

**INTERVENSI COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)
TERHADAP PERUBAHAN TANDA DAN GEJALA
PADA PASIEN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG PUNAI
RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2017

**INTERVENSI COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)
TERHADAP PERUBAHAN TANDA DAN GEJALA
PADA PASIEN PERILAKU KEKERASAN
DI RUANG PUNAI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Gelar Profesi Ners
Pada Program Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada
Samarinda



Disusun Oleh :

DINA ARIANI

P1605311

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2017

HALAMAN PENGESAHAN

**INTERVENSI *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT) TERHADAP PERUBAHAN
TANDA DAN GEJALA PADA PASIEN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG PUNAI
RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

DINA ARIANI
NIM: P.1605.311

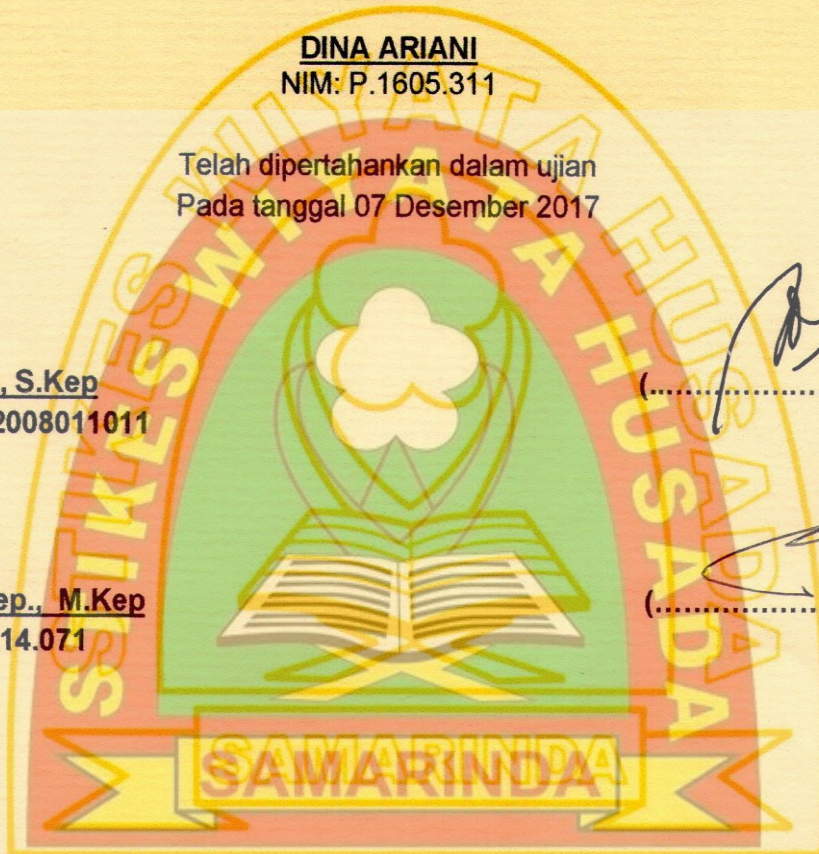
Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 07 Desember 2017

PENGUJI I

Ns. Saliansyah, S.Kep
NIP: 198212142008011011

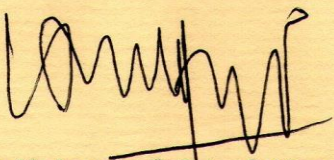
PENGUJI II

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071




Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dina Ariani
NIM : P1605311
Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata
Husada Samarinda
Juduk Laporan Tugas Akhir : Intervensi Cognitive Behaviour Therapy

(CBT) Terhadap Perubahan Tanda
Dan Gejala Pada Pasien Perilaku Kekerasan
Di Ruang Punai RSJD Atma Husada
Mahakam Samarinda

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri,

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Samarinda, 07 Desember 2017

Yang membuat pernyataan

Dina Ariani

P1605271

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Intervensi Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Tanda Dan Gejala Pada Pasien Perilaku Kekerasan Di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda". Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners pada Program Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankan lah saya mengucapkan terima kasih yang sedalam dalam nya kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Edy Mulyono.,Ns., S, Pd., S, Kep., M. Kep., selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Ibu dr. Hj. Padilah Mante Runa, M.Si, selaku Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
4. Ns. Enike Kusumawati. E. E, S.Kep, selaku Kepala Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
5. Ns. Rusdi, S.Kep,M. Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Wiyata Husada Samarinda dan selaku Dosen pembimbing pertama
6. Ns. Saliansyah, S.Kep., selaku penguji I dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners.
7. Staf perawat Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
8. Seluruh Dosen dan Staf Pendidikan STIKES Wiyata Husada Samarinda
9. Suami dan Kedua anak tercinta yang terus mendukung pendidikan ini

10. Seluruh Keluarga yang telah memberikan doa, nasehat dan dukungannya baik kepada saya.
11. Seluruh teman - teman Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Terima kasih untuk kebersamaan, pertemanan, dan dukungan yang telah diberikan selama ini. Semoga kita semua bisa menjadi orang yang bermanfaat bagi keluarga, bangsa, dan agama.

Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah - langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang -Nya untuk kita semua. Penulis telah berusaha semaksimal mungkin demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, namun masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan. Akhirnya, penulis berharap agar laporan ini dapat bermanfaat secara maksimal untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Samarinda, 07 Desember 2017

Peneliti



**Intervensi Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Terhadap Perubahan
Tanda Dan Gejala Pada Pasien Perilaku Kekerasan
Di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda**

Dina Ariani¹, Ns. Saliansyah., S.Kep², Ns. Rusdi, S.Kep,M. Kep³

ABSTRAK

Latar Belakang, Perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat mengontrol perilaku marahnya sehingga diekspresikan dalam bentuk agresif fisik dan atau verbal yang dapat mencederai diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan sehingga membutuhkan tindakan keperawatan yang efektif dan tepat. Salah satu terapi spesialis yang dapat diberikan pada pasien perilaku kekerasan adalah Cognitive Behavior Therapy (CBT).

Tujuan Umum CBT adalah menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi. CBT ini bertujuan untuk menurunkan tanda dan gejala pada klien perilaku kekerasan di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Hasil Intervensi setelah dilakukan pemberian terapi CBT terdapat perubahan pada tanda dan gejala perilaku kekerasan

Kesimpulan sebelum intervensi diperoleh respon perilaku terdapat 3 tanda dan gejala dari perilaku kekerasan yakni, tatapan mata tajam, menentang teman, dan mengancam teman, Dari respon verbal terdapat 5 tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu bicara ketus, intonasi tinggi, mengejek, berdebat dan banyak bicara, respon emosi memiliki 2 tanda dan gejala perilaku kekerasan yakni labil dan ekspresi tegang serta dari respon fisik memiliki 3 dari tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu pandangan mata tajam berkeringat dan nadi meningkat, Setelah dilakukan intervensi generalis dan CBT tidak terdapat lagi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang sebelumnya muncul, dari respon verbal masih terdapat 1 tanda dan gejala yakni masih banyak bicara, pada respon emosi tanda dan gejala yang masih muncul yakni labil dan untuk respon fisik tidak muncul lagi tanda dan gejala perilaku kekerasan

Saran Pelatihan dan Standarisasi tentang teknik CBT diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan penanganan klien dengan perilaku kekerasan

Kata kunci: Perilaku kekerasan, Cognitive Behaviour Training

¹ **Peneliti Utama**

² **Pembimbing 1**

³ **Pembimbing 2**

DAFTAR ISI

| | Hal |
|---|-----------|
| Halaman Sampul | i |
| Halaman Judul..... | ii |
| Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian | iii |
| Halaman Persetujuan | iv |
| Halaman Pengesahan | v |
| Kata Pengantar..... | vi |
| Intisari | ix |
| Daftar Isi | xi |
| Daftar Gambar | xiii |
| Daftar Tabel..... | xiv |
| Daftar Lampiran..... | xv |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Perumusan Masalah | 3 |
| C. Tujuan Penulisan | 3 |
| D. Manfaat Penulisan | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 6 |
| A. Konsep Perilaku Kekerasan..... | 6 |
| B. Konsep Intervensi CBT..... | 25 |
| BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA..... | 33 |
| A. Pengkajian Kasus | 33 |
| B. Diagnosa Keperawatan..... | 39 |
| C. Rencana Keperawatan..... | 41 |
| D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan..... | 51 |
| BAB IV ANALISIS SITUASI | 60 |
| A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda..... | 60 |
| B. Analisis Proses Keperawatan..... | 61 |
| C. Analisis Intervensi CBT | 63 |
| BAB V PENUTUP | 68 |
| A. Kesimpulan | 68 |
| B. Saran | 69 |

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN-LAMPIRAN
BIODATA PENULIS

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|-------------|--|------------|
| Gambar 2.1. | Rentang respon marah | Hal. 19 |
| Gambar 2.2. | Psikodinamika Masalah Perilaku Kekerasan | 23 |
| Gambar 2.3. | Pohon Masalah Perilaku Kekerasan | 24 |
| Gambar 3.1. | Pohon Masalah Keperawatan Jiwa Pada Nn M | 40 |



DAFTAR TABEL

| | Hal. |
|---|------|
| Tabel 2.1. Lembar Observasi Klien Perilaku Kekerasan | 18 |
| Tabel 2.2. Bentuk Distorsi Kognitif | 26 |
| Tabel 3.1. Rencana Asuhan Keperawatan Generalis Pada PK dan HDR | 41 |
| Tabel 3.2. Rencana Asuhan Keperawatan Dengan Intervensi Inovasi: Cognitive Behaviour Therapy (CBT) | 44 |
| Tabel 3.3. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan | 51 |
| Tabel 4.1. Perbedaan Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan sebelum dan sesudah intervensi inovasi Cognitive Behaviour Therapy (CBT) | 64 |



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jurnal Terkait CBT

Lampiran 2 Dokumentasi Buku Kerja Pelaksanaan CBT

Lampiran 3 Dokumentasi Pelaksanaan CBT





BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari fisik, mental dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU No 23 tahun 1992 tentang kesehatan). Sedangkan menurut WHO (2005) kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Dari dua defenisi di atas dapat diambil kesimpulan bahwa untuk dikatakan sehat, seseorang harus berada pada suatu kondisi fisik, mental dan sosial yang bebas dari gangguan, seperti penyakit atau perasaan tertekan yang memungkinkan seseorang tersebut untuk hidup produktif dan mengendalikan stres yang terjadi sehari-hari serta berhubungan sosial secara nyaman dan berkualitas.

Kesehatan jiwa adalah suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Menurut UU No 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Menurut data WHO tahun 2016, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta sekitar 47,5 juta terkena dimensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk; maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Kemenkes, 2016).

