PENERAPAN TEKNIK PENYALURAN ENERGI RELAKSASI AUTOGENIK TERHADAP RESIKO PERILAKU KEKERASAN

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan

Disusun Oleh :
Elsa Widi Yastuti
16.0601.0035

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2019

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

PENERAPAN TEKNIK PENYALURAN ENERGI RELAKSASI AUTOGENIK TERHADAP RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing, serta telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 16 Juli 2019

Pembimbing I

Ns. Retna Tri Astuti, M. Kep
NIK. 047806007

Pembimbing II

Ns. Muhammad Khoirul Amin, M. Kep
NIK. 108006043

HALAMAN PEGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama	:	Elsa Widi Yastuti
NPM	:	16.0601.0035
Program Studi	:	Program Studi Keperawatan (D3)
Judul KTI	:	Penerapan Teknik Penyaluran Energi Relaksasi Autogenik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Tim Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

TIM PENGUJI

Penguji Utama : Ns. Sambodo Sriadi Pinilih., M.Kep (.....)
NIK. 047606006

Penguji Pendamping 1 : Ns. Retna Tri Astuti., M.Kep (.....)
NIK. 047806007

Penguji Pendamping 2 : Ns. M. Khoirul Amin, M. Kep (.....)
NIK. 108006043

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 16 Juli 2019

Mengetahui,
Dekan

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK : 947308063

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat meyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul " **Penerapan Teknik Penyaluran Energi Relaksasi Autogenik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan**".

Penyusunan laporan ini diajukan dalam rangka memenuhi tugas Karya Tulis Ilmiah sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program studi Diploma 3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang tahun akademi 2018/2019

Dalam penyusunan laporan ini penulis menyadari masih banyak kesalahan atau kekurangan. Selesainya penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, dorongan serta motivasi yang diberikan oleh semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, tetapi hanya kata terimakasih yang penulis dapat berikan kepada :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep, Selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Reni Mareta, M.Kep, selaku Kaprodi Diploma 3 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, selaku pembimbing I yang telah memberikan bantuan dan juga bimbingan ketika penulis melakukan Asuhan Keperawatan.
4. M. Khoirul Amin, S. Kep, Ns, selaku pembimbing II yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Dosen dan karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Diploma 3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memeberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah memperlancar proses penyelesaian tugas
6. Ayah dan ibu yang selalu memberi dukungan kepada penulis baik dalam bentuk materi maupun psikologi, kakak serta keluarga yang telah memberikan semangat kepada penulis
7. Teman-teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan telah banyak memberikan dukungan kritik dan saran, yang setia menemani dan mendukung selama proses belajar.

Penulis berharap saran serta masukan yang bersifat mambangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini selanjutnya semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan,dan pembaca pada umumnya.

Magelang, 10 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
KATA PENGANTAR iv
DAFTAR ISI vi
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR LAMPIRAN x
BAB PENDAHULUAN 1 1
1.1 Latar Belakang Masalah 1
1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah 4
1.3 Pengumpulan Data 4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
2.1 Konsep Perilaku Kekerasan 7
2.1.4 Pathway 12
2.1.5 Mekanisme Koping 13
2.1.6 Perilaku 13
2.1.7 Penatalaksanaan 14
2.3 Konsep Inovasi Relaksasi Autogenik 24
BAB III TINJAUAN KASUS 38
3.1 Pengkajian 38
3.2 Perumusan Diagnosa Keperawatan 41
3.3 Rencana Tindakan Keperawatan 41
3.4 Implementasi Keperawatan 42
3.5 Evaluasi Keperawatan 43
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 36
5.1 Kesimpulan 36

5.2 Saran 37
DAFTAR PUSTAKA 38
LAMPIRAN ..... **Error! Bookmark not defined.**

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan..... 20
Table 2.2 Intervensi Keperawatan sesuai SP 21

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon..... 7
Gambar 2.2 Pathway..... 12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. SOP .....**Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan.....**Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 3. Formulir Pengajua Judul Karya Tulis Ilmiah .. **Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 4. Surat Pernyataan Perbaikan Karya Tulis Ilmiah.....**Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 5. Undangan uji Karya Tulis Ilmiah .....**Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 6. Formulir Pengajuan Uji Karya Tulis Ilmiah.... **Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 7. Penerimaan Naskah Karya Tulis Ilmiah..... **Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 8. Lembar Oponen Uji Hasil Karya Tulis Ilmiah **Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 9. Lembar Konsul Karya Tulis Ilmiah...**Error! Bookmark not defined.**

Lampiran 10. Lembar Pernyataan Publikasi Karya Tulis Ilmiah **Error! Bookmark not defined.**

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan jiwa menurut Undang Undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014, ODGJ atau orang dengan gangguan jiwa adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Nurrahmatiyah, 2018). Kondisi ini membawa dampak terhadap peningkatan kualitas maupun kuantitas penyakit mental dan emosional manusia. Angka penderita gangguan jiwa menurut WHO pada tahun 2012 mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang yang menderita gangguan mental. Orang yang mengalami gangguan jiwa, sepertiganya tinggal di negara berkembang, sebanyak 8 dari 10 penderita gangguan mental tersebut tidak mendapatkan perawatan secara layak (Nurrahmatiyah, 2018).

Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukan prevalensi penderita gangguan jiwa dengan skizofrenia di Indonesia meningkat mencapai presentase 7.0% dari kesuluruhan penduduk Indonesia, angka tertinggi diduduki oleh provinsi Bali dengan presentase 11,0% dan angka terendah di duduki oleh provinsi Kepulauan Riau dengan pesentase 3.0 %, dari presentase penderita gangguan jiwa tersebut 84,9% menjalani pengobatan dan 15,1% tidak menjalani pengobatan. Dari presentase 84,9% penderita gangguan jiwa yang menjalani pengobatan terdapat 51,1% penderita tidak meminum obat secara rutin dan 48,9% penderita meminum obat secara rutin (Kemenkes RI, 2018).

Gejala yang dapat menyertai penderita atau orang dengan gangguan jiwa antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses berpikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresifitas atau katatonik. Pasien skizofrenia dapat dikatakan sebagai gangguan jiwa yang cenderung prevalensinya terus meningkat dari waktu ke waktu, kelompok individu yang didiagnosa

mengalami skizofrenia mempunyai intensitas lebih tinggi untuk mengalami perilaku kekerasan. Hal ini sangat terdampak pada kehidupan pasien, keluarga dan masyarakat sekitar. Dari survey yang dilakukan oleh *The National Institute of Mental Nursing Health`s Epidemiologic Catchment* terhadap 10.000 orang yang pernah melakukan perilaku kekerasan ditemukan 11,7% terdiagnosis mengalami skizofrenia (Anang, 2017).

Skizofrenia dapat dikatakan sebagai penyakit gangguan jiwa kronis, gangguan jiwa ini ditandai oleh adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar (Sijabat & Theresia, 2018). Skizofrenia diartikan sebagai sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi kognisi, persepsi emosi, perilaku, dan fungsi sosial, tetapi skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda. Gejala yang nampak pada pasien dengan skizofrenia terdiri dari simptom positif yang mengambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan perilaku seperti agitasi dan agresi. Simptom negatif seperti ekspresi emosi yang terbatas, keterbatasan pembicaraan dan pikiran, keterbatasan perilaku, bersikap menjadi lebih pasif, dan menarik diri dari hubungan sosial (Anang, 2017).

Salah satu dampak negatif dari penyakit mental emosional adalah timbulnya perilaku yang menunjukan kekerasan yang tidak terkendali. Pada pasien skizofrenia yang sedang kambuh sering ditakuti karna dianggap sebagai gangguan jiwa yang berbahaya dan tidak terkontrol dan mereka yang terdiagnosa penyakit ini digambarkan sebagai individu yang mengalami masalah emosional atau psikologis yang tidak terkendali dan memperlihatkan perilaku kekerasan yang aneh dan tidak terkontrol (Faiqoh & Falah, 2016).

Perilaku kekerasan dapat dikatakan sebagai suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstream dari rasa marah atau ketakutan yang maladaptif (Suryanti, 2018). Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam

melakukan koping terhadap stress, ketidak pahaman terhadap situasi sosial, ketidakmampuan mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Faiqoh & Falah, 2016).

Penatalaksanaan dan penanganan yang efektif sangat diperlukan dan dapat dilakukan dengan tiga cara, yaitu program pencegahan, antisipasi dan pengekangan. Manajemen keperawatan yang dapat diimplementasikan kepada pasien dengan resiko perilaku kekerasan terdiri dari terapi individu, keluarga dan kelompok (Anang, 2017).

