. Diskusikan bersama klien cara mengendalikan perilaku kekerasan yaitu dengan cara berikut:
 - a) Fisik: pukul kasur/bantal, tarik nafas dalam
 - b) Obat
 - c) Social/verbal:
 - d) Sprituil: Beribadah sesuai keyakinan pasien

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

a Salam Terapeutik

“Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya Chanif Mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya. Hari ini saya dinas pagi dari jam 8 pagi sampai jam 12 siang. Nama mas nya siapa?”

b Evaluasi / Validasi

..“Bagaimana kabar mas hari ini? Masih ada perasaan marah atau kesal? Apa yang terjadi dirumah?”

c Kontrak

“Baiklah , kita sekarang berbincang-bincang masalah marah mas nya.”

“Berapa lama kita mau berbincang-bincang mas? Bagaiman kalau 30 menit.”

“Bagaimana kalau kita berbincang-bincang di tempat duduk depan?”

2. FASE KERJA

“Apa yang menyebabkan mas A marah? Apakah mas sebelumnya pernah marah ? Terus penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?”

“Pada mas nya marah, seperti saat mas nya di ejek oleh temannya, apa yang mas rasakan?”

“Apakah mas merasa kesal kemudian mata melotot, tangan mengepal, dan wajah memerah?”

“Setelah itu apa yang mas lakukan?”

“Jadi mas memarahi dan memukul teman mas nya dan pulang kerumah mengamuk kepada neneknya? Apakah dengan cara ini mas merasa lega? Iya, tentu tidak. Apa kerugian dengan cara yang mas lakukan ini? Benar, menjadi teman dan nenek mas nya menjadi takut.

“Menurut mas adakah cara lain yang lebih baik? Maukah mas nya mengungkapkan kemarahan dengan cara yang baik tanpa menimbulkan kerugian?”

“Mas, ada beberapa cara untuk mengendalikan kemarahan mas nya. Salah satunya dengan latihan fisik. Jadi, dengan latihan mas dapat menyalurkan rasa marah kita.”

“Baik Mas, kita akan berlatih latihan fisik yang pertama yaitu latihan nafas dalam. Caranya, pada saat tanda-tanda marah muncul, mas nya tarik nafas lewat hidung, tahan sebentar, kemudian hembuskan lewat mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo mas kita lakukan sama-sama, tarik lewat hidung..., tahan, dan hembuskan lewat mulut. Sekarang, lakukan 5x ya Mas, Bagaimana perasaannya?”

“Sebaiknya mas nya melakukannya secara rutin sehingga saat rasa marah mas muncul, mas nya sudah terbiasa melakukannya.”

3. FASE TERMINASI

“Bagaimana perasaan mas nya setelah berbincang-bincang tadi?”

“Jadi apa yang menyebabkan kemarahan mas tadi? Apa yang mas rasakan... (sebutkan) dan yang mas lakukan...(sebutkan) serta apa akibatnya... (sebutkan)

“Coba, selama saya tidak ada,ingat-ingat lagi penyebab marah mas yang lalu, apa yang mas lakukan kalau marah yang belum kita bahas, dan jangan lupa latihan nafas dalam ya mas.”

“Baik, besok saya akan datang lagi sekitar jam setengah 9 pagi dan latihan cara lain untuk mengendalikan marah.”

“Tempatnya disini lagi ya mas?”

“Selamat pagi mas.”

1. FASE ORIENTASI

a Salam Terapeutik

“Selamat pagi Mas A, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang saya datang lagi.”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana kabarnya Mas? adakah hal yang membuat mas marah hari ini?”

c Kontrak

“Sekarang kita belajar lagi mengendalikan perasaan marah dengan melaksanakan latihan fisik yang kedua yaitu dengan cara memukul bantal/kasur.”

“Mungkin sekitar 30 menit, boleh mas?”

“Bagaimana kalau kita menuju ke kamar mas nya?”

2. FASE KERJA

“Baik Mas, kita ulang lagi latihan mengendalikan rasa marah dengan latihan memukul bantal atau kasur. Sebelumnya mas nya apakah masih mengingat latihan yang pertama yaitu latihan nafas dalam? Bagus, Coba praktekan Mas! Bagus.”

“Baik, sekarang mari Mas kita latihan memukul bantal/kasur. Jadi saat mas ingin marah atau merasa kesal mas nya dapat melampiaskannya dengan memukul bantal/kasur. Coba mas lakukan, pukul bantal dan kasur. Ya, bagus sekali mas.”

“Nah, cara ini dapat dilakukan saat perasaan marah atau kesal itu muncul. Tapi, jangan lupa merapkannya lagi ya Mas bantal/kasurnya.”

3. FASE TERMINASI

“Apa yang mas rasakan setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

“Ada dua cara latihan fisik yang telah kita latih, coba mas sebutkan lagi?”

Bagus!”

“Mari kita masukkan ke jadwal harian mas. Pukul berapa mau mempraktikkan memukul bantal atau kasur? Bagaimana kalau pagi dan sore hari ? Jam 7 pagi dan jam 3 sore. Lalu, jika ada perasaan marah secara tiba-tiba, mas dapat gunakan kedua latihan tadi ya Mas.”

“Besok jam setengah 9 pagi, bagaimana kalau kita akan belajar mengendalikan marah dengan bicara yang baik. Di kursi depan saja ya Mas?”

Sampai bertemu besok ya Mas.”

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN
KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

a Salam Terapeutik

“Selamat pagi Mas A”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan Mas hari ini?”

c Kontrak

“Sebelum kita melakukan cara latihan fisik yang ketiga , apakah mas nya sudah melakukannya latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur? bagus!. Mas nya lakukan latihan itu secara rutin ya Mas.”

“Sekarang kita akan melakukan latihan mengendalikan marah dengan cara verbal atau sosial. Bagaimana kalau kita di sini berbincang-bincangnya? Mungkin sekitar 30 menit, Bagaimana Mas?”

2. FASE KERJA

“Sekarang kita latihan mengendalikan marah dengan bicara yang baik. Kalau marah sudah disalurkan lewat latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur dan sudah merasa lega, kita perlu bicara dengan orang yang membuat marah. Ada tiga cara mas yaitu:

- a. Sampaikan dengan baik tanpa marah dan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin mas bilang penyebab marah karena di ejek oleh teman. Coba mas sampaikan

dengan baik ke temannya, katakan *"Tolong jangan seperti itu ke saya."* "Coba praktikkan, Bagus Mas!"

- b. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh mas nya dan mas tidak ingin melakukannya, katakan, *"maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada hal yang perlu saya kerjakan dirumah."* "Coba mas praktikkan, Bagus!"
- c. Mengungkapkan rasa kesal. Jika ada perlakuan dari orang lain yang membuat mas kesal, Mas dapat mengatakan, *"Saya jadi ingin marah karena perkataanmu."* "Coba Praktikkan, Bagus!"

3. FASE TERMINASI

"Bagaimana perasaannya pak setelah latihan mengendalikan marah dengan berbicara yang baik?"

"Coba mas sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah dilatihkan!"

"Coba mas masukkan ke jadwal harian sehari-hari. Nanti dicoba ya Mas!"