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam pada tahun 2016 mencatat rata-rata klien rawat inap sebanyak 249 orang dengan jumlah rata-rata klien IGD sebanyak 2,57 orang dan rata-rata klien ruang Punai sebanyak 68 orang perbulan. Jumlah rata-rata klien di ruang Punai berdasarkan 7 masalah keperawatan utama yaitu harga diri rendah sebanyak 1,8%, isolasi sosial sebanyak 8,6%, halusinasi sebanyak 14,4%, perilaku kekerasan sebanyak 5%, defisit perawatan diri sebanyak 63,6% dan waham sebanyak 6,2%. (Survei Indikator Mutu IRNA, 2017).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik (Stuart, 2013). Istilah marah (*anger*), agresif (*aggression*), dan perilaku kekerasan (*violence*) sering digunakan bergantian dalam menguraikan perilaku yang terkait dengan kekerasan. Perilaku kekerasan berfluktuasi dari tingkat rendah sampai tinggi yaitu dari memperlihatkan permusuhan pada tingkat rendah sampai pada melukai dalam tingkat serius dan membahayakan.

Asuhan keperawatan pada klien dengan Perilaku kekerasan dapat berupa terapi generalis dan terapi spesialis, (Nurjanah, 2013). Terapi generalis pada klien dengan perilaku kekerasan menekankan pada cara mengontrol rasa marah. Terapi spesialis didalamnya meliputi *assertiveness training*, terapi musik dan terapi perilaku kognitif. Terapi kognitif merupakan bagian dari terapi modalitas dalam keperawatan jiwa. Terapi ini mendasarkan potensi kognitif klien sebagai kekuatan untuk berubah, sedangkan perawat/terapis dan sarana lainnya sebagai fasilitator (Susana & Hendarsih, 2014).

Pelaksanaan asuhan keperawatan bagi pasien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, selama ini, masih menggunakan terapi individu generalis saja, oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan inovasi terapi yang dapat membantu klien menghadapi penderitaannya, dan bermanfaat merubah pikiran negatif yang dimiliki oleh klien. Terapi yang dapat menstimulasi pemikiran yang konkrit dan lebih objektif adalah dengan menggunakan terapi kognitif atau *Cognitive Behavior Therapy*.

Cognitive Behavior Therapy merupakan terapi yang dikembangkan sebagai usaha untuk menurunkan dampak yang dirasakan oleh klien dengan gangguan perilaku kekerasan. Cognitive behavior therapy pada dasarnya menyakini pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses Stimulasi-Kognisi-Respon (SKR) yang saling berkaitan dan membentuk jaringan SKR dalam otak manusia, dimana proses kognitif sebagai penentu. Aaron T. Beck tahun 1964 menemukan bahwa kognisi klien memiliki dampak yang luar biasa terhadap perasaan dan perilakunya. Beck menyatakan kesulitan emosional dan perilaku seseorang dalam kehidupannya disebabkan cara mereka menginterpretasikan berbagai peristiwa yang dialaminya.

Penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2009) pada 13 orang klien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan didapatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien meningkat setelah diberikan Cognitive Behavior Therapy (CBT), kemampuan kognitif klien meningkat secara bermakna sebesar 66% dan perilaku sebesar 66%.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas, maka rumusan masalah dalam penulisan karya ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah “Bagaimanakah gambaran intervensi terapi Cognitive Behavior Therapy (CBT) terhadap perubahan tanda dan gejala ada pasien dengan asuhan keperawatan perilaku kekerasan di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda ?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan karya ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien perilaku kekerasan dengan intervensi terapi Cognitive Behavior Therapy terhadap perubahan tanda dan gejala pada pasien perilaku kekerasan di Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Nn M dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan

- b. Menegakan diagnosa keperawatan pada klien Nn M dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan
- c. Membuat intervensi keperawatan pada klien Nn M dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan
- d. Menerapkan implementasi keperawatan pada klien Nn M dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Nn M dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan
- f. Menganalisis intervensi cognitive behavior therapy pada klien Nn M dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Aplikasi

Bagi perawat agar Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat menambah pilihan intervensi keperawatan bagi perawat di ruangan berupa penerapan CBT dalam upaya pemberian asuhan keperawatan profesional, bermutu dan ilmiah.

2. Manfaat Bagi Keilmuan Keperawatan

a. Manfaat Bagi Penulis

Meningkatkan ilmu dan pengalaman bagi penulis khususnya tentang penanganan klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan melalui penerapan intervensi CBT

b. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebagai evidence based dalam mengembangkan tindakan keperawatan sehingga dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa dan acuan dalam penulisan selanjutnya terkait penanganan klien perilaku kekerasan

c. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam program pelayanan asuhan keperawatan berupa peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan pikiran dan emosi melalui penerapan intervensi CBT

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perilaku Kekerasan

a. Pengertian

Perilaku kekerasan pada klien gangguan jiwa merupakan situasi kegawatan psikiatri yang memerlukan penanganan yang cepat agar tidak membahayakan klien, orang lain termasuk petugas kesehatan, dan lingkungannya. Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu (Keliat, 2009).

Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. 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 (Keliat, 1991, dalam Yusuf, dkk. 2015).

Emosi marah merupakan suatu emosi yang didominasi kesiapan untuk beraksi. Dari penelitian yang mereka lakukan, disimpulkan bahwa ada dua unsur dalam emosi marah, yaitu unsur bergerak melawan atau *moving against* (kecenderungan untuk antagonis seperti menyerang atau beroposisi) dan *boiling inwardly* (mendidih di dalam) (Kuipers, dkk 1989 dalam Yusuf, dkk. 2015).

Kemarahan yang ditekan atau pura-pura tidak marah akan mempersulit sendiri dan mengganggu hubungan interpersonal. Pengungkapan kemarahan dengan langsung dan konstruktif pada waktu terjadi akan melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaan yang sebenarnya. Untuk itu perawat harus pula mengetahui tentang respons kemarahan seseorang dan fungsi positif marah.

b. Penyebab kemarahan

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon maladaptif dari marah. Marah adalah reaksi emosional akut yang ditimbulkan oleh sejumlah situasi yang merangsang, termasuk ancaman, agresi lahiriah,

pengekarangan diri, serangan lisan, kekecewaan atau frustrasi (Chaplin, 2002 dalam Triantoro, dkk. 2009).

Marah sebagai suatu reaksi terhadap frustrasi yang teralih dimana seseorang berbuat dengan cara-cara yang sesungguhnya ia tidak menginginkannya. Seseorang yang sangat marah tidak dapat mengendalikan perbuatannya. Orang yang tidak dapat mengontrol perbuatannya adalah orang yang menderita gangguan kejiwaan. Perilaku kekerasan adalah akibat dari kemarahan yang ekstrim atau kecemasan (panik). Alasan spesifik dari perilaku agresif berbeda-beda untuk setiap orang (Stuart, 2013).

Model Stress Adaptasi Stuart dari keperawatan jiwa memandang perilaku manusia dalam perspektif yang holistik terdiri atas biologis, psikologis dan sosiokultural, dan aspek-aspek tersebut saling berintegrasi dalam perawatan. Komponen biospikososial dari model tersebut termasuk dalam faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan mekanisme koping (Stuart, 2013).

1) Faktor Biologi

Faktor biologis secara alami dapat menjadi salah satu faktor penyebab (predisposisi) atau menjadi faktor pencetus (presipitasi) terjadinya perilaku kekerasan pada individu. Faktor predisposisi yang berasal dari biologis dapat dilihat sebagai suatu keadaan atau faktor resiko yang dapat mempengaruhi peran manusia dalam menghadapi stressor. Adapun yang termasuk dalam faktor biologis ini adalah struktur otak. Struktur otak yang berhubungan dengan perilaku agresif adalah system limbik, lobus frontal, dan hypothalamus. Ketidakseimbangan neurotransmitter juga mendorong munculnya perilaku kekerasan (Niehoff, 2002; Hoptman, 2003 dalam Stuart, 2013).

Sistem limbik berkaitan dengan mediasi dorongan dasar (basic drive) dan ekspresi emosi serta tingkah laku manusia seperti: makan, agresi dan respon sexual, termasuk proses informasi dan memori. Sintesa informasi ke dan dari area lain di otak mempengaruhi emosi dan perilaku. Perubahan dalam system limbic berakibat pada peningkatan atau penurunan perilaku agresif, amuk dan takut (Vacarolis, et.al. 2006).

Lobus frontal berperan penting dalam mediasi tingkah laku yang berarti dan pikiran yang rasional. Lobus ini merupakan bagian dimana pikiran dan emosi berinteraksi. Kerusakan pada lobus frontal berakibat gangguan pertimbangan, perubahan kepribadian, masalah pengambilan keputusan, ketidaksesuaian dalam berhubungan dan luapan agresif.

Hipotalamus juga berperan dalam mempengaruhi terjadinya perilaku agresif /kekerasan, dimana kondisi stress akan meningkatkan level hormon steroid, yang disekresi kelenjar adrenal. Reseptor saraf untuk hormon ini menjadi kurang sensitif dalam mengkompensasi, sehingga hipotalamus yang berada pada dasar otak dan berfungsi sebagai sistem alarm otak merangsang kelenjar pituitary untuk menghasilkan lebih banyak steroid. Setelah stimulasi berulang system berespon lebih kuat terhadap provokasi. Respon inilah yang menyebabkan stress traumatik pada anak bersifat permanen sehingga beresiko memiliki perilaku kekerasan.

Lobus temporal dari otak terbagi beberapa struktur dengan sistem limbik. Memori adalah integrasi dari pikiran, memori sebelumnya adalah penting untuk penilaian kognitif dalam menghadapi stimulus baru, lobus ini dapat meningkatkan perilaku agresif (Vacarolis, et.al. 2006).

Neurotransmitter di otak meningkat atau menurun dapat mempengaruhi perilaku. Gangguan keseimbangannya merangsang atau menghambat perilaku agresif. Lesch dan Mersdorf menyebutkan bahwa perilaku agresif dipengaruhi oleh gen serotonergik (Kneisl; Wilson & Trigoboff, 2004 dalam Vacarolis, et.al. 2006).

Rendahnya neurotransmitter serotonin meningkatkan iritabilitas, hipersensitivitas terhadap provokasi, dan perilaku amuk. Individu dengan impulsif, bunuh diri, dan membunuh, mempunyai lebih rendah serotonin daripada level 5-HIAA. Penelitian ini telah menunjukkan adanya hubungan antara agresif impulsif dengan rendahnya level neurotransmitter serotonin. Suatu gangguan genetik pada fungsi serotonin merupakan predisposisi terjadinya perilaku agresif impulsif (Kavoussi. et al., dalam Vacarolis, et.al. 2006).

Neurotransmitter lain yang berkaitan dengan perilaku agresif adalah dopamine, norepinephrine, dan acetylcholine serta asam amino Gamma-aminobutyric acid (GABA). Korteks prefrontal juga berperan penting dalam menghambat perilaku agresif. Area spesifik pada korteks prefrontal adalah region orbitofrontal. Stimulasi pada area ini mencegah marah dan agresif. Lesi pada area ini menyebabkan perilaku impulsif (Stuart, 2013).

Karakteristik biologis lain yang berhubungan dengan perilaku kekerasan adalah riwayat penggunaan obat NAPZA dan frekuensi di rawat. Penggunaan NAPZA akan mempengaruhi fungsi otak, mempengaruhi terapi dan perawatan yang diberikan (Dyah, 2009).

Frekuensi dirawat menunjukkan seberapa sering individu dengan perilaku kekerasan mengalami ke kambuhan. Perilaku kekerasan pada skizoprenia sering terjadi karena penyakit yang tidak terkontrol, putus obat, kecemasan karena kegagalan dalam mengerjakan sesuatu atau situasi yang menciptakan perilaku kekerasan (Stuart, 2013).