Salah satu upaya terapi individu yang dapat diterapkan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan teknik relaksasi, teknik tersebut dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan, alasan dilakukan teknik tersebut karena apabila teknik tersebut dilakukan dalam kondisi dan situasi yang rileks, maka hasil dan prosesnya akan optimal. Relaksasi adalah suatu teknik untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Teknik ini dapat digunakan oleh pasien tanpa bantuan terapis dan mereka dapat menggunakan teknik ini unutk mengurangi ketegangan dan kecemasan yang dialami sehari hari (Santosa, 2018). Latihan relaksasi mampu membawa seseorang pada keadaan relaks pada otot-ototnya. Jika seseorang berada pada keadaan santai ,maka akan terjadi pengurangan timbulnya reaksi emosi yang berlebihan, baik pada susunan syaraf pusat maupun susunan syaraf otonom akan meningkatkan perasaan segar dan sehat baik secara jasmani maupun rohani (Rahmah, 2018).

Relaksasi sebagai salah satu upaya untuk mengendurkan ketegangan jiwa, terutama pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan teknik ini sangat dibutuhkan sebagai upaya dalam mengonrol emosi yang muncul. Salah satu cara terapi relaksasi yang dapat digunakan yaitu dengan menggunakan terapi relaksasi autogenik. Autogenik memiliki makna pengaturan sendiri, autogenik sebagai salah satu contoh dari teknik relaksasi yang berdasarkan pada konsentrasi pasif dengan menggunakan persepsi tubuh atau menfokuskan pikiran pada tubuh yang difasilitasi oleh sugesti diri sendiri (Santosa, 2018). Teknik relaksasi memiliki

efek samping yang minimal, yang berarti dengan resiko yang lebih rendah dibandingkan dengan penggunaan psikotropika, latihan relaksasi dapat digunakan sebagai metode relaksasi yang menargetkan ketenangan baik tubuh maupun pikiran.

Teknik relaksasi autogenik bersumber dari dalam diri sendiri yang berupa kata-kata atau beberapa kalimat pendek yang mengandung kalimat motivasi dan sugesti yang mampu membuat pikiran terasa tenang dan meredakan ketegangan. Relaksasi autogenik dapat dengan membayangkan diri sendiri berada dalam keadaan damai dan tenang, berfokus pada detak jantung dan pengaturan nafas (Supriyadi, 2015).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk mengambil studi kasus dalam menerapkan Asuhan Keperawatan dengan teknik penyaluran energi relaksasi autogenik terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan.

1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.2.1 Tujuan Umum

Penulisan karya tulis ilmiah bertujuan agar mampu memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan resiko perilaku kekerasan dengan menerapkan teknik relaksasi autogenik.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan Khusus dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

1.2.2.1 Mengambarkan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi.

1.2.2.2 Mengambarkan penerapan teknik relaksasi autogenik pada klien dengan resiko perilaku kekerasan

1.3 Pengumpulan Data

Dalam penyusunan laporan ilmiah ini menggunakan metode diskripsi. Metode diskripsi adalah menuliskan keadaan yang sebenarnya pada saat dilaksanakan asuhan keperawatan atau kata lain secara studi kasus dilapangan yang

mengembangkan pemecahan masalah melalui pengumpulan data yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi

Dalam pengumpulan data terdapat beberapa tahapan yaitu :

1.3.1 Observasi

Pengumpulan informasi yang dilakukan melalui indra pengelihatan, perabaan, pendengaran, penciuman, dan alat perasa. Kegiatan observasi ini dilakukan secara bertahap dan terus menerus selama klien masih mendapat asuhan keperawatan. Dengan metode observasi ini diharapkan mampu didapatkan hasil yang atau data tentang apa yang menyebabkan klien melakukan perilaku kekerasan, apa penyebab dan apa yang klien lakukan ketika terjadi perilaku kekerasaan.

1.3.2 Wawancara

Metode ini dapat di terapkan dalam pengambilan data klien selama proses asuhan keperawatan. Dalam wawancara ini terdapat dua cara, yaitu dengan cara autoanamnesa dan alloanamnesa. Autoanamnesa adalah data yang diperoleh dengan metode wawancara secara langsung kepada klien. Alloanamnesa adalah data yang diperoleh selain dari klien secara langsung (keluarga, petugas atau orang terdekat) yang masih ada hubunganya dengan masalah yang dihadapi klien. Dengan menggunakan metode wawancara ini diharapkan dapat memeperoleh data dan informasi mengenai penyebab dari perilaku kekerasan, tanda dan gejala akan melakukan perilaku kekerasan, peran keluarga dengan klien resiko perilaku kekerasan dan terapi apa saja yang sudah didapatkan pada klien tersebut.

1.3.3 Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang diperoleh dengan cara membuka, membaca, mempelajari, dan mengambil data atau informasi dari dokumen asli. Data dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, dan data lainya.

1.3.4 Demonstrasi

Metode ini digunakan untuk memperoleh data klien dengan cara mendemonstrasikan dan mempraktikan hal-hal yang berkaitan dengan teknik atau cara relaksasi autogenik pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Manfaat bagi profesi

Hasil laporan ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam praktik keperawatan, yaitu mampu dikembangkan sebagai tindakan terapi yang dapat diimplementasikan perawat dalam pengelolaan klien dengan resiko perilaku kekerasan

1.4.2 Manfaat bagi institusi pendidikan

Dapat memberikan sebuah pandangan yang lebih luas mengenai asuhan keperawatan dan teknik relaksasi autogenik pada klien dengan resiko perilaku kekerasan, serta dapat mengembangkan terapi modalitas teknik relaksasi autogenik dalam mata ajar keperawatan

1.4.3 Manfaat bagi institusi pelayanan medis

Hasil laporan ini diharapkan mampu diaplikasikan di institusi pelayanan medis sebagai salah satu terapi yang dapat diberikan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

1.4.4 Penelitian

Hasil yang diperoleh dari laporan ini diharapkan penulis mampu mengaplikasikan teori-teori atau karya inovatif yang diperoleh pada pelayanan kesehatan dan dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perilaku Kekerasan

2.1.1 Definisi

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis yang disertai dengan amuk, gaduh, gelisah yang tidak terkontrol (Yuni, 2015). Perilaku kekerasan adalah 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 dilingkungan (Bachri Thalib, 2010).

Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Yusuf, 2015).

Rentang respons marah



Gambar 2.1 Rentang Respon

(Sumber : Yosep, 2010)

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas atau terhambat

Pasif : Respons lanjutan, pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

2.1.2 Etiologi

Yosep (2010) menjelaskan faktor-faktor yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa antara lain :

2.1.2.1 Faktor Predisposisi

Menurut Towsen ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan

a. Teori Biologik

Teori biologik terdiri dari beberapa pandangan yang berpengaruh terhadap perilaku

1) Neurobiologik

Ada 3 area pada otak yang berpengaruh terhadap proses impuls agresif : system limbik, lobus frontal, hypothalamus. Neurotransmitter juga mempunyai peranan dalam memfasilitasi atau menghambat proses impuls agresif. System limbic merupakan system informasi, ekspresi, perilaku, memori. Apabila terdapat gangguan pada system ini maka akan meningkatkan atau menurunkan potensial munculnya perilaku kekersan. Adanya gangguan pada lobus frontal maka individu tidak mampu membuat keputusan, kerusakan pada penilaian, perilaku tidak sesuai, dan agresif. Beragam komponen dari system neurologis mempunya implikasi memfasilitasi dan menghambat impuls agesif. System limbik terlambat dalam menstimulasi timbulnya perilaku agresif. Pusat otak atas secara konstan berinteraksi dengan pusat agresif.

2) Biokimia

Berbagai neurotransmitter (epinephrine, norepinephrine, dopamine, asetikolin, dan serotonin) sangat berperan dalam menfasilitasi atau menghambat impuls agresif. Teori ini sangat konsisten dengan *fight* atau *flight* yang dikenalkan oleh Selye dalam teorinya tentang respons terhadap stress.

3) Genetik

Penelitian membuktikan adanya hubungan langsung antara perilaku agresif dengan genetik karyotype XYY

4) Gangguan Otak

Sindroma otak organik terbukti sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindak kekerasan. Tumor otak, khususnya yang menyerang sistem limbik dan lobus temporal ; trauma otak, yang menimbulkan perubahan serebral dan penyakit seperti ensefalitis, dan epilepsy, khususnya lobus temporal terbutkti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan

b. Teori Psikologik

1) Teori Psikoanalitik

Teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kebutuhan untuk mendapatkan kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri rendah. Agresi dan tindak kekerasan memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri dan memberikan arti dalam kehidupannya. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri

2) Pembelajaran

Anak belajar melalui perilaku meniru dari contoh peran mereka, biasanya orang tua mereka sendiri. Contoh peran tersebut ditiru karena dipersepsikan sebagai prestise atau berpengaruh, atau jika perilaku tersebut diikuti dengan pujian yang positif.

c. Teori Sosiokultural

Pakar sosiolog lebih menekankan pengaruh faktor budaya dan struktur sosial terhadap perilaku agresif. Masyarakat juga berpengaruh pada perilaku tindak kekerasan, apabila individu menyadari bahwa kebutuhan dan keinginan mereka tidak dapat terpenuhi secara konstruktif.

2.1.2.2 Faktor Presipitasi

Yosep (2010) menyelaskan bahwa faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan :

a. Ekspresi diri, ingin menunjukan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi
c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik
d. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustasi
e. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.1.3 Tanda dan gejala perilaku kekerasan

Yosep (2010) menjelaskan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut

2.1.3.1 Emosi

Dendam, rasa marah, jengkel, rasa terganggu, merasa tidak aman, terasa tidak adekat, bermusuhan, tidak berdaya, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

2.1.3.2 Intelektual

Mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan, kasar.

2.1.3.3 Fisik

Muka merah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, tangan mengepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, jalan mondar-mandir.

2.1.3.4 Perilaku

Melempar atau memukul, menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif

2.1.3.5 Spiritual

Kemahakuasaan, kebijakan atau kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli, kreativitas terlambat, kasar.

2.1.3.6 Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor

2.1.3 Psikopatologi

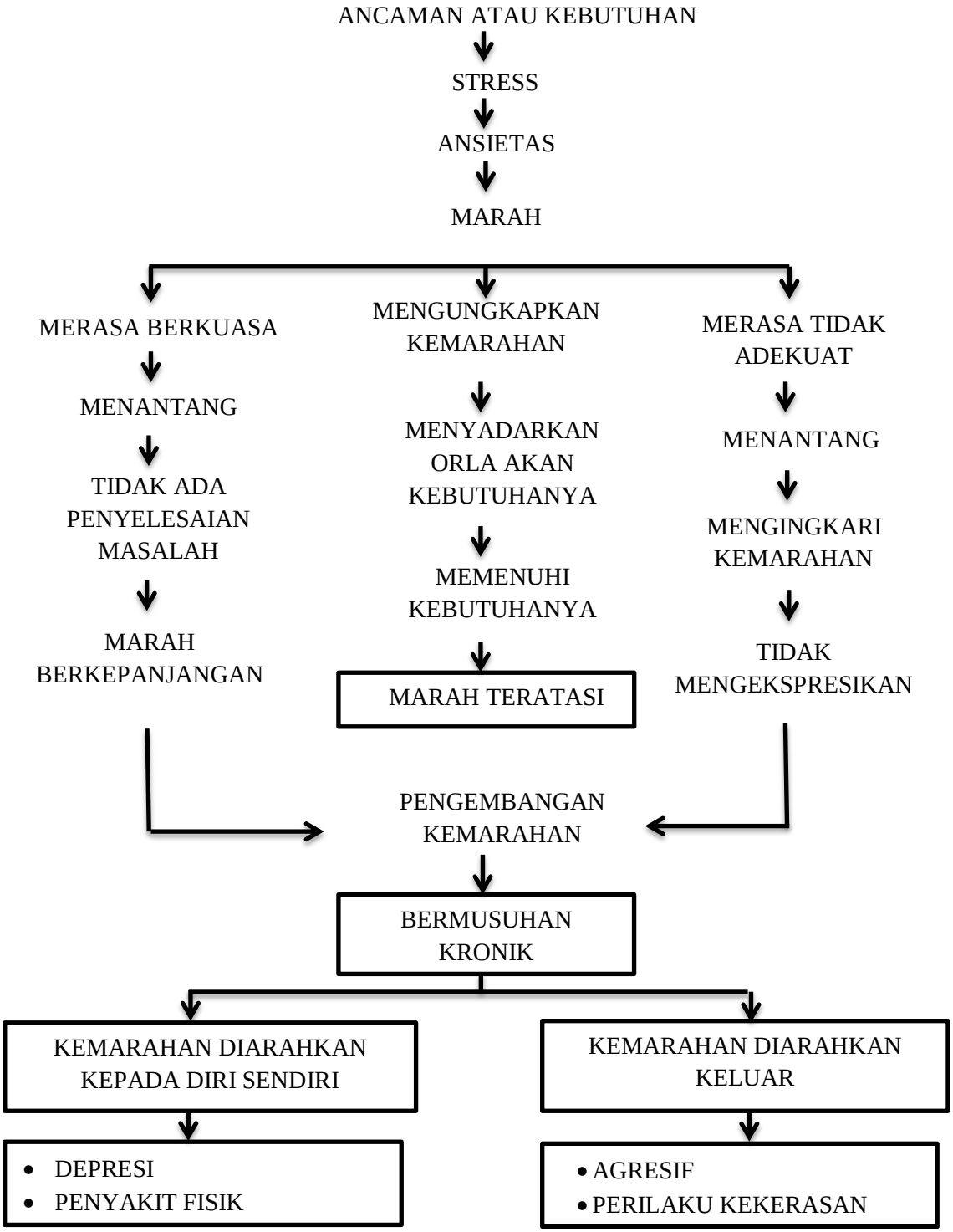
Ancaman kebutuhan, marah, stress, cemas yang dapat menimbulkan perasaan marah. Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif (Keliat, 2010).

Mengekspresikan marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain, sehingga rasa marah tersebut dapat dipahami orang lain. Selain cera tersebut akan memberikan perasaan lega, ketegangan akan menurun dan akhirnya perasaan marah akan dapat teratasi dengan baik.

Perasaan marah yang diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan menggunakan perilaku agresif dan menantang biasanya cara tersebut tidak dapat meredakan perasaan marah namun justru akan menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan perilaku amuk yang ditunjukan kepeda diri sendiri, orang lain maupun pada lingkungan.

Perilaku yang subnatif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah menjadi terpendam dan tdak terungkap. Kemarahan yang demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang diajukan diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Yosep, 2010).

2.1.4 Pathway



Gambar 2.2 Pathway

Sumber : (Rawlins et all, 1993 dalam (Dermawan, 2013)

2.1.5 Mekanisme Koping

Menurut Eko Prabowo (2014) mekanisme koping yang dapat dilakukan oleh seseorang dengan perilaku kekerasan untuk melindungi diri adalah sebagai berikut:

2.1.5.1 Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia untuk melampiaskan rasa marahnya, dan dapat mengurangi ketegangan akibat marah.

2.1.5.2 Proyeksi

Secara verbal menyalahkan orang lain atau mangalihkan kesalahan diri sendiri kepada orang lain

2.1.5.3 Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan dan tidak mencoba menyampaikan kepada orang tedekat sehingga rasa marah tidak terungkap dan tertekan. Individu seolah-olah marasa tidak marah dan tidak kesal

2.1.5.4 Reaksi formasi

Mampu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dengan menggunakannya sebagai rintangan.

2.1.5.5 Deplacement

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada objek yang tidak begitu berbahaya.

2.1.6 Perilaku

Menurut (Dermawan, 2013), perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain :

2.1.6.1 Menyerang atau menghindar (*Fight or Flight*)

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan saraf otonom beraksi terhadap sekresi ephineprin yang menyebabkan TD meningkat, takhikardia, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi Hcl meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot, seperti ragang terjatup, mangan dikepal, tubuh menjadi kaku disertai reflek yang cepat.

2.1.6.2 Menyatakan secara asertif (*Assertiveness*)

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan rasa marah tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis.

2.1.6.3 Memberontak (*Acting Out*)

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

2.1.6.4 Perilaku kekerasan

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

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Eko Prabaowo (2014) penatalaksanaa pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

2.1.7.1 Terapi Farmakologi

Pasien dengan perilaku kekerasan perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: *Clorpromazine* HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat digunakan dosis efektif rendah, contohnya *Trifluoperazine elastine*, bila tidak ada juga dapat digunakan *Transquilizer* bukan obat *antipsikotik* seperti *neuroleptika,* tetapi meski demikian keduanya memiliki efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

Afnuhazi (2015) menjelaskan obat-obatan yang dapat diberikan keada pasien dengan marah atau perilaku kekerasan yaitu :

a. *Sedative hipnotics*. Obat obatan ini dapat mengendalikan agitasi pada pasien. Benzodiazepine seperti *Lorazepam* dan *Clonazpam*, sering digunakan dalam kedaruratan psikiatrik untuk menengangkan perlawanan klien. Tetapi obat ini tidak dianjurkan digunakan dalam jangan waktu lama karena dapat menyebabkan ketergantungan dan kebingungan, juga bisa memperburuk simptom depresi.

b. *Buspirone*. Obat ini efektif untuk mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi.
c. *Anti depresan*. Penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsive dan perilaku agresif klien yang berkaitan denganperubahan mood. *Amitriptyline* dan *Trazodone,* menghilangkan agresifitas yang berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organik.
d. *Lithium* efektif untuk agresif karna panik.
e. *Antipsychotic* dipergunakan utnuk perawatan perilaku kekerasan.

2.1.7.2 Terapi Okupasi

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukan seleksi dan ditentukanya program kegiatan.

2.1.7.3 Latihan asertif

Terapi ini dilakukan dengan cara mengajarkan klien menggungkapkan kemarahan dengan menggunakan kata-kata yang baik. Strategi komunikasi dengan pasien perilaku agresif : bersikap tenang, bicara lembut, berbicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dan dengan cara yang kongkrit, tunjukan rasa hormat.

2.1.7.4 Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan klien. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif ke perilaku adaptif sehingga derajad kesehatan pasien dapat ditingkatkan secara optimal.

2.1.7.5 Terapi Somatik

Menurut Depkes RI (2010) menerangkan bahwa terapi somatik merupakan terapi yang diberikan pada klien dengan gangguan jiwa yang bertujuan untuk mengubah perilaku yang malada ptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.

2.1.7.6 Terapi kelompok

Pada terapi kelompok ini, klien berpartisipasi dalam sesi bersama kelompok individu. Para anggota kelompok mempunyai tujuan yang sama dan diharapkan mampu berkontribusi lebih dalam kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain. Dengan menjadi anggota kelompok diharapkan klien dapat mempelajari cara baru dalam memandang sebuah masalah atau cara menyelesaikan sebuah masalah, dan juga mampu mempelajari keterampilan interpersonal yag penting (Veedbeck, 2011).

2.1.7.7 *Seclusion*

Merupakan tindakan keperawatan yang terakhir dengan menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri dan dipisahkan dengan pasien lain.

2.1.7.8 *Restrain*

Adalah pengekangan fisik dengan menggunakan alat manual untuk membatasi gerak fisik pasien mengunakan manset, sprei pengekang.

2.1.7.9 Terapi Kejang Listrik (ECT)

Terapi kejang listrik atau *electronic convulsive therapy* (ECT) adalah bentuk terapi yang diberikan kepada pasien dangan menimbulkan kejang dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan dipelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2-3 kali sehari dalam seminggu.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian pada pesien dengan perilaku kekerasan menurut (Yusuf, 2015) :

2.2.1.1 Identitas

a. Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak meliputi beberapa hal : Nama perawat, nama klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.
b. Usia dan no. rekam medis

2.2.1.2 Alasan masuk

Pasien sering mengungkapkan kalimat yang bernada ancaman, kata-kata kasar, ungkapan ingin memukul serta memecahkan perabotan rumah tangga. Pada saat berbicara wajah pasien tampak merah dan tegang, pandangan mata tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan.

2.2.1.3 Faktor predisposisi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan sebelumnya pernah mendapat perawatan dirumah sakit. Pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan sisa, sehingga pasien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Biasanya gejala sisa timbul merupakan akibat trauma yang dialami pasien berupa penganiyayaan fisik, kekerasan didalam keluarga atau lingkungan, tindakan kriminal yang pernah disaksikan, dialami ataupun melakukan kekerasan tersebut.

2.2.1.4 Pemeriksaan fisik

Biasanya saat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah meningkat, nadi cepat, pernafasan akan cepat ketika pasien marah, mata merah, mata melotot, pandangan mata tajam, otot tegang, suara tinggi, nada yang mengancam, kasar dan kata-kata kotor, tangan mengepal, rahang mengatup serta postur tubuh yang kaku.

2.2.1.5 Psikososial

a. Genogram

   Biasanya menggambarkan tentang garis keturunan keluarga pasien, apakah anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh pasien.

b. Konsep diri

   1) Citra tubuh

      Biasanya tidak ada keluhan mengenai persepsi pasien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai.

   2) Identitas diri

      Biasanya pasien perilaku kekerasan merupakan anggota dari masyarakat dan keluarga. Interaksi antara pasien dengan keluarga maupun masyarakat

tidak efektif sehingga pasien tidak merasa puas akan status ataupun posisi pasien sebagai anggota keluarga dan masyarakat

3) Peran diri

Biasanya perilaku kekerasan kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

4) Ideal diri

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan ingin diperlakukan dengan baik oleh keluarga ataupun masyarakat sehingga pasien dapat melakukan peranya sebagai anggota keluarga dan anggota masyarakat dengan baik.

5) Harga diri

Biasanya pasien dengan resiko perilaku kekerasan memepunya hubungan yang buruk atau kurang baik dengan orang lain sehingga pasien merasa dikucilkan dilingkungan sekitarnya.

c. Hubungan sosial

Pasien yang dulunya mempunya hubungan yang baik dengan keluarga dan lingkungan disekitarnya, karena pasien sering marah-marah, bicara kasar, melempar atau memukul orang lain sehingga pasien tidak pernah berkunjung maupun mengikuti kegiatan dilingkungan masyarakat.

d. Spiritual

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan kurang (jarang) melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya

e. Status mental

Penampilan, biasanya pasien berpenampilan kurang rapi, rambut acak-acakan, mulut dan gigi kotor, badan pasien bau.

f. Pembicaraan

Biasanya pasien berbicara capat dengan rasa marah, nada tinggi, dan berteriak (menggebu-gebu)

g. Aktivitas motorik

Biasanya pasien terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir dengan tangan mengepal dan graham yang mengatup, mata yang merah dan melotot.

h. Alam perasaan

Biasanya pasien merasakan sedih, putus asa, gembira yang berlebihan dengan penyebab marah yang tidak diketahui

i. Afek

Biasanya pasien mengalami perubahan roman muka jika diberikan stimulus yang menyenangkan dan biasanya pasien mudah labil dengan emosi yang cepat berubah.

j. Interaksi selama wawancara

Biasanya pasien memperlihatkan perilaku yang tidak kooperatif, bermusuhan serta mdah tersinggung, kontak mata yang tajam serta pandangan yang melotot, pasien juga akan memperatahankan pendapat dan kebenarannya sendiri.

k. Persepsi

Biasanya pasien mendengar, melihat, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak diketahui dan tidak nyata.

l. Aktivitas sehari-hari

Kegiatan sehari-hari yang dilakukan oleh pasien meliputi makan, BAK/BAB, mandi, istirahat dan tidur, penggunaan otot, kegiatan didalam rumah, kegiatan diluar rumah.

m. Mekanisme koping

Bagaimana cara klien mengendalikan rasa marah, bagaimana cara klien dalam menghadapi marah. Klien menggunakan mekanisme koping secara adaptif atau dengan mekanisme koping secara maladaptif

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nanda (2018-2010) menyebutkan pada domain 11 kelas 3, bahwa masalah yang mungkin muncul pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

2.2.2.1 Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain

2.2.2.2 Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri

2.2.2.3 Resiko bunuh diri

(Herdman, 2018)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan menurut NOC (Moorhead, 2013) dan NIC (Bulechek, 2016) :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	Resiko perilaku kekerasan	Label : Menahan diri dari kemarahan Definisi : Tindakan pribadi untuk mengurangi pemikiran, perasaan, dan perilaku permusuhan yang hebat Setelah dilakukan…..kali kunjungan diharapkan klien dapat mengontrol perilaku marah dengan kriteria hasil : 1. Mampu mengidentifikasi kapan merasa marah (2-4) 2. Mampu mengidentifikasi kapan merasa frustasi (2-4) 3. Mampu mengidentifikasi tanda-tanda marah (2-4) 4. Mampu bertanggung jawab terhadap perilaku diri (2-4) Keterangan : 2 : Jarang menunjukan 4 : Sering menunjukan	Label : Manajemen perilaku Definisi : Membantu pasien untuk mengelola perilaku agresif 1. Jalin hubungan saling percaya antara pasien dan perawat 2. Gunakan suara bicara yang lembut dan rendah 3. Jangan memojokan klien dan hindari perdebatan 4. Berikan pasien tanggung jawab terhadap perilakunya sendiri 5. Komunikasi harapan bahwa pasien dapat tetap mengontrol perilakunya 6. Konsultasikan dengan keluarga dalam rangka mendapatkan informasi

			mengenai kondisi kognisi dasar pasien 7. Gunakan pengulangan kesehatan rutin yang konsisten sebagai alat untuk menetapkan rutinitas tersebut 8. Tingkatkan aktivitas fisik dengan teknik relaksasi autogenik dan berikan obat secara rutin 9. Berikan penghargaan apabila pasien dapat mengontrol diri

Table 2.2 Intervensi Keperawatan sesuai SP

Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
Tujuan Umum klien mampu: 1. Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan 2. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 3. Menyebutkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 5. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: a. Fisik	Tujuan Khusus Setelah … kali pertemuan, klien mampu : 1. Menyebutkan penyebab, tanda, gejala, dan akibat perilaku kekerasan 2. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan	Strategi pelaksanaan 1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan 3. Latihan cara fisik 1 : tarik nafas dalam 4. Masukan dalam jadwal harian klien

Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
b. Sosial atau verbal c. Terapi psikofarmatika d. Terapi komplementer		
	Setelah … kali petemuan, klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan (relaksasi autogenic)	Strategi pelaksanaan 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih teknik penyaluran energy a. Menerapkan teknik relaksasi autogenik saat rasa marah muncul b. Menyusun jadwal dalam melakukan relaksasi autogenik 3. Masukan dalam jadwal harian klien
	Setelah…kali pertemuan, klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	Strategi pelaksanaan 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2) 2. Latihan secara sosial atau verbal 3. Menolak dengan baik 4. Meminta dengan baik 5. Mengungkapkan dengan baik 6. Masukan dalam jadwal harian klien
	Setelah…kali pertemuan, klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. memperagakan secara spiritual	Strategi pelaksanaan 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2,3) 2. Latih secara spiritual a. Berdo'a b. Sholat 3. Masukan dalam jadwal harian klien

Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
	Secara… kali pertemuan, klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara patuh obat	Strategi pelaksanaan 5 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2,3,4) 2. Latih patuh obat a. Minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar b. Susun jadwal minum obat secara teratur 3. Masukan dalam jadwal harian klien
Keluarga mampu : 1. Merawat klien dirumah	Setelah…kali petemuan, keluarga mampu menjelaskan penyebab, tanda dan gejala, akibat serta mampu memperagakan cara merawat klien	Strategi pelaksanaan 1 1. Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga saat merawat klien 2. Jelaskan tentang perilaku kekerasan : a. Penyebab b. Akibat c. Cara merawat 3. Latih cara merawat klien 4. RTL keluarga atur jadwal keluarga merawat klien
	Setelah… kali pertemuan, keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat serta membuat RTL	Strategi pelaksanaan 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih (stimulasi) keluarga dua cara lain untuk merawat klien 3. Latih langsung ke klien 4. RTL keluarga atau jadwal keluarga merawat klien
	Setelah… kali petemuan, keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang	Strategi pelaksanaan 3 1. Evaluasi SP 1 dan 2 2. Latih langsung ke

Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
	sudah dilakukan dan mampu merawat serta membuat RTL	klien 3. RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien
	Setelah… kali pertemuan, keluarga mampu melakukan follow up dan rujukan serta mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	Strategi pelaksanaa 4 1. Evaluasi SP (1 dan 2) 2. Latih langsung klien 3. RTL keluarga a. Follow up b. rujukan

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawata kepada klien. Dalam melakukan implementasi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan harus dilakukan secara interaksi dalam melakukan tindakan yang akan diimplementasikan (Dermawan, 2013).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi klien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subjektif untuk menilai efek dari tindakan yang sudah dilakuakan. Diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, demonstrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku, penggunaan obat yang benar. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tindakan dan tujuan yang telah ditentukan, dan untuk menilai keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan (Dermawan, 2013).

2.3 Konsep Inovasi Relaksasi Autogenik

3.3.1 Pengertian relaksasi autogenik

Autogenic training atau relaksasi autogenik merupakan salah satu bentuk relaksasi yang dikembangkan oleh seorang psikiater asal Jerman Johannes Schultz pada tahun 1932. Teknik ini pada dasarnya terdiri dari 6 langkah dimana prosesnya

menekankan pada imagery dan sugesti diri. Menurut Schultz and Luthe *autogenics* berarti mempertahankan keseimbangan kondisi internal psikofisiologis dalam tubuh. Relaksasi autogenik merupakan teknik relaksasi yang bersumber dari diri sendiri berupa kata-kata atau kalimat pendek ataupun pikiran yang bisa membuat pikiran tentram. Relaksasi autogenik merupakan suatu relaksasi yang sangat banyak kelebihannya dibandingkan dengan relaksasi lainnya, latihan ini dapat melatih seseorang untuk melakukan sugesti diri, agar ia dapat mengubah sendiri kondisi kefaalan pada tubuh untuk mengendalikan munculnya emosi yang bergelora (Dewi & Sri Utami, 2018).

Relaksasi autogenik dilakukan dengan cara membayangkan diri sendiri berada dalam keadaan damai dan tenang, berfokus pada pengaturan nafas dan detakan jantung (Dewi & Sri Utami, 2018).

3.3.2 Tujuan Relaksasi Autogenik

Tujuan dari relaksasi autogenik adalah (Dewi & Sri Utami, 2018).

3.3.2.1 Membawa pikiran kedalam kondisi mental yang optimal.

3.3.2.2 Meningkatkan kesadaran diri, pengendalian diri, dan refleksi diri

3.3.2.3 Menekankan sugesti pada diri sendiri untuk lebih tenang, ringan dan hangat

2.3.3 Manfaat Relaksasi Autogenik

Menurut (Varvogli, 2011) manfaat dari relaksasi autogenik :

2.3.3.1 Mempengaruhi fungsi tubuh sehingga dapat mengalirkan hormon-hormonnya dengan baik keseluruh tubuh dan diduga latihan ini akan menurunkan kebutuhan akan terapi.

2.3.3.2 Membantu keseimbangan untuk memperbaiki keseimbangan antara organ tubuh dan sirkulasi tubuh.

2.3.3.3 Menstimulasi pankreas dan hati untuk dapat menjaga gula darah dalam batas normal.

2.3.3.4 Menstimulasi sistem saraf parasimpatis yang membuat otak memerintahkan penganturan rennin angiotensin pada ginjal sehingga membantu menjaga tekanan darah dalam batas normal.

2.3.3.5 Menjaga organ-organ yang terluka, artinya dengan relaksasi autogenik yang teratur maka akan menjaga pasien dari situasi-situasi yang cepat berubah sehingga stressor terkurangi dan relaksasi terjadi.

2.3.4 Mekanisme Relaksasi Autogenik

Teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan diantaranya adalah teknik relaksasi. Relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jiwa. Relaksasi autogenik berarti merilekskan diri dengan membangun kekuatan dari dalam diri dan mencegah pengaruh eksternal. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran diri, pengendalian diri dan refleksi diri dengan demikian individu akan mampu mengungkapkan perasaanya dengan tepat seperti perasaan marah, cemas, sedih, dan mampu mengekspresikan emosinya dengan tepat. Relaksasi autogenik berfungsi untuk menjaga keseimbangan saraf simpatik dan parasimpatik dalam system saraf otonom, yang membantu individu mengekspresikan emosinya dengan tepat dan informasi yang diperoleh individu dapat diproses lebih kreatif. Relaksasi autogenik mampu menghambat kerja sistem saraf simpatis sehingga hormon-hormon yang berlebihan akan berkurang dan kembali ke titik keseimbangan. Melalui proses ini reaksi fisiologi orang yang sedang mengalami ketegangan akan mereda, seperti detak jantung mulai melambat, nafas teratur dan aliran darah kembali normal. Begitu pula kondisi psikologisnya tubuh dan pikiran kondisinya menjadi lebih baik (Fitriani, 2015).

2.3.5 Metode Pengumpulan Data

Sumber data yang didapatkan dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi literatur dan demonstrasi. Wawancara dilakukan dengan mengadakan tanya jawab langsung dengan pasien dan keluarga yang menangani dan petugas atau orang lain yang mengetahui keadaan pasien selama mengalami resiko perilaku kekerasan. Kekuatan dari metode wawancara adalah dilakukan secara *face to face* dengan pasien. Kelemahannya jika dalam pembicaraan tidak terarah maka akan membutuhkan waktu yang lama. Observasi dilakukan dengan pengamatan secara langsung pada pasien kelolaan meliputi kondisi pasien kelolaan selama mengalami resiko perilaku kekerasan dan turut serta memberikan terapi. Kekuatan pada metode ini adalah kriteria yang diamati sangat jelas, sedangkan

kelemahannya sangat membutuhkan banyak waktu. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara memeriksa keadaan fisik keseluruhan tubuh pasien. Sedangkan studi literatur penulis mendapatkan data menggunakan literatur yang relevan dari buku-buku dan jurnal yang membahas tentang mengontrol halusinasi. Penulis melakukan tindakan dengan melatih cara mengontrol halusinasi secara langsung ke pasien kelolaan dan keluarga dengan cara demonstrasi (Wicaksono, 2017).

2.3.6 Kriteria Pasien

2.3.6.1 Pasien gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan

2.3.6.2 Usia 20-40 tahun

2.3.6.3 Pernah menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa

2.3.6.4 Dalam keadaan tenang dan dapat berkomunikasi dengan baik

2.3.6.5 Pasien dengan PANSS-EC deengan skor kurang dari 20

2.3.6.6 Rentang respon marah berada pada fase frustasi dan pasif

2.3.7 Metode Pelaksanaan Karya Tulis Ilmiah

2.3.7.1 Melakukan perizinan kepada puskesmas dan keluarga

2.3.7.2 Melakukan uji kompetensi tindakan sebelum menerapkan ke pasien

2.3.7.3 Melakukan seleksi pasien sesuai kriteria

2.3.7.4 Melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan dan menyusun intervensi keperawatan

2.3.7.5 Melakukan terapi implementasi keperawatan kepada klien selama 2 hari satu kali selama 30-40 menit

2.3.7.6 Melakukan evaluasi hasil dengan lembar PANSS-EC

2.3.7.7 Menyusun laporan hasil

2.3.8 Pelaksanaan Relaksasi Autogenik

Langkah-langkah relaksasi autogenik menurut (Varvogli, 2011) :

Persiapan klien

Terdapat tiga posisi dasar dalam melakukan relaksasi autogenik yaitu duduk dikursi, menyandar diatas kursi, atau berbaring. Pada posisi berbaring prinsipnya

sama dengan yang dikemukakan dalam National Safety Council, memungkinkan gravitasi untuk mendukung.

Posisi tidur merupakan posisi tubuh terbaik melakukan relaksasi autogenik:

a. Sebaiknya dengan berbaring dilantai berkarpet atau tempat tidur.
b. Kedua tangan disamping tubuh dan telapak tangan menghadap ke atas dan tungkai lurus sehingga tumit di permukaan lantai.
c. Bantal tipis diletakkan dibawah kepala atau lutut menyangga dan punggung lurus.

Konsentrasi dan kewaspadaan

a. Ketika pertama kali melakukan latihan ini yang akan dirasakan adalah bahwa pikiran lebih penting.
b. Konsentrasi dalam latihan ini adalah hanya disini dan untuk saat ini, terutama dalam keadaan tubuh saat itu.
c. Jika pada awalnya menemukan pikiran lain yang berusaha mengalihkan pikiran tersebut, kemudian fokuskan kembali pikiran pada kewaspadaan tersebut.

Fase Relaksasi Autogenik

Latihan ini diawali dengan menarik nafas dalam dengan cara:

a. Memejamkan mata dan bernafas dengan pelan (menarik nafas melalui hidung dan keluarkam melalui mulut)
b. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dengan lambat setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekshalasi (“hembuskan, dua, tiga”)
c. Menghitung dengan keras bersama klien pada awalnya akan membantu klien untuk beradaptasi
d. Ulangi prosedur 3-5 kali.

   Setelah nafas dalam, maka dilanjutkan untuk masuk enam fase relaksasi autogenik.

Langkah 1: Merasakan berat

a. Fokuskan perhatian pada lengan dan bayangkan kedua lengan terasa berat. Selanjutnya, secara perlahan-lahan bayangkan kedua lengan terasa kendur,

ringan hingga terasa sangat ringan sekali sambil katakan " aku merasa damai dan tenang sepenuhnya".

b. Lakukan hal yang sama pada bahu, punggung, leher dan kaki

Langkah 2: Merasakan kehangatan

a. Bayangkan darah mengalir ke seluruh tubuh dan rasakan hangatnya aliran darah, seperti merasakan minuman yang hangat, sambil mengatakan dalam diri "aku merasa tenang dan hangat".

Langkah 3: Merasakan denyut jantung

a. Tempelkan tangan kanan pada dada kiri dan tangan kiri pada perut.
b. Bayangkan dan rasakan jantung berdenyut dengan teratur dan tenang sambil katakan "jantungku berdenyut dengan teratur dan tenang".
c. Ulangi 6 kali.
d. Katakan dalam hati "aku merasa damai dan tenang.

Langkah 4: Latihan pernapasan

a. Posisi kedua tangan tidak berubah.
b. Katakan dalam diri "napasku longgar dan tenang".
c. Ulangi 6 kali.
d. Katakan dalam hati "aku merasa damai dan tenang".

Langkah 5: Latihan Abdomen

a. Posisi kedua tangan tidak berubah.
b. Rasakan pembuluh darah dalam perut mengalir dengan teratur dan terasa hangat.
c. Katakan dalam diri "darah yang mengalir dalam perut terasa hangat".
d. Ulangi 6 kali.
e. Katakan dalam hati "aku merasa damai dan tenang".

Langkah 6 : Latihan Kepala

a. Kedua tangan kembali pada posisi awal.
b. Katakan dalam hati "kepalaku terasa benar-benar dingin".

Akhir latihan

Mengakhiri latihan relaksasi autogenik dengan melekatkan (mengepalkan lengan) bersamaan dengan nafas dalam, lalu buang nafas pelan-pelan sambil membuka

mata. Relaksasi autogenik menekankan pada pentingnya sugesti diri, sehingga diperlukan latihan yang rutin untuk tubuh menyesuaikan dan dapat mengikuti perintah dari apa yang disugestika

BAB III
TINJAUAN KASUS

Bab 3 laporan kasus akan mengulas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di dusun Dukuhan, Bojong, Mungkid pada tanggal 18 Juni 2019 yang terdiri pengkajian pada klien, analisa dari data yang diperoleh, intervensi, implementasi keperawatan serta evaluasi dari hasil implementasi keperawatan

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 18 Juni 2019 dengan metode wawancara dan observasi pada klien, dari pengkajian tersebut didapatkan data sebagai berikut, Tn. A yang berusia 38 tahun, jenis kelamin laki-laki bertempat tinggal di Dusun Dukuhan, Bojong, Mungkid. Klien beragama Islam, status klien menikah, saat ini klien bekerja sebagai buruh pabrik dan pendidikan terakhir SMA. Klien belum pernah belum pernah dirawat di RSJ klien hanya melakukan pengobatan dengan rawat jalan. Keluarga yang bertanggung jawab atas klien adalah Ny. S yang merupakan istri dari Tn. A yang tinggal satu rumah dengan klien.

Hasil pengkajian pada tanggal 18 Juni 2019 pukul 10.00 WIB. Klien pernah melakukan perilaku kekerasan yaitu memukul tembok dan menghancurkan barang-barang yang ada disekitarnya, klien juga berkata kasar kepada orang disekitarnya, bicara dengan nada tinggi dan marah-marah tanpa sebab yang jelas, klien mengatakan dulu sering mengalami halusinasi pengelihatan berupa penampakan yang menyeramkan maupun seperti orang-orang yang dia kenali, klien juga pernah mengalami halusinasi pendengaran berupa teriakan anak kecil maupun suara yang tidak jelas, klien mengatakan selalu merasa mudah tersinggung dan bingung. Keluarga mengatakan saat marah mata klien tampak merah, mengepalkan tangan dan memukul tembok, pandangan tajam, berjalan mondar-mandir.

Pengkajian predisposisi didapatkan data klien saat bekerja menjadi buruh di Tangerang mengalami kelelahan dan kurang tidur ,klien bekerja lembur secara terus menerus dalam beberapa bulan dan sering mengalami insomnia. Sejak saat itu klien sering mengalami halusinasi dan tidak bisa mengontrol perasaan marahnya. Faktor presipitasi, klien mengatakan pernah mengalami putus obat beberapa kali. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 82 kali permenit, suhu 36^{o}C, berat badan 60 kg, tinggi badan 165 cm, rambut pendek berwarna hitam dan bersih, mata simetris antara kanan dan kiri, hidung simetris, tidak ada *polip*, telinga simetris, sedikit serumen, tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid*.

Berdasarkan pengkajian psikososial khususnya genogram klien merupakan anak kedua dari empat bersaudara dan tinggal serumah dengan istri dan anaknya. Didalam anggota keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Pada pola hubungan sosial orang yang paling dekat dengan klien yaitu istri dan ibunya. Peran serta klien dalam masyarakat sebelum klien mengalami gangguan jiwa sangat baik, klien sering mengikuti kegiatan kemasyarakatan. Pada pengkajian pola spiritual, nilai dan keyakinan klien mengatakan beragama Islam, klien jarang melakukan ibadah sholat dan mengaji.

Pengkajian pada konsep diri dan gambaran diri klien mangatakan puas dengan kondisi fisiknya, tidak ada kecacatan maupun penurunan fungsi. Peran klien sebagai laki-laki kepala rumah tangga dan sudah bekerja sebagai buruh pabrik. Ideal diri, klien mengatakan sudah bersyukur dengan karunia yang sudah Allah berikan, saat ini klien sudah menikah mempunyai anak dan mampu berkerja untuk menghidupi keluarganya. Harga diri klien diterima dimasyarakat dengan baik, keluarga dan tetangga sangat menghargai kondisi klien, klien mendapat dukungan penuh dari keluarga. Berdasarkan pola hubungan sosial, klien mengatakan orang terdekatnya adalah istri, peran serta klien dalam masyarakat cukup baik, klien mengatakan mengikuti kerja bakti dan kenduri. Hambatan hubungan dengan orang lain tidak ada, klien mengatakan terkadang merasakan mudah tersinggung.

Berdasarkan pengkajian status mental klien dari penampilan berpakaian baik dan rapi. Pembicaraan klien baik, nada bicara mudah berubah terkadang meninggi, klien berbicara secukupnya. Didapatkan data aktivitas motorik klien tampak tegang, melakukan gerakan berulang memegang lutut, klien melakukan ADL secara mandiri. Klien merasa khawatir dengan kondisinya, klien terkadang merasa mudah tersinggung. Afek klien tampak datar dan berubah-ubah, mata tampak merah. Interaksi selama wawancara kontak mata klien kurang, terkadang pembicaraan terhenti secara tiba-tiba. Didapatkan data pola persepsi, klien mengatakan dulu sering mengalami halusinasi pengelihatan dan pendengaran berupa sosok menyeramkan maupun bayangan tidak jelas, klien juga sering mendengar suara teriakan anak kecil dan suara-suara tidak jelas, halusinasi tersebut sering muncul saat klien akan tidur.

Pengkajian status mental yang berikutnya adalah pengkajian tingkat kesadaran yang didapatkan data, klien sadar dangan keadaanya, bisa mengenal dan berorientasi dengan waktu, kondisi dan orang lain. Hasil pengkajian proses pikir klien ketika diajak bicara terkadang berhenti bicara secara tiba-tiba. Isi pikir klien selalu ingin sembuh dan menjalani kehidupan yang normal. Hasil pengkajian memori klien mampu mengingat kejadian jangka pendek dan jangka panjang. Didapatkan data tingkat konsentrasi, klien mengalami kesulitan dalam menfokuskan perhatian dan konsentrasinya, klien dapat menyampaikan kembali apa yang dibicarakan dan dapat berhitung dengan baik.

Pengkajian kemampuan penilaian, klien dapat mengambil keputusan dangan baik. Didapatkan data daya tilik diri klien, klien menyadari bahwa dirinya sakit dan melakukan pengobatan dengan rawat jalan, klien mau meminum obat tanpa paksaan. Berdasarkan mekanisme koping, klien memiliki koping maladaptif, jika lupa meminum obat klien selalu merasa bingung dan tidak bisa mengontrol marah. Pengetahuan klien, klien mengetahui mengenai penyakitnya klien mengatakan saat rutin meminum obat klien merasa lebih tenang, klien mengatakan belum mengetahui bagaimana cara mengontrol marah selain dengan

obat. Pengkajian aspek medik klien saat ini mengkonsumsi obat *trihexphenidyl, chlorpomazine, risperidon.*

3.2 Perumusan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian diatas penulis melakukan analisa data kemudian merumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas menggunakan NANDA 2018-2020. Diagnosa keperawatan utama yang dapat ditegakan dari hasil pengkajian adalah resiko perilaku kekerasan, diagnosa keperawatan tersebut didukung dengan data subjektif klien mengatakan saat hilang kontrol sering memukul tembok, merusak barang, berbicara kasar, sering merasa bingung dan merasa tidak bisa mengontrol marah. Data objektif klien terlihat gelisah, mata merah dan nada suara terkadang meninggi. Selain diagnosa diatas terdapat satu diagnosa yang muncul yaitu, Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pengelihatan dan pendengaran. Dari diagnosa tersebut dapat dijadikan prioritas diagnosa sebagai berikut, prioritas yang pertama resiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori : Halusinasi

3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan kepada klien yang penulis susun akan dilakukan sebanyak empat kali pertemuan dengan strategi pelaksanaan terdiri dari terapi individu, terapi modalitas, terapi psikofarma, terapi untuk keluarga, untuk masing diagnosa agar dapat diaplikasikan pada asuhan keperawatan dengan harapan tercapai kemampuan yang lebih baik dan kemandirian bagi klien serta mempertajam terapi inovasi yang penulis pelajari

Diagnosa pertama adalah resiko perilaku kekerasan penulis membuat rencana keperawatan yang akan muncul dengan tujuan setelah dilakukan tindakan tindakan keperawatan masalah resiko perilaku kekerasan dapat teratasi dengan kriteria hasil klien dapat mengenali perilaku kekerasan dan tanda-tandanya, mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik nafas dalam, relaksasi autogenik (SP 1) klien dapat mempraktekan cara mengontrol kemarahan dengan latihan fisik relaksasi autogenik (SP 2), klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat (SP 5), klien mendapat dukungan keluarga dalam mengenali tanda dan gejala resiko perilau kekerasan

Diagnosa kedua adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi, penulis membuat rencana keperawatan yang akan muncul dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi dapat teratasi dengan kriteria hasil, klien mampu mengenal halusinasi, klien mampu mempraktikan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat, klien mampu mengenali dan mencegah kekambukan

3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi untuk diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan dilaksanakan pada tanggal 19 Juni 2019 pukul 10.00 WIB. Penulis melakukan strategi pelaksanaan 1 yaitu membantu klien mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan. Penulis melakukan bina hubungan saling percaya (BHSP), membantu klien mengungkapkan perasaan dan tanda perilaku kekerasan yang dialaminya, berdiskusi dengan klien cara mengontrol marah dengan baik, membantu klien mendemonstrasikan teknik latihan fisik penyaluran energi dengan relaksasi autogenik.

Dalam latihan fisik penulis melakukan, menjelaskan manfaat latihan penyaluran energi dengan teknik relaksasi autogenik, menjelaskan tujuan relaksasi autogenik, menjelaskan langkah-langkah latihan relaksasi autogenik, mempraktekan teknik relaksasi autogenik, mengobservasi respon klien terhadap latihan, memberikan pujian terhadap tindakan yang klien lakukan, membuat kontrak dengan klien untuk melakukan latihan relaksasi autogenik yang kedua yaitu selang 2 hari setelah latihan relaksasi autogenik yang pertama.

Implementasi yang kedua dilakukan pada tanggal 21 Juni 2019, pukul 11.00 WIB. Penulis melakukan strategi pelaksanaan 2 yaitu mengajari mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik penyaluran energi relaksasi autogenik. Penulis menanyakan perasaan klien dan mengkaji ulang pengetahuan klien tentang relaksasi autogenik, menganjurkan klien mempraktekan teknik relaksasi autogenik, mengobservasi respon klien.

Implementasi yang ketiga dilakukan pada tanggal 24 Juni 2019, pukul 11.00 WIB. Penulis melakukan strategi pelaksanaan 5 yaitu mengajarkan klien mengontrol marah dengan patuh minum obat dan melakukan kembali latihan fisik relaksasi autogenik. Penulis mengkaji ulang perasaan klien, menganjurkan klien mempraktekan kembali latihan teknik relaksasi autogenik, mengobservasi respon klien, memberikan pendidikan kesehatan kontrol marah dengan patuh minum obat.

Implementasi yang keempat dilakukan tanggal 27 Juni 2019, pukul 13.00 WIB. Penulis melakukan diskusi dengan keluarga dalam memantau kondisi klien dan mencegah perilaku kekambuhan. Penulis berdiskusi masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, berdiskusi dengan keluarga tentang perilaku kekerasan, berdiskusi bersama keluarga kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan.

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dapat dikatakan berhasil atau tidak dengan cara mengetahui perkembangan pada klien dan apakah masalah sudah teratasi atau belum, maka perlu dilakukan evaluasi. Pertemuan yang pertama strategi pelaksanaan 1 tanggal 19 Juni 2019, pukul 11.00 WIB. Didapatkan data subjektif : klien mengatakan nama lengkap dan nama panggilannya, klien mengatakan sebelumnya sering memukul tembok, klien mengatakan saat kambuh kesulitan mengontrol marah, klien mengatakan saat ini perasaanya terasa tenang, klien mengatakan mau mengaplikasikan teknik relaksasi autogenik. Data objektif : klien mau berjabat tangan dan berkenalan, klien kooperatif, nada suara klien terkadang meninggi, pandangan tajam, klien tampak tenang, klien tampak kesulitan berkonsentrasi. Analisa : dari data diatas sehingga disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian. Perencanaan : untuk klien dianjurkan klien untuk mengontrol marah dengan teknik relaksasi autogenik, untuk perawat adalah evaluasi strategi pelaksanaan mengidentifikasi perilaku kekerasan, lanjut strategi pelaksanaan 2 kontrol perilaku kekerasan dengan teknik relaksasi autogenik.

Pada strategi pelaksanaan 2 tanggal 21 Juni 2019, pukul 11.30 WIB. Didapatkan data subjektif : klien mengatakan saat ini perasaanya sudah tenang dan membaik, klien mengatakan akan melakukan latihan relaksasi autogenik. Data objektif : klien tampak tenang dan dapat berkerjasama, klien kooperatif, klien tampak lebih terbuka, klien mampu melakukan latihan relaksasi autogenik. Analisa : daridata diatas sehingga disimpulkan bahwa masalah teratasi. Perencanaan : untuk klien adalah anjuran untuk mengontrol marah dengan cara patuh minum obat. Sedangkan perencanaan untuk perawat yaitu evaluasi strategi pelaksanaan 1 mengidentifikasi perilaku kekerasan dan strategi pelaksanaan 2 mengontrol marah dengan cara latihan relaksasi autogenik, dan melanjutkan strategi pelaksanaan 5 yaitu kontrol marah dengan petuh minum obat.

Pada pelaksanaan tanggal 24 Juni 2019, pukul 11.30 WIB. Didapatkan data, subjektif : klien mengatakan perasaanya merasa tenang dan membaik, klien mengatakan tidak ada perasaan marah, klien mengatakan saat ini rutin mengkonsumsi obat tanpa paksaan, klien mengatakan terkadang lupa minum obat, klien mengatakan apabila lupa minum obat selalu merasa bingung dan sulit mengontrol marah. Data objektif : klien tampak rileks, klien tampak tenang, klien kooperatif dan tidak menunjukan tanda kekambuhan. Analisa data : yang didapat dari data diatas maka dapat disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian. Perencanaan : untuk klien adalah anjuran klien untuk membuat jadwal rutin minum obat, untuk perawat adalah berdiskusi dengan keluarga untuk motivasi klien patuh minum obat dan berdiskusi mengenai perilaku kekerasan.

Pada pelaksanaan hari keempat, didapatkan hasil data subjektif : klien mengatakan tidak ada masalah dalam perawatan klien, keluarga mengatakan mendukung penuh kesembuhan klien, keluarga mengatakan akan memantau kondisi pasien. Data objektif : keluarga kooperatif, terbuka dan dan tidak menutupi masalah klien. Analisa : dari data diatas disimpulkan bahwa masalah teratasi. Perencanaan : untuk keluarga perhatikan dan pantau kondisi klien, motivasi dan damping klien untuk patuh minum obat.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada Tn. A dengan resiko peilaku kekerasan yang telah penulis lakukan. Maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada Tn. A dengan resiko perilaku kekerasan yang telah penulis lakukan. Maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut

5.1.1 Pengkajian

Setelah penulis melakukan pengkajian pada Tn. A di Mungkid Magelang, berdasarkan teori dan konsepnya dapat disimpulkan klien mengalami resiko perilaku kekerasan, klien juga mengalami gangguan penyerta lainnya yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan dan pendengaran yang didapat dari hasil wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

5.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa prioritas yang ditegakan menurut NANDA 2018-2020 adalah resiko perilaku kekerasan

5.1.3 Intervensi keperawatan

Intervensi yang telah penulis lakukan mengacu pada beberapa teori dan penerapan strategi pelaksanaan. Dalam hasil penerapan teknik latihan fisik relaksasi autogenik disimpulkan bahwa relaksasi autogenik bertujuan untuk menyalurkan energi marah klien pada hal yang lebih positif, klien yang dapat mengikuti latihan relaksasi autogenik adalah klien dengan resiko perilaku kekerasan secara verbal dan fisik dalam keadaan yang tenang.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun penulis. Selama penulis melakukan implementasi dalam satu minggu dengan empat kali

pertemuan. Ada beberapa faktor yang menghambat jalannya implementasi keperawatan menjadi kurang maksimal, yaitu keterbatasan waktu yang ada. Terapi yang diberikan pada klien berdasarkan hasil evaluasi lembar penilaian PANSS-EC menunjukan terjadinya penurunan skor. Pada awal pertemuan diperoleh skor 16 dan pada akhir pertemuan diperoleh hasil skor 11.

5.2 Saran

Penulis memberikan saran yang mungkin dapat diterima sebagai bahan pertimbangan guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Mampu dijadikan sebagai metode unggulan yang harus dipelajari untuk dapat diterapkan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan. Diharapkan dapat bermanfaat secara teori untuk menambah perbendaharaan ilmu pengetahuan bagi mahasiswa keperawatan maupun non keperawatan.

5.2.2 Bagi Profesi Keperawatan

Mampu dijadikan sebagai sumber bacaan untuk pengembangan dan peningkatan kualitas keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan. Selain itu karya tulis ini dapat dijadikan perbandingan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan dan dapat dijadikan sebagai penerapan karya inovasi untuk melakukan perawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan

5.2.3 Bagi Penulis

Mampu menambah pengetahuan dan wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengaami resiko perilaku kekerasan secara verbal dengan menggunakan terapi modalitas relaksasi autogenik untuk menyalurkan energi yang dimiliki pasien dengan lebih positif.

DAFTAR PUSTAKA

Anang, N. (2017). Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan Pendekatan Model Stress Adaptasi Roy di Ruang Utari Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. *Tesis*.

Bachri Thalib, S. (2010). *Psikologi Pendidikan Berbasis Analisis Empiris Aplikatif* (Edisi 1). Jakarta: Kencana.

Bulechek, G. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (Mocomedia, Ed.) (edisi ke-6). Indonesia: Elsevier Inc.

Dermawan, D. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Dewi, N. P., & Sri Utami, S. (2018). Efektivitas relaksasi autogenik dalam mengatasi tingkat kecemasan.

Faiqoh, E., & Falah, F. (2016). Hubungan antara sikap terhadap pasien penyakit jiwa dengan perilaku agresif dengan resiko perilaku kekerasan, *6*.

Fitriani, Y. (2015). Relaksasi Autogenik untuk Meningkatkan Regulasi Emosi pada Siswa SMP. *E-Jurnal Gama Jpp*, *1 (3)*(3), 149–162.

Herdman, T. H. (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses : Definisions and Classification 2018-1020* (Ed. 11). Jakarta: EGC.

Keliat, B. A. & A. (2010). *Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.

Kemenkes RI, K. (2018). Hasil Utama Riskesdas Tentang Prevalensi Diabetes Mellitus di Indonesia 2018. https://doi.org/1 Desember 2013

Manurung. (2015). Pengkajian Proses Keperawatan pada dokumentasi, 6–25

Moorhead, S. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (Mocomedia, Ed.) (5th Editio). Indonesia: Elsevier Inc.

Nurrahmatiyah, E. (2018). Penerapan therapy efektif pada penurunan tingkat perilaku kekerasan yang dialami klien dengan gangguan jiwa, *2*(3), 134–140.

Rahmah, S. (2018). Analisis terhadap intervensi inovasi latihan relaksasi dan terapi music terhadap resiko perilaku kekerasan.

Santosa, E. (2018). Pengaruh terapi relaksasi autogenik terhadap kemampuan mengontrol marah pada pasien dengan perilaku kekerasan, *4*(1), 1–6.

Sijabat, & Theresia, W. S. (2018). Analisis inovasi relaksasi dalam tubuh pada kemampuan mengontrol kemarahan pada klien resiko perilaku kekerasan. Retrieved from http://e-journal.uajy.ac.id/14649/1/JURNAL.pdf

Stuart. (2016). pengkajian keperawatan.

Supriyadi, D. (2015). Pengaruh terapi relaksasi autogenik terhadap tingkat depresi pada lanjut usia di balai perlindungan sosial tresna werdha ciparay bandung, *10*(2), 56–68.

Suryanti, D. A. (2018). Pengaruh Relaksasi Energi terhadap Penurunan Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Klaten. *Terpadu Ilmu Kesehatan*, *7*, 67–74.

Varvogli. (2011). Relaksasi Autogenik dalam Ilmu Psikologi.

Wicaksono, M. S. (2017). Teknik distraksi sebagai strategi menurunkan kekambuhan halusinasi.

Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.

Yuni, K. (2015). Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan, 8–34.

Yusuf, F. (2015). *Buku Ajar Keperaatan Jiwa (2015)*. (F. Ganiajri, Ed.). Jakarta: Salemba Medika.