Stressor presipitasi adalah stimuli yang diterima individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan. Stressor presipitasi perilaku kekerasan dari faktor biologi dapat disebabkan oleh gangguan feedback di otak dalam proses informasi. Stimuli penglihatan dan pendengaran pada awalnya di saring oleh hipotalamus dan dikirim untuk diproses oleh lobus frontal dan bila informasi yang disampaikan terlalu banyak maka akan di kirim ke ganglia basal dan di ingatkan lagi hipotalamus untuk memperlambat transmisi ke lobus frontal. Penurunan fungsi dari lobus frontal menyebabkan gangguan pada proses feedback dalam penyampaian informasi (Stuart, 2013). Proses elektrik yang melibatkan elektolit juga mempengaruhi, penurunan proses ini ditunjukkan dengan ketidakmampuan individu dalam memilih stimuli (Perry et al., 1999 dalam Vacarolis, et.al. 2006).

Faktor biologis lainnya yang merupakan predisposisi dapat menjadi presipitasi dengan memperhatikan asal stressor, baik internal atau lingkungan eksternal individu. Waktu dan frekuensi terjadinya stressor perilaku kekerasan penting untuk dikaji (Stuart, 2013).

Faktor Psikologis Faktor psikologis merupakan salah satu predisposisi atau presipitasi dalam proses terjadinya perilaku agresif/kekerasan. Menurut Stuart dan Laraia (2013) yang termasuk dalam faktor psikologis diantaranya kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, dan pertahanan psikologi. Suatu pandangan psikologi tentang perilaku agresif menyatakan bahwa pentingnya faktor perkembangan atau pengalaman hidup dalam membatasi kemampuan individu untuk memilih koping mekanisme yang bukan perilaku kekerasan.

Teori pembelajaran sosial mengemukakan bahwa perilaku agresif dipelajari melalui proses sosialisasi sebagai hasil dari pembelajaran internal dan eksternal. Pembelajaran internal terjadi selama individu mendapat reinforcement ketika melakukan perilaku agresif. Pembelajaran eksternal terjadi selama observasi model peran seperti peran sebagai orang tua, kelompok, saudara, olah raga dan figure dari entertainmen (Stuart, 2013).

Faktor perkembangan atau pengalaman hidup yang membatasi mekanisme koping nonviolence menurut Stuart dan Laraia (2013) sebagai berikut: gangguan otak organik, mental retardasi, ketidakmampuan belajar yang mengganggu kapasitas bertindak secara efektif terhadap frustrasi. Deprivasi emosional yang berat atau penolakan terhadap anak, orang tua penggodanya berkontribusi pada kurang rasa percaya dan harga diri. Mengalami kekerasan, korban child abuse atau sering melihat kekerasan dalam keluarga dapat menanamkan pola penggunaan kekerasan sebagai cara menyelesaikan masalah.

Menurut Kneisl; Wilson & Trigoboff, (2004 dalam Vacarolis, et.al. 2006) perilaku agresif dipelajari dari: menjadi saksi tindak kekerasan, menonton perilaku kekerasan pada anak-anak dari media, seperti: TV, film, musik, video games. Paparan media yang menampilkan kekerasan mempunyai pengaruh bermakna pada kesehatan anak-anak & remaja. Media kekerasan berkontribusi pada perilaku agresif dan desensitisasi untuk kekerasan.

Menurut Boyd dan Nihart (1998 dalam Stuart, 2013) terjadinya perilaku agresif atau perilaku kekerasan secara psikologis adalah dorongan naluri, adanya gangguan atau hambatan dalam mencapai tujuan, stimulus internal dan eksternal yang dirasa sebagai suatu yang berbahaya, emosi negatif yang membawa pada perilaku irrasional dan gaya interaksi yang memaksa. Faktor psikologis lain dapat berupa kegagalan, kegagalan dapat berakibat frustrasi. Kegagalan sering diartikan oleh individu dengan ketidakmampuan, respon yang muncul pada saat individu mengalami kegagalan dapat berupa penyalahan terhadap diri sendiri, atau orang lain yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan (Dyah, 2009).

Stresor dari faktor psikologis ini dapat menjadi pencetus (presipitasi) yaitu apabila stimulus merubah atau menekan sehingga memunculkan gejala saat ini. Selanjutnya perlu dikaji asal stressor psikologis itu apakah dari internal individu ataupun lingkungan eksternalnya, waktu terjadinya stressor dan jumlah stressor psikologis yang terjadi dalam suatu waktu. Dengan demikian faktor psikologis ini bisa menjadi penyebab sekaligus pencetus terjadinya masalah perilaku kekerasan (Stuart, 2013).

2) Sosial Budaya dan Spiritual

Faktor sosial, budaya juga merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan pada individu. Karakteristik yang termasuk pada sosial budaya seperti: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, peran sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan individu (Stuart, 2013), riwayat perilaku kekerasan di masa lalu (American Psychiatric Assosiations, 2000; steinert, Wiebe, & Gebhardt, 1999 dalam Fauziah, 2009).

Sedangkan pendapat ahli lainya menyatakan faktor sosial adalah aspek yang dimiliki individu yang terdiri dari konsep diri, hubungan interpersonal, peran budaya lingkungan dan keluarga sehingga dapat menjalankan fungsinya dalam masyarakat (Wiliam Rawlin & Beck, 1993 dalam Stuart, 2013).

Berdasarkan pendapat diatas disampaikan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu karakteristik sosial budaya. Jenis kelamin adalah ciri fisik, karakter dan sifat yang berbeda. Laki-laki lebih sering melakukan perilaku agresif (Stuart, 2013). Berdasarkan hasil penelitian dinyatakan bahwa karakteristik jenis kelamin berhubungan dengan kejadian perilaku kekerasan verbal (p -value 0,001) dan klien laki-laki dua kali lipat lebih banyak dari klien perempuan, serta usia yang paling banyak 30 tahun ke bawah (Keliat, 2009).

Namun berdasarkan penelitian Keliat dkk, (2009) pada penelitian karakteristik klien yang dirawat di bangsal MPKP menyebutkan ada 63,9% berjenis kelamin laki-laki, 82,5% terdapat pada golongan umur dewasa yaitu umur 33 tahun sampai 55 tahun. Selain itu penelitian yang dilakukan Keliat (2009) menyebutkan karakteristik pendidikan, status perkawinan dan pekerjaan mempengaruhi dalam kejadian perilaku kekerasan, dimana sebahagian besar berpendidikan menengah dan rendah, tidak bekerja, tidak kawin dan dirawat untuk pertama kali di rumah sakit.

Faktor sosiokultural lainya adalah norma budaya yang dapat membantu mengartikan makna ekspresi marah dan dapat mendorong untuk mengekspresikan marah secara asertif sehingga membantu menjaga kesehatan diri. Hukuman diterapkan terhadap perilaku kekerasan melalui norma hukum atau adanya kontrol sosial. Norma yang mereinforcement perilaku kekerasan akan berakibat ekspresi marah dengan cara destruktif. Kondisi sosial lain yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan seperti: kemiskinan dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup, masalah perkawinan, keluarga single parent, pengangguran, kesulitan mempertahankan tali persaudaraan, struktur keluarga, dan kontrol sosial (Stuart, 2013).

Kepercayaan (spiritual), nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah individu. Keyakinan akan membantu individu dalam memilih ekspresi kemarahan yang diperbolehkan. Aspek spiritual adalah komponen kehidupan individu yang terkait dengan falsafah hidup, nilai, keyakinan dan religi (Rawlins, et. Al, 1993 dalam Keliat, 2009). Secara umum seseorang menuntut kebutuhannya dari orang lain atau lingkungan sehingga timbul frustrasi apabila tidak terpenuhi dan selanjutnya timbul marah sehingga mempengaruhi kualitas spiritual.

Stresor dari faktor sosiokultural ini dapat juga menjadi presipitasi yaitu apabila stimulus merubah atau menekan sehingga memunculkan gejala saat ini. Selanjutnya perlu dikaji asal stressor sosiokultural, waktu terjadinya stressor dan jumlah stressor psikologis yang terjadi dalam suatu waktu (Stuart, 2013). Dengan demikian banyak sekali stresor sosiokultural yang dapat mempengaruhi dan menjadi pencetus perilaku kekerasan.

c. Proses Marah

Stres, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stres dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam. Kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui 3 cara, yaitu mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang. Kemarahan diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal atau eksternal. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ledakan, cacian, makian, hilangnya benda berharga, tertipu, pengusuran, bencana dan sebagainya, hal tersebut akan mengakibatkan kehilangan atau gangguan pada sistem individu (disruption and loss). Terpenting adalah bagaimana seorang individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut (personal meaning) (Videbeck, 2008).

d. Tanda dan Gejala

Menurut Yosep, (2010) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/ pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal

- 4) Rahang mengatup
- 5) Jalan mondar-mandir
- 6) Bicara kasar
- 7) Suara tinggi, menjerit dan berteriak
- 8) Mengancam secara verbal atau fisik
- 9) Melempar atau memukul benda/ orang lain
- 10) Merusak barang atau benda
- 11) Tidak memiliki kemampuan mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasan.

Pada klien dengan perilaku kekerasan terlihat adanya gejala positif dari empat dimensi utama gejala skizoprenia. Ketika individu mendapatkan stressor dalam faktor predisposisi maupun presipitasi yang berasal dari biologis, psikologis maupun sosiokultural akan berlanjut pada proses penilaian terhadap stressor tersebut. Penilaian stresor adalah proses dari situasi stres yang komprehensif yang berada pada beberapa tingkatan. Secara spesifik proses ini melibatkan respon kognitif, respon afektif, respon fisiologis, respon perilaku dan respon sosial (Stuart, 2013) sebagai berikut:

- 1) Respon Kognitif

Bentuk yang berbeda dari agresi dapat dihubungkan dan berhubungan dengan psikologis seperti permusuhan, kemarahan, dan keyakinan yang irrasional. Hubungan pemikiran dan emosi ini berperan penting dalam menerjemahkan marah menjadi perilaku agresif.

Pada individu dengan perilaku agresif atau perilaku kekerasan berpikir secara irrasional akan tercermin dari kata-kata yang digunakan. Kata-kata yang tidak logis menunjukkan cara berpikir yang salah dan kata-kata yang tepat menunjukkan cara berpikir yang tepat. Perasaan dan pikiran negatif serta penolakan diri harus dilawan dengan cara berpikir yang rasional dan logis, yang dapat diterima menurut akal sehat, serta menggunakan cara verbalisasi rasional.

Sebagian besar pengalaman hidup seseorang melalui proses intelektual. Peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi pada lingkungan, selanjutnya di olah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Oleh karena itu perlu diperhatikan cara seseorang

marah, mengidentifikasi keadaan yang menyebabkan marah, bagaimana informasi diproses, diklarifikasikan dan diintegrasikan. Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara kognitif yaitu akan ditemukan tekanan atau gangguan pada pikiran.

2) Respon Afektif (Emosi)

Marah sebagai suatu emosi yang mempunyai ciri-ciri aktivitas saraf simpatetik yang tinggi (Davidoff, 1991 dalam Triantoro, 2009). Bagaimanapun pengalaman emosional dari marah tidak selalu mengarah pada respon antagonis. Kekerasan adalah merupakan salah satu dari respon afektif (emosi) marah yang maladaptif. Seseorang yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, merasa ingin berkelahi, mengamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahkan, menuntut, mudah tersinggung, euphoria yang berlebihan atau tidak tepat, dan afek labil (Stuart, 2013). Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara afektif yaitu akan ditemukan iritabilitas, depresi, marah, kecemasan, dan apatis.

3) Respon Fisiologis

Menurut Beck, respons fisiologis marah timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, frekuensi denyut jantung meningkat, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urin meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti tangan di kepala, tubuh kaku dan reflek yang cepat, hal ini disebabkan karena energy yang dikeluarkan saat marah bertambah (Purwanto, 2006 dalam Triantoro, 2009).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara fisiologi yaitu akan ditemukan gangguan tidur, sakit kepala, sakit perut dan peningkatan tekanan darah. Menurut Stuart dan Laraia (2013), perilaku kekerasan dapat dilihat dari wajah tegang, tidak bisa diam, mengepalkan tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan, dan kadang tiba-tiba seperti kataton.

3) Respon Perilaku

Respon perilaku menarik perhatian dan timbulnya konflik pada diri sendiri perlu di kaji, seperti melarikan diri, bolos bekerja atau penyimpangan seksual (Purwanto, 2006 dalam Triantoro, 2009). Marah selalu dihubungkan dengan perilaku agresif dan bentuk perilaku kekerasan lainnya. Perilaku agresif tidak selalu terjadi dalam pengalaman marah. Bentuk yang berbeda dari agresi dapat dihubungkan dan berhubungan dengan psikologis seperti permusuhan, kemarahan, dan keyakinan yang irrasional.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan secara perilaku akan ditemukan penurunan interaksi sosial. Menurut Morison (1993, dalam Keliat, 2009) perilaku kekerasan terdiri dari perilaku kekerasan pada orang lain berupa serangan fisik, memukul, melukai; perilaku kekerasan pada diri sendiri berupa ancaman melukai, melukai diri; perilaku kekerasan pada lingkungan berupa merusak perabotan rumah tangga, merusak harta benda, membanting pintu; perilaku kekerasan verbal berupa kata-kata kasar, nada suara tinggi dan permusuhan.

4) Respon Sosial

Menurut Beck, emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Sebagian orang menyalurkan kemarahan dengan menilai dan mengkritik tingkah laku orang lain sehingga orang lain merasa sakit hati. Proses tersebut dapat menyebabkan seseorang menarik diri dari orang lain. Dalam memenuhi kebutuhan seseorang memerlukan saling berhubungan dengan orang lain. Pengalaman marah dapat mengganggu hubungan interpersonal. Cara seseorang mengungkapkan marah, merefleksikan latar belakang budayanya (Purwanto, 2006 dalam Triantoro, 2009).

Keyakinan, nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah seseorang. Aspek ini dapat mempengaruhi hubungan seseorang dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma dapat menimbulkan kemarahan dan dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa (Purwanto, 2006 dalam Triantoro, 2009).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial akan ditemukan penurunan interaksi sosial. Tanda dan gejala perilaku

kekerasan lainnya menurut Stuart dan Laraia (2013) adalah verbalisasi yaitu menggunakan ancaman verbal secara langsung atau dengan membayangkan hal yang membuat klien marah, perhatian mudah beralih, bicara keras dan tinggi serta riwayat delusi atau pikiran paranoid dan tingkat kesadaran yaitu kebingungan, terjadinya perubahan status mental, disorientasi, gangguan daya ingat dan tidak mau diarahkan.

Dengan menemukan dan melihat adanya tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh klien perilaku kekerasan melalui respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosialnya maka tingkatan perilaku kekerasan yang dialami klien dapat diukur dengan berpedoman kepada lima respon yang ditunjukkan tersebut. Kondisi adaptif dan maladaptif dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri. Lembar observasi pada klien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1. Lembar Observasi Klien Perilaku Kekerasan

| No | Respon | Skor | | |
|----|----------|---|---|--|
| | | 1-10 | 11-20 | 21-30 |
| 1. | Perilaku | <input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri/orang lain. <input type="checkbox"/> Merusak lingkungan. <input type="checkbox"/> Mengamuk <input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot | <input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot | <input type="checkbox"/> Menentang |
| 2. | Verbal | <input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi tinggi <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat | <input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat | <input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Berdebat |
| 3. | Emosi | <input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Marah-marah <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman | <input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman | <input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman |
| 4. | Fisik | <input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Nafas pendek <input type="checkbox"/> Keringat (+) <input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat | <input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan Darah meningkat | <input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun. |

(MODUL Unit Perawatan Intensif Psikiatri, 2012)

Berdasarkan prinsip tindakan intensif segera, maka penanganan kedaruratan dibagi dalam:

1) Fase intensif I (24 jam pertama)

Klien dirawat dengan observasi, diagnosa, tritmen dan evaluasi yang ketat. Berdasarkan evaluasi klien memiliki tiga kemungkinan yaitu dipulangkan, dilanjutkan ke fase intensif II, atau dirujuk ke rumah sakit jiwa.

2) Fase intensif II (24-72 jam pertama)

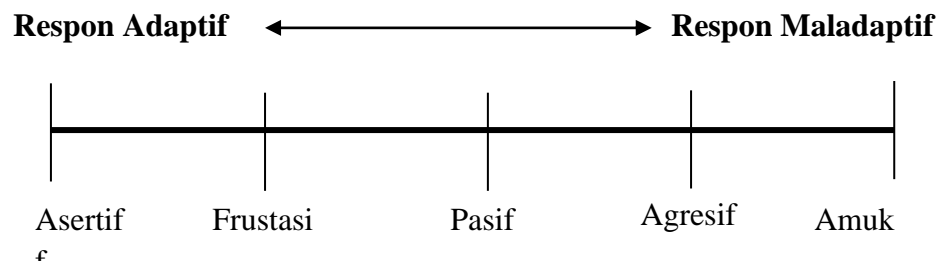
Perawatan klien dengan observasi kurang ketat sampai dengan 72 jam. Berdasarkan hasil evaluasi maka klien pada fase ini memiliki empat kemungkinan yaitu dipulangkan, dipindahkan ke ruang fase intensif III, atau kembali ke ruang fase intensif I.

3) Fase intensif III (72 jam- 10 hari)

Klien dikondisikan sudah mulai stabil, sehingga observasi sudah mulai berkurang dan tindakan keperawatan diarahkan kepada tindakan rehabilitasi. merujuk kepada hasil evaluasi maka klien pada fase ini dapat dipulangkan, dirujuk ke rumah sakit jiwa atau unit psikiatri di rumah sakit umum ataupun kembali ke ruang fase intensif I atau II.

e. Rentang Respon Marah

Menurut Yosep, (2010) perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju”, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon adaptif sampai pada respon maladaptif menurut Yosef (2010) yaitu:



Gambar 2.1. Rentang respon marah

1) Asertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain serta memberikan kelegaan. Perilaku asertif adalah menyampaikan suatu perasaan diri dengan pasti dan merupakan komunikasi untuk menghormati orang lain. Individu yang asertif berbicara dengan jujur dan jelas. Mereka dapat melihat norma dari individu lainnya dengan tepat sesuai dengan situasi. Pada saat berbicara kontak mata langsung tapi tidak mengganggu, intonasi suara dalam berbicara tidak mengancam. Individu yang asertif dapat menolak permintaan yang tidak beralasan dan menyampaikan rasionalnya kepada orang lain dan sebaliknya individu juga dapat menerima dan tidak merasa bersalah bila permintaannya di tolak orang lain (Stuart, 2013).

2) Frustrasi adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.

3) Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, tidak berdaya dan menyerah. Individu yang pasif sering mengenyampingkan haknya dari tersepsinya terhadap hak orang lain. Ketika seseorang yang pasif marah maka dia akan berusaha menutupi kemarahannya sehingga meningkatkan tekanan pada dirinya. Pola interaksi seperti ini dapat menyebabkan gangguan perkembangan (Stuart, 2013).

4) Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.

5) Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri dan amuk. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain serta lingkungan.

f. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain (Stuart dan Laraia, 2013):

1) Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue yang tujuannya untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2) Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh temannya tersebut mencumbunya.

3) Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajarannya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik, sehingga perasaan itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.

4) Reaksi formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakan sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

5) Displacement

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya Timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamar. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

g. Asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan

1) Pengkajian Keperawatan

Pada dasarnya pengkajian pada klien dengan perilaku kemarahan ditujukan pada aspek biopsikososial-kultural-spiritual (Yosep, 2010).

(a) Aspek biologi

Respon fisiologis timbul kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin, sehingga tekanan darah meningkat, takhikardia, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan meningkatkan kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan reflek cepat. Hal ini disebabkan energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

(b) Aspek emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin berkelahi, ngamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahgunakan dan menuntut. Perilaku menarik perhatian dan timbulnya konflik pada diri sendiri perlu dikaji seperti melarikan diri, bolos dari sekolah, mencuri, menimbulkan kebakaran, dan penyimpangan seksual.

(c) Aspek intelektual

Pengalaman kehidupan individu sebagian besar didapatkan melalui proses intelektual. Peran pancaindera sangat penting untuk beradaptasi pada lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman.

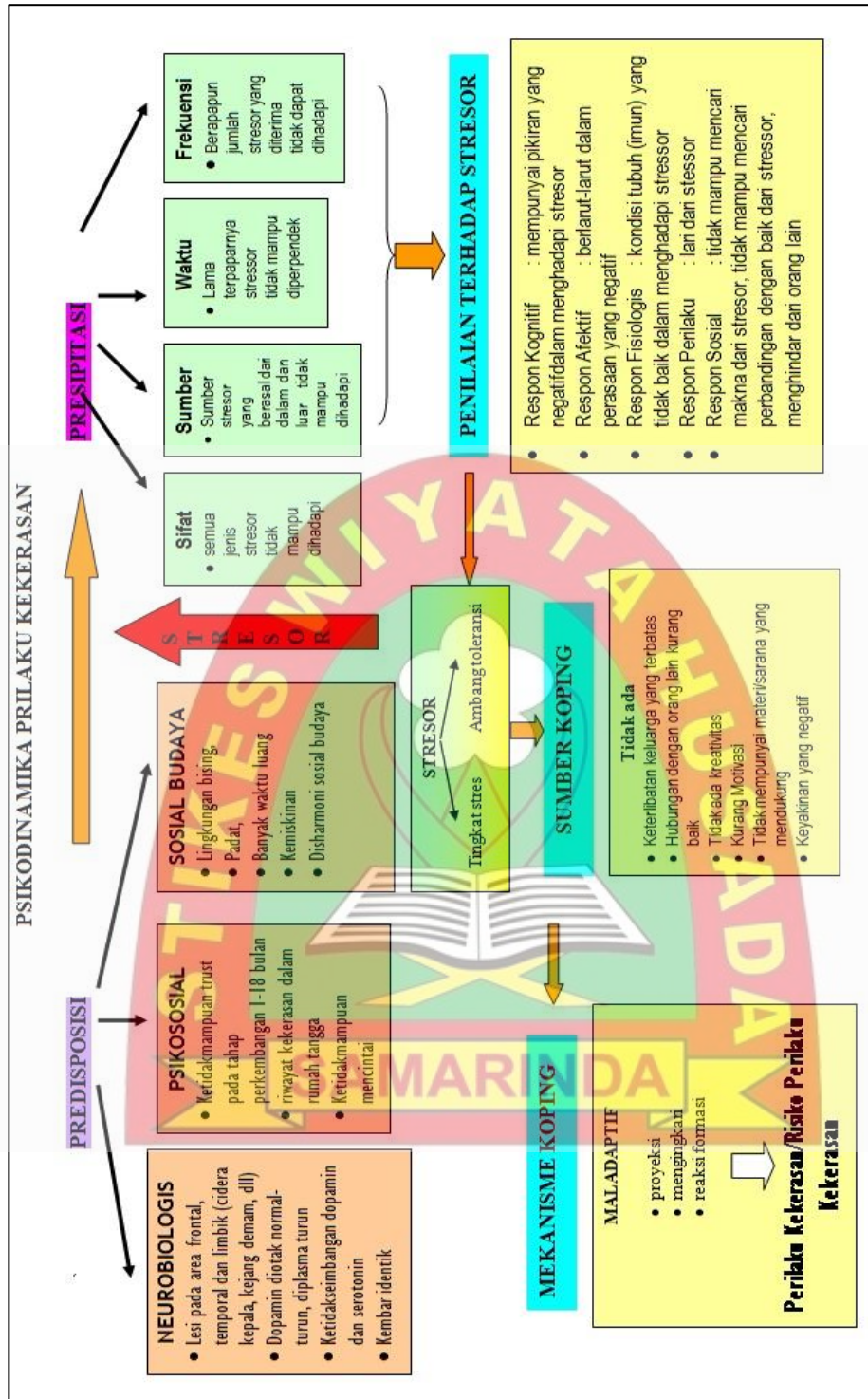
(d) Aspek sosial

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan dari orang lain. Menimbulkan penolakan dari orang lain, sebagai klien menyalurkan kemarahan dengan nilai dan mengkritik tingkah laku orang lain, sehingga orang lain merasa sakit hati. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri menjauhkan dari orang lain.

(e) Aspek spiritual

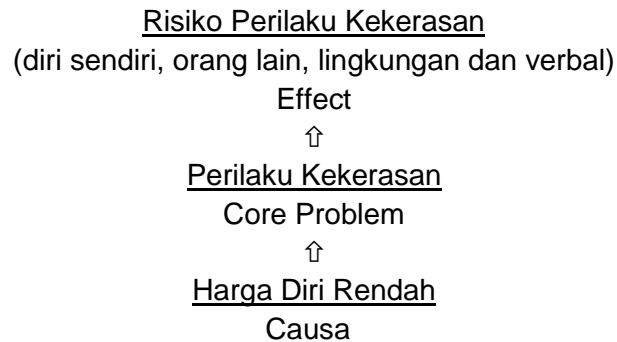
Kepercayaan, nilai, dan moral mempengaruhi ungkapan marah individu. Aspek tersebut mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal ini bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa. Individu yang percaya kepada Tuhan, selalu meminta kebutuhan dan bimbingan kepadanya.

2) Psikodinamika Masalah Perilaku Kekerasan



Gambar 2.2. Psikodinamika Masalah Perilaku Kekerasan (Stuart, 2013)

3) Pohon Masalah



Gambar 2.3. Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

4) Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan sesuai kondisi klien. Keamanan klien dan orang lain harus selalu menjadi prioritas dalam menghadapi klien dengan perilaku kekerasan. Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada kondisi tersebut menurut Varcarolis, et.al (2006) diantaranya: risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan orang lain dan koping tidak efektif. Diagnosa keperawatan lainnya pada klien perilaku kekerasan adalah risiko membahayakan diri sendiri, risiko membahayakan orang lain, sindroma pasca trauma, harga diri rendah kronis, harga diri rendah situasional, dan kerusakan interaksi sosial.

5) Intervensi keperawatan

a) SP 1P Menarik Nafas Dalam

(1) Membina hubungan saling percaya

(2) Identifikasi penyebab, tanda, gejala dan akibat serta perilaku kekerasan yg dilakukan dan akibatnya.

(3) Latih cara fisik 1: tarik nafas dalam.

(4) Masukkan dalam jadwal harian klien.

b) SP 2P Memukul Bantal/ Kasur

(1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1)

(2) Latih cara fisik 2: pukul kasur/bantal

(3) Masukkan dalam jadwal harian klien

c) SP 3P Sosial/ Verbal

(1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 & 2)

- (2) Latih secara sosial / verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan dengan baik
 - (3) Masukkan dalam jadwal harian klien
- d) SP 4P Spiritual
- (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1, 2, & 3)
 - (2) Latih secara spiritual: Berdo'a & Sholat
 - (3) Masukkan dalam jadwal harian klien
- e) SP 5P Patuh Obat
- (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3 & 4)
 - (2) Latih patuh obat:
 - Minum obat secara teratur dengan prinsip 5 B
 - Susun jadwal minum obat secara teratur
 - (3) Masukkan dalam jadwal harian klien.

B. Konsep Cognitive Behaviour Therapy (CBT)

1. Pengertian

Aaron T. Beck (1964) mendefinisikan CBT sebagai pendekatan konseling yang dirancang untuk menyelesaikan permasalahan konseli pada saat ini dengan cara melakukan restrukturisasi kognitif dan perilaku yang menyimpang. Pendekatan CBT didasarkan pada formulasi kognitif, keyakinan dan strategi perilaku yang mengganggu. Proses konseling didasarkan pada konseptualisasi atau pemahaman konseli atas keyakinan khusus dan pola perilaku konseli. Harapan dari CBT yaitu munculnya restrukturisasi kognitif yang menyimpang dan sistem kepercayaan untuk membawa perubahan emosi dan perilaku ke arah yang lebih baik.

Bush (2003) mengungkapkan bahwa CBT merupakan perpaduan dari dua pendekatan dalam psikoterapi yaitu cognitive therapy dan behavior therapy. Terapi kognitif memfokuskan pada pikiran, asumsi dan kepercayaan. Terapi kognitif memfasilitasi individu belajar mengenali dan mengubah kesalahan. Terapi kognitif tidak hanya berkaitan dengan positive thinking, tetapi berkaitan pula dengan happy thinking. Sedangkan Terapi tingkah laku membantu membangun hubungan antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan. Individu belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat.

Berdasarkan paparan definisi mengenai CBT, maka CBT adalah pendekatan konseling yang menitik beratkan pada restrukturisasi atau pembenahan kognitif yang menyimpang akibat kejadian yang merugikan dirinya baik secara fisik maupun psikis. CBT merupakan konseling yang

dilakukan untuk meningkatkan dan merawat kesehatan mental. Konseling ini akan diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan otak sebagai penganalisa, pengambil keputusan

Cognitive behaviour therapy mencoba untuk mengidentifikasi dan mengubah “distorsi” atau cara berpikir “unrealistic” dan pada akhirnya akan mempengaruhi emosi dan tingkah laku. Bentuk distorsi kognitif yang dapat terjadi pada seseorang menurut Stuart (2009) adalah :

| No | Kelainan Kongnisi | Pengertian | Contoh |
|----|-----------------------|--|---|
| 1 | Overgeneralization | Mendengarkan kesimpulan secara menyeluruh segala sesuatu berdasarkan kejadian tunggal. | Seseorang mahasiswa yang gagal dalam satu ujian mengatakan : “kayaknya saya enggak akan lulus dalam setiap ujian”. |
| 2 | Personalization | Menghubungkan kejadian diluar terhadap dirinya meskipun hal tersebut tidak beralasan. | “ atasan saya mengatakan produktivitas perusahaan sedang menurun tahun ini, saya yakin kalau pernyataan ini ditujukan pada diri saya”. |
| 3 | Dichotomus thinking | Berfikir ekstrim, menganggap segala sesuatunya selalu sangat bagus atau buruk. | “ Bila suami saya meninggalkan saya, saya pikir saya lebih baik mati”. |
| 4 | Catastrophizing | Berfikir sangat buruk tentang orang dan kejadian. | “saya lebih baik tidak mengisi formulir promosi jabatan itu, sebab saya tidak menginginkan dan tidak akan nyaman dengan jabatan itu” |
| 5 | Selective abstraction | Berfokus pada detail, tetapi tidak relavan dengan informasi yang lain. | Seorang istri percaya bahwa suaminya tidak mencintainya sebab ia datang terlambat dari pekerjaannya, tetapi ia mengabaikan perasaannya, hadiah dari suaminya tetap diterima dan libur bersama tetap direncanakan. |

| | | | |
|---|-------------------------------|--|--|
| 6 | Arbitrary inference | Menggambarkan kesimpulan yang salah tanpa didukung data. | Teman saya tidak pernah lama menyukai saya sebab ia tidak mau diajak pergi. |
| 7 | Mind reading | Percaya bahwa seseorang mengetahui pemikiran orang lain tanpa mengecek kebenarannya. | Mereka pasti berfikir bahwa dirinya terlalu kurus atau terlalu gemuk. |
| 8 | Magnification | Exaggerating the importance of events. | Saya telah meninggalkan makan malam saya, hal ini menunjukkan betapa tidak kompetennya saya. |
| 9 | Externalization of self worth | Menentukan tata nilai sendiri untuk diterapkan pada orang lain. | Saya sudah berusaha untuk kelihatan baik setiap waktu tetapi teman-teman saya yang tidak menginginkan saya berada di sampingnya. |

Uraian di atas menggambarkan bahwa Distorsi kognitif merupakan hambatan / ketidakmampuan seseorang untuk berpikir yang realistic / rasional yang berpengaruh terhadap emosi dan perilaku.

2. Tujuan konseling CBT

Tujuan dari konseling Cognitive-Behavior (Oemarjoedi, 2003) yaitu mengajak konseli untuk menantang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi. Konselor diharapkan mampu menolong konseli untuk mencari keyakinan yang sifatnya dogmatis dalam diri konseli dan secara kuat mencoba menguranginya.

Dalam proses konseling, beberapa ahli CBT (NACBT, 2007; Oemarjoedi, 2003) berasumsi bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam konseling. Oleh sebab itu CBT dalam pelaksanaan konseling lebih menekankan kepada masa kini dari pada masa lalu, akan tetapi bukan berarti mengabaikan masa lalu. CBT tetap menghargai masa lalu sebagai bagian dari hidup konseli dan mencoba membuat konseli menerima masa lalunya, untuk tetap melakukan perubahan pada pola pikir masa kini untuk mencapai perubahan di waktu yang akan datang. Oleh sebab itu, CBT lebih banyak bekerja pada status kognitif saat ini untuk dirubah dari status kognitif negatif menjadi status kognitif positif.

3. Prinsip CBT

Berikut adalah prinsip-prinsip dasar dari CBT berdasarkan kajian yang diungkapkan oleh Beck (2011):

- a. **Prinsip nomor 1:** Cognitive-Behavior Therapy didasarkan pada formulasi yang terus berkembang dari permasalahan konseli dan konseptualisasi kognitif konseli.

Formulasi konseling terus diperbaiki seiring dengan perkembangan evaluasi dari setiap sesi konseling. Pada momen yang strategis, konselor mengkoordinasikan penemuan-penemuan konseptualisasi kognitif konseli yang menyimpang dan meluruskannya sehingga dapat membantu konseli dalam penyesuaian antara berfikir merasa dan bertindak

- b. **Prinsip nomor 2:** Cognitive-Behavior Therapy didasarkan pada pemahaman yang sama antara konselor dan konseli terhadap permasalahan yang dihadapi konseli.

Melalui situasi konseling yang penuh dengan kehangatan, empati, peduli, dan orisinalitas respon terhadap permasalahan konseli akan membuat pemahaman yang sama terhadap permasalahan yang dihadapi konseli. Kondisi tersebut akan menunjukkan sebuah keberhasilan dari konseling.

- c. **Prinsip nomor 3:** Cognitive-Behavior Therapy memerlukan kolaborasi dan partisipasi aktif.

Menempatkan konseli sebagai tim dalam konseling maka keputusan konseling merupakan keputusan yang disepakati dengan konseli. Konseli akan lebih aktif dalam mengikuti setiap sesi konseling, karena konseli mengetahui apa yang harus dilakukan dari setiap sesi konseling.

- d. **Prinsip nomor 4:** Cognitive-Behavior Therapy berorientasi pada tujuan dan berfokus pada permasalahan.

Setiap sesi konseling selalu dilakukan evaluasi untuk mengetahui tingkat pencapaian tujuan. Melalui evaluasi ini diharapkan adanya respon konseli terhadap pikiran-pikiran yang mengganggu tujuannya, dengan kata lain tetap berfokus pada permasalahan konseli dan bertindak.

- e. **Prinsip nomor 5:** Cognitive-Behavior Therapy berfokus pada kejadian saat ini.

Konseling dimulai dari menganalisis permasalahan konseli pada saat ini dan di sini (here and now). Perhatian konseling beralih pada dua keadaan. Pertama, ketika konseli mengungkapkan sumber kekuatan dalam melakukan kesalahannya. Kedua, ketika konseli terjebak pada proses berfikir yang menyimpang dan keyakinan

konseli dimasa lalunya yang berpotensi merubah kepercayaan dan tingkahlaku ke arah yang lebih baik.

- f. **Prinsip nomor 6:** Cognitive-Behavior Therapy merupakan edukasi, bertujuan mengajarkan konseli untuk menjadi terapis bagi dirinya sendiri, dan menekankan pada pencegahan.

Sesi pertama CBT mengarahkan konseli untuk mempelajari sifat dan permasalahan yang dihadapinya termasuk proses konseling cognitive-behavior serta model kognitifnya karena CBT meyakini bahwa pikiran mempengaruhi emosi dan perilaku. Konselor membantu menetapkan tujuan konseli, mengidentifikasi dan mengevaluasi proses berfikir serta keyakinan konseli. Kemudian merencanakan rancangan pelatihan untuk perubahan tingkah lakunya.

- g. **Prinsip nomor 7:** Cognitive-Behavior Therapy berlangsung pada waktu yang terbatas.

Pada kasus-kasus tertentu, konseling membutuhkan pertemuan antara 6 sampai 14 sesi. Agar proses konseling tidak membutuhkan waktu yang panjang, diharapkan secara kontinyu konselor dapat membantu dan melatih konseli untuk melakukan self-help.

- h. **Prinsip nomor 8 :** Sesi Cognitive-Behavior Therapy yang terstruktur.

Struktur ini terdiri dari tiga bagian konseling. Bagian awal, menganalisis perasaan dan emosi konseli, menganalisis kejadian yang terjadi dalam satu minggu kebelakang, kemudian menetapkan agenda untuk setiap sesi konseling. Bagian tengah, meninjau pelaksanaan tugas rumah (homework asignment), membahas permasalahan yang muncul dari setiap sesi yang telah berlangsung, serta merancang pekerjaan rumah baru yang akan dilakukan. Bagian akhir, melakukan umpan balik terhadap perkembangan dari setiap sesi konseling. Sesi konseling yang terstruktur ini membuat proses konseling lebih dipahami oleh konseli dan meningkatkan kemungkinan mereka mampu melakukan self-help di akhir sesi konseling.

- i. **Prinsip nomor 9:** Cognitive-Behavior Therapy mengajarkan konseli untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menanggapi pemikiran disfungsional dan keyakinan mereka.

Setiap hari konseli memiliki kesempatan dalam pikiran-pikiran otomatisnya yang akan mempengaruhi suasana hati, emosi dan tingkah laku mereka. Konselor membantu konseli dalam mengidentifikasi pikirannya serta menyesuaikan dengan kondisi realita serta perspektif adaptif yang mengarahkan konseli untuk merasa lebih baik secara emosional, tingkahlaku dan mengurangi kondisi psikologis negatif. Konselor juga menciptakan pengalaman

baru yang disebut dengan eksperimen perilaku. Konseli dilatih untuk menciptakan pengalaman barunya dengan cara menguji pemikiran mereka (misalnya: jika saya melihat gambar labalaba, maka akan saya merasa sangat cemas, namun saya pasti bisa menghilangkan perasaan cemas tersebut dan dapat melaluinya dengan baik). Dengan cara ini, konselor terlibat dalam eksperimen kolaboratif. Konselor dan konseli bersama-sama menguji pemikiran konseli untuk mengembangkan respon yang lebih bermanfaat dan akurat.

- j. **Prinsip nomor 10:** Cognitive-Behavior Therapy menggunakan berbagai teknik untuk merubah pemikiran, perasaan, dan tingkah laku.

Pertanyaan-pertanyaan yang berbentuk sokratik memudahkan konselor dalam melakukan konseling cognitive-behavior. Pertanyaan dalam bentuk sokratik merupakan inti atau kunci dari proses evaluasi konseling. Dalam proses konseling, CBT tidak mempermasalahkan konselor menggunakan teknik-teknik dalam konseling lain seperti teknik Gestalt, Psikedinamik, Psikoanalisis, selama teknik tersebut membantu proses konseling yang lebih singkat dan memudahkan konselor dalam membantu konseli. Jenis teknik yang dipilih akan dipengaruhi oleh konseptualisasi konselor terhadap konseli, masalah yang sedang ditangani, dan tujuan konselor dalam sesi konseling tersebut.

4. Implementasi CBT

Fauziah (2009) mengatakan untuk meningkatkan efisiensi terapi dibagi menjadi 5 sesi dan diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih jelas dan mengundang kreativitas yang lebih tinggi. Untuk teknik pelaksanaannya dapat diuraikan berdasarkan masing-masing sesi sebagai berikut :

- Sesi 1 : Mengungkapkan perasaan, kognitif otomatis yang negative tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami klien (assessment) dan mengenali kognitif dan perilaku negatif yang dialami dan menyepakati untuk mengubah.
- Sesi 2 : Mereview perasaan, kognitif otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan, dan belajar cara untuk mengatasinya
- Sesi 3 : Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif - konsekuensi negatif kepada klien dan kepada orang penting yang berarti (significant persons).

- Sesi 4 : Mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati
- Sesi 5 : Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan kognitif positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.





BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 23 November 2017 jam 09.00 WITA dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa.

1. Identitas Klien

Klien bernama Nn M, perempuan, umur 23 tahun, klien berstatus lajang, beragama Khatolik, pendidikan SMA, alamat saat ini di Desa Olung Rt 07 Long ikis, Paser. klien masuk Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda pada tanggal 21 November 2017 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 23 November 2017 pukul 09.00 WITA di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan diagnosa keperawatan Perilaku kekerasan.

2. Alasan Masuk

Pada catatan rekam medik, menjelaskan bahwa alasan klien masuk adalah klien marah-marah, teriak-teriak, mengganggu tetangga, memecahkan kaca, melempari orang lain dan sulit tidur. Pasien putus obat kurang lebih 5 bulan sehingga dari pihak keluarga membawa klien ke RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk mendapatkan perawatan. Klien merupakan klien ulangan untuk ketiga kalinya. Klien terakhir dirawat pada bulan agustus 2016.

3. Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebanyak tiga kali awalnya pengobatan teratur, tetapi menjadi tidak teratur karena terkendala tidak ada keluarga yang memperhatikan jadwal kontrolnya. Klien diantar dalam keadaan marah-marah, mengamuk di rumah, melempar barang dan memecahkan kaca di rumah.

4. Pengalaman yang tidak menyenangkan

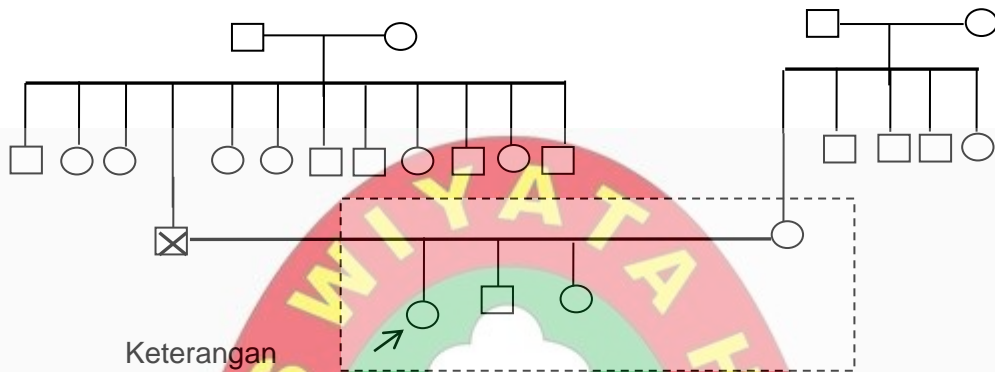
Klien mengatakan merasa sedih karena saat ayahnya meninggal klien tidak ada disisinya, klien juga memiliki teman dekat yang melakukan bunuh diri pada tahun 2016 lalu.

5. Pada pemeriksaan Fisik Nn M didapatkan hasil:

Pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda-tanda vital klien, dengan tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 84 kali/menit, suhu 36,8°C, pernapasan 24 kali/menit, tinggi badan 157 cm, berat badan 45 kg, hasil pengkajian fisik tidak ditemukan keluhan penyakit fisik pada klien.

6. Psikososial

Genogram



Keterangan

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Klien

— : Hubungan Keluarga

..... : Tinggal serumah

× : Meninggal

Pengkajian psikososial didapatkan dari data diatas yaitu klien anak pertama dari tiga bersaudara, klien tinggal bersama ibu dan kedua adiknya. Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada saudaranya yang memiliki riwayat mengalami gangguan jiwa.

Pada pengkajian konsep diri, didapatkan gambaran diri, klien mengatakan mensyukuri atas tubuh yang diberikan oleh Tuhan, karena masih diberikan tubuh yang tidak cacat.

Identitas diri, klien mengatakan seorang perempuan, beragama Islam, pendidikan terakhir SMK kelas 2, dan berstatus lajang, anak pertama dari tiga saudara. Klien mengatakan ketidakpuasan akan dirinya yang tidak bias melanjutkan kuliah.

Peran diri, klien mengatakan bahwa sebagai kakak tertua, klien mengatakan ketidakpuasannya karena tidak dapat kuliah sehingga tidak bisa bekerja dan menambah penghasilan keluarga.

Ideal diri, klien mengatakan ingin bisa kembali ke rumah bersama keluarga dan berharap bisa kuliah lagi, bisa mendapatkan pekerjaan dan membantu perekonomian keluarga.

Harga diri, klien mengatakan malu karna tidak bisa mengontrol emosi sehingga mengamuk dan mengganggu keluarga dan tetangga.

Pola hubungan sosial, klien mengatakan bahwa orang yang berarti adalah keluarga terutama ibu dan adik-adiknya, anggota yang sering di ajak ngobrol yaitu ibu, klien mengatakan tidak ada hambatan dalam bersosialisasi.

Pada pengkajian pola spiritual, nilai dan keyakinan, klien mengatakan bahwa ini sudah takdir Tuhan, klien juga sadar bahwa klien juga jarang beribadah.

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama khatolik, namun kegiatan ibadah jarang klien kerjakan, dan selama dirumah sakit klien mengaku juga jarang melakukan ibadah khatolik.

7. Status Mental

Selama dirumah sakit klien berpenampilan belum rapi, rambut lurus berwarna pirang acak-acakan, mandi 2 x sehari dan keramas sekali dalam dua hari, baju diganti setiap pagi setiap habis mandi. Pembicaraan klien saat dikaji terkadang masih inkoherent, bicara klien sesuai dengan apa yang dibicarakan tetapi kadang-kadang tidak sesuai sehingga harus dikembalikan pada pembicaraan awal, namun kontak mata sulit dipertahankan. Aktivitas motorik klien, klien terkadang terlihat gelisah, tegang dan mata melotot pada saat berinteraksi.

Alam perasaan, klien mengatakan sering marah dan emosi apabila stresnya muncul memikirkan pendidikan dan pekerjaan.

Klien sesuai dengan stimulus pada saat sedih ekspresi wajah sedih, pada saat senang ekspresi wajah ceria. Interaksi selama wawancara, klien mau berinteraksi tetapi perawat harus memulainya terlebih dahulu, kontak mata ada tetapi tidak tahan lama, tatapan mata klien cepat beralih, klien suka berbicara yang tidak jelas, tampak gelisah, tegang dan mata melotot.

Pada pengkajian persepsi diri, klien mengatakan tidak ada mendengar bisikan, tidak ada melihat bayangan, tidak ada merasakan

sentuhan kulit yang tidak nyata atau mencium bau-bauan yang tidak nyata.

Hasil pengkajian proses pikir klien, ketika diajak berbicara pembicaraan klien jelas sesuai dengan topik dan mampu menjelaskan apa yang terjadi walaupun kadang-kadang ngelantur tidak sesuai dengan apa yang dibicarakan.

Isi pikir klien, selalu memikirkan ingin segera pulang dan bertemu dengan keluarga, klien tidak mengalami waham. Tingkat kesadaran, klien tampak bingung, gelisah dan banyak bicara. klien mampu menyebutkan hari dan menjelaskan sekarang klien berada dimana dan diruang apa.

Hasil pengkajian memori daya ingat klien masih baik antara jangka pendek pada klien didapatkan klien mampu mengingat nama teman dan aktifitas yang dilakukan tadi pagi dan memori jangka panjang Ny R dapat mengingat kejadian enam bulan terakhir.

Tingkat konsentrasi klien cukup baik, klien mampu berhitung sederhana seperti berhitung 1 sampai 30 tanpa dibantu perawat. Klien mampu mengambil keputusan sederhana seperti, cuci tangan sebelum makan atau mandi terlebih dahulu sebelum beraktivitas.

Daya tilik diri klien, klien sadar bahwa dirinya sedang dirawat di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk pengobatan agar cepat sembuh.

8. Kebutuhan persiapan pulang

Pada pengkajian kebutuhan persiapan pulang, didapatkan data klien makan 3 x sehari dengan teratur dan mandiri, klien makan habis 1 porsi yang disediakan oleh rumah sakit. Klien minum habis antara 1,5 liter air mineral dalam sehari. Klien mengatakan BAB/ BAK tidak ada gangguan pada saat BAB/ BAK selalu dikamar mandi secara mandiri kemudian membersihkan dengan cara mengguayurnya dengan air dan dapat merapikan pakaiannya sendiri setelah selesai BAB/ BAK. BAB 1 x dalam sehari dan BAK 4-5 x sehari. Klien mandi dengan mandiri, mandi 2 x sehari dengan memakai sabun dan menggosok gigi. Klien setelah mandi dapat berhias dan berpakaian sendiri, ganti baju sehari satu kali. Istirahat tidur, klien tidur sehari kurang lebih 8 sampai 9 jam, tidur malam pukul 21.00 WITA, bangun pagi jam 05.00 WITA,

pada saat siang hari kadang tidur kurang lebih 1 jam. Klien mengatakan sehabis makan klien selalu minum obat yang disediakan oleh perawat.

9. Mekanisme Koping

Pada pengkajian mekanisme koping, mekanisme koping klien bila ada masalah disembunyikan, tidak mudah untuk mengutarakan apa yang dirasakan oleh klien. Bila klien marah langsung memukul tidak membicarakan masalahnya kepada orang lain. Klien adalah pasien ulangan yang keluar masuk rumah sakit, klien mengaku putus obat.

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan jarang berinteraksi dengan lingkungan masyarakat selama ada di rumah dan bergotong royong. Klien merasa tidak dapat diterima baik dengan masyarakat dan keluarganya. Pengetahuan yang kurang yaitu klien kurang mengetahui tentang fungsi obat yang telah diberikan oleh perawat sehingga klien selalu putus obat.

11. Aspek Medik

Dengan diagnosa medik skizofrenia tak terinci. Klien mendapatkan terapi obat yaitu terapi medis meliputi:

- Risperidone 2mg dosis 2 x 1 tablet
- Clozapine 100 mg dosis 2 x 1 tablet
- Depakote ER 500 mg dosis 1-0-0

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perilaku Kekerasan

Berdasarkan pengkajian didapatkan Data subjektif klien masuk rumah sakit karena klien marah-marah, teriak-teriak, mengganggu tetangga, memecahkan kaca, melempari orang lain dan sulit tidur. Pasien putus obat kurang lebih 5 bulan, Klien mengatakan ia marah dan mengamuk di rumah karena merasa tidak diperdulikan keluarga. Data objektif yang didapatkan yakni emosi klien labil, ekspresi tegang, marah-marah dan merasa tidak aman, respon perilaku: merusak lingkungan, membanting barang, mengamuk dan mata melotot, respon verbal: bicara kasar, intonasi tinggi, menuntut dan berdebat, respon fisik: muka merah, pandangan tajam dan tekanan darah meningkat yaitu 120/90 mmHg nadi 84 x/menit

2. Harga Diri Rendah

Berdasarkan pengkajian didapatkan Data subjektif Klien mengatakan malu karena tidak melanjutkan pendidikan ke bangku kuliah, Klien juga merasa tidak berguna karena belum mendapatkan pekerjaan sehingga tidak dapat membantu perekonomian keluarga, Klien merasa tidak diperdulikan oleh keluarga, klien mengatakan menyesal saat ayahnya meninggal klien tidak ada disisinya. Data Objektif yang didapatkan Klien tampak diam dan sedih jika membicarakan keluarganya, Klien menangis saat membicarakan ayahnya dan Ekspresi wajah mudah berubah.



Gambar 3.1. Pohon Masalah Keperawatan Jiwa Pada Nn M

Masalah keperawatan yang muncul pada Nn M, yaitu:

- a. Perilaku Kekerasan
- b. Harga diri rendah kronis

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.1 Rencana Asuhan Keperawatan Generalis Pada PK dan HDR

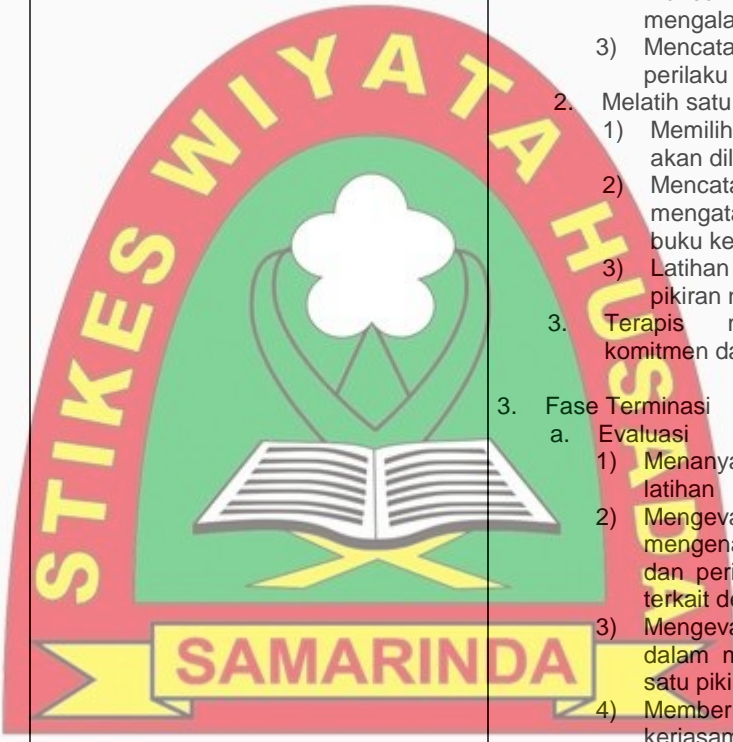
| Diagnosa | Perencanaan | |
|--------------------|--|---|
| | Tujuan | Intervensi |
| Perilaku Kekerasan | <p>Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yg pernah dilakukan Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yg dilakukan Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan Mengontrol perilaku kekerasannya secara : <ol style="list-style-type: none"> Fisik Sosial/Verbal Spiritual Terapi Psikofarmaka (patuh obat) <p>Kriteria Evaluasi : Setelah empat kali pertemuan klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> klien mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan klien mampu menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan klien mampu menyebutkan akibat perilaku kekerasan klien mampu memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan, tarik nafas dalam | <p>SP. 1P Tarik Nafas Dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> Membina hubungan saling percaya Identifikasi penyebab, tanda, gejala dan akibat serta perilaku kekerasan yg dilakukan dan akibatnya Latih cara fisik 1 : tarik nafas dalam Masukkan dalam jadwal harian klien |
| | <p>Setelah dua kali pertemua klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan, yaitu tarik nafas dalam klien mampu memperagakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal/ kasur | <p>SP. 2P Pukul Kasur/ Bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1) Latih cara fisik 2 :pukul kasur/ bantal Masukkan dalam jadwal harian klien |
| | <p>Setelah dua kali pertemuan klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien menyebutkan dan memperagakan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal klien mampu memperagakan cara sosial/ verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan | <p>SP. 3P Sosial/ Verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1 & 2) Latih secara sosial / verbal : <ul style="list-style-type: none"> - Menolak dgn baik - Meminta dgn baik - Mengungkapkan dgn baik Masukkan dalam jadwal harian klien |
| | <p>Setelah tiga kali pertemuan mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> klien mampu menyebutkan dan memperagakan kegiatan yang sudah dilakukan seperti tarik nafas dalam, pukul bantal dan mengontrol perilaku kekerasan secara verbal klien mampu memperagakan cara spiritual dalam mengontrol perilaku | <p>SP. 4P Spiritual</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1, 2, & 3) Latih secara spiritual : Berdo'a & Sholat Masukkan dalam jadwal harian klien |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| | kekerasan | |
| | <p>Setelah dua kali pertemuan klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien mampu menyebutkan dan memperagakan kegiatan yg sudah dilakukan seperti tarik nafas dalam, pukul bantal dan mengontrol perilaku kekerasan secara verbal dan spiritual</p> <p>b. klien mampu memperagakan cara patuh obat dalam mengontrol perilaku kekerasan</p> | <p>SP. 5P Patuh Obat</p> <p>(4) Evaluasi kegiatan yg lalu (SP 1, 2, 3 & 4)</p> <p>(5) Latih patuh obat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minum obat secara teratur dgn prinsip 5 B - Susun jadwal minum obat secara teratur <p>3. Masukkan dalam jadwal harian klien</p> |
| Harga Diri Rendah Kronis | <p>Klien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki • Menilai kemampuan yang dapat di gunakan • Menetapkan atau memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan • Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya. <p>Kriteria Evaluasi :</p> <p>Setelah tiga kali pertemuan masalah harga diri klien dapat teratasi dengan criteria hasil :</p> <p>a. Klien mampu mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimiliki</p> <p>b. Klien mampu memilih kegiatan sesuai kemampuan</p> <p>c. Klien mampu melakukan kegiatan yang sudah dipilih</p> <p>d. Klien mampu merencanakan kegiatan yang sudah dilatih</p> | <p>SP. 1P Latihan Kemampuan 1</p> <p>1. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki</p> <p>a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien.</p> <p>b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan setiap kali bertemu dengan klien penilaian yang negatif</p> <p>2. Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini</p> <p>a. Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan saat ini.</p> <p>b. Bantu klien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien</p> <p>c. Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif</p> <p>3. Pilih kemampuan yang akan dilatih</p> <p>a. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari</p> <p>b. Bantu klien menetapkan aktifitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri</p> <p>a) Aktifitas yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga</p> <p>b) Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien</p> <p>c) Beri contoh cara melaksanakan aktifitas yang dapat dilakukan klien.</p> <p>d) Susun bersama klien aktifitas atau kegiatan sehari-hari</p> <p>4. Nilai kemampuan pertama yang telah dipilih.</p> <p>a. Diskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih klien) yang akan dilatihkan</p> <p>b. Bersama klien dan keluarga memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan klien</p> <p>c. Berikan dukungan dan pujian yang</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>nyata sesuai kemajuan yang diperlihatkan klien</p> <p>5. Masukan dalam jadwal kegiatan klien</p> <ol style="list-style-type: none"> Beri kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan Beri pujian atas aktifitas/kegiatan yang dapat dilakukan klien setiap hari Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi dan perubahan setiap klien Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama klien dan keluarga Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktifitas yang dilakukan klien |
| | <p>Setelah dua kali pertemuan masalah harga diri rendah klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien menyebutkan dan memperagakan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu merapikan tempat tidur klien mampu memperagakan cara kedua yaitu membersihkan kamar mandi | <p>SP. 2P Latihan Kemampuan 2</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp. 1) Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan Latih kemampuan yang dipilih Masukkan dalam jadwal kegiatan klien |
| | <p>Setelah dua kali pertemuan masalah harga diri rendah klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien menyebutkan dan memperagakan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu merapikan tempat tidur dan membersihkan kamar mandi klien mampu memperagakan cara ketiga yaitu menyapu ruangan. | <p>SP.3P Latihan Kemampuan 3</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp. 1 & Sp. 2) Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan Masukan dalam jadwal kegiatan klien |

Tabel 3.2 Rencana Asuhan Keperawatan Dengan Intervensi :
Cognitive Behaviour Therapy (CBT)

| Diagnosa | Perencanaan | |
|--------------------|--|--|
| | Tujuan | Intervensi |
| Perilaku Kekerasan | <p>Sesi 1</p> <p>Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengungkapkan pikiran yang otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien (Assessment) setelah terkait masalah perilaku kekerasan dan harga diri rendah Mengatasi satu pikiran negatif <p>Kriteria Evaluasi</p> <p>Setelah pertemuan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memperkenalkan diri dengan baik Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap diri sendiri Mengungkapkan perasaan dan perilaku negatif yang timbul akibat | <ol style="list-style-type: none"> Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> Salam terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Mengucapkan salam dan memperkenalkan nama Menanyakan nama dan panggilan klien Evaluasi/Validasi <p>Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini terkait dengan pengalaman traumatis yang dialaminya</p> Kontrak <ol style="list-style-type: none"> Menyepakati pertemuan sesi 1 Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu : <ol style="list-style-type: none"> Membantu klien mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien |

| | | |
|--|---|---|
| <p>pikiran negatif</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memilih satu pikiran otomatis negatif untuk dilatih 5. Menyebutkan aspek positif yang dimiliki untuk mengganti pikiran otomatis negatif 6. Melatih satu cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama | <p>(assessment) terkait pengalaman traumatis yang dialami</p> <ol style="list-style-type: none"> b) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif <ol style="list-style-type: none"> 3) Terapis menjelaskan aturan sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> a) Lama kegiatan 30 menit b) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai c) Klien berperan aktif dalam mengungkapkan perasaan, pikiran dan perilakunya <p>2. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis mendiskusikan tentang : <ol style="list-style-type: none"> 1) Pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri setelah mengalami traumatis 2) Perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat pikiran negatif setelah mengalami kejadian traumatis 3) Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif dalam buku kerja klien 2. Melatih satu pikiran otomatis negatif <ol style="list-style-type: none"> 1) Memilih satu pikiran negatif yang akan dilatih untuk mengatasinya 2) Mencatat pikiran positif untuk mengatasi satu pikiran negatif dalam buku kerja klien 3) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif 3. Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien <p>3. Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan perasaan klien setelah latihan 2) Mengevaluasi kemampuan klien mengenali pikiran negatif, perasaan dan perilaku maladaptif yang dialami terkait dengan pengalaman traumatis 3) Mengevaluasi kemampuan klien dalam melatih cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif 4) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama klien yang baik b. Tindak Lanjut <ol style="list-style-type: none"> 1) Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif lainnya yang belum disebutkan selama sesi berlangsung pada buku kerja klien 2) Menganjurkan klien untuk latihan secara mandiri cara mengatasi pikiran negatif yang sudah dipelajari c. Kontrak yang akan datang <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu klien mampu mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2 |  |
|--|---|---|

| | | |
|---------------------------|---|--|
| <p>Perilaku Kekerasan</p> | <p>Sesi 2 Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri 2. Mendomentrasikan cara mengatasi pikiran otomatis yang kedua <p>Kriteria Evaluasi Setelah pertemuan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan pikiran otomatis negatif yang kedua terhadap diri sendiri 2. Mengungkapkan keinginan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif 3. Menggunakan metode 3 kolom untuk mengubah pikiran negatif 4. Menulis pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif yang kedua 5. Melatih cara untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Salam terapeutik b. Evaluasi/Validasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini? 2) Menanyakan pikiran otomatis yang negatif yang belum didiskusikan pada sesi 1 3) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif yang pertama masih sering muncul 4) Menanyakan apakah klien sudah memilih pikiran otomatis negatif yang kedua untuk hari ini c. Kontrak <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyepakati pertemuan sesi 2 2) Menjelaskan tujuan pertemuan 3) Menyepakati tempat dan waktu 3. Fase Kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian b. Diskusikan tentang Pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan c. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif d. Latih klien kembali untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif kedua e. Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif f. Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain g. Berikan reinforcement positif terhadap keberhasilan klien 4. Fase Terminasi <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanyakan perasaan klien setelah latihan 2) Berikan pujian atas keberhasilan klien b. Tindak Lanjut <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan klien untuk latihan pikiran otomatis negatif yang lain 2) Anjurkan klien melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif secara mandiri 3) Mengajukan klien untuk mengidentifikasi aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis yang kedua c. Kontrak yang akan datang <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien 3) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 3 |
|---------------------------|---|--|

| | | |
|---------------------------|--|---|
| <p>Perilaku Kekerasan</p> | <p>Sesi 3 Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih perilaku negatif yang akan dirubah 2. Mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif 4. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul 5. Menampilkan perilaku yang adaptif <p>Kriteria Evaluasi Setelah pertemuan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi perilaku negatif di buku kerja 2. Memilih satu perilaku negatif yang akan dirubah 3. Mengidentifikasi perilaku positif untuk merubah kelakuan yang buruk 4. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru 5. Melakukan latihan perilaku yang baik 6. Menyebutkan hadiah yang diinginkan jika melakukan kelakuan yang baik 7. Menyebutkan sangsi yang akan didapatkan jika melakukan kelakuan buruk | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Salam terapeutik b. Evaluasi/Validasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini 2) Menanyakan pada klien tentang kemampuan latihan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang sudah dilatih sebelumnya 3) Menanyakan apakah pikiran negatif yang pertama dan kedua masih sering muncul 4) Memberikan pujian 5) Menanyakan perilaku mana yang akan dilatih c. Kontrak <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyepakati pertemuan sesi 2 2) Menjelaskan tujuan pertemuan 3) Menyepakati tempat dan waktu 3. Fase Kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan tentang perilaku negatif yang muncul b. Diskusikan dengan klien tentang perilaku negatif c. Identifikasi perilaku positif yang dimiliki klien d. Jelaskan tentang cara mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang benar e. Jelaskan pada klien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru f. Bantu klien peraktekkan perilaku baru yang disepakati g. Buat komitmen tentang bagaimana klien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif 4. Fase Terminasi <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanyakan perasaan klien setelah latihan 2) Tanyakan perasaan klien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari 3) Berikan pujian atas keberhasilan klien b. Tindak Lanjut <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan klien untuk latihan pikiran otomatis negatif yang lain 2) Bantu klien memasukkan kegiatan memperaktekkan perilaku baru dalam jadwal kegiatan c. Kontrak yang akan datang <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 4 yaitu kemampuan merubah perilaku negatif yang kedua menjadi perilaku positif dan menerapkan terapi secara konsisten 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 4 |
|---------------------------|--|---|

| | | |
|---------------------------|---|---|
| <p>Perilaku Kekerasan</p> | <p>Sesi 4 Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif 2. Merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif 3. Menerapkan terapi secara konsisten <p>Kriteria Evaluasi Setelah pertemuan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menuliskan pikiran positif yang dirasakan saat ini 2. Memperaktekkan perilaku positif yang disepakati 3. Menuliskan hadiah yang diperoleh 4. Menuliskan sangsi yang diperoleh | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Salam terapeutik b. Evaluasi/Validasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini 2) Menanyakan pada klien tentang kemampuan latihan cara mengatasi pikiran otomatis negatif dan menyusun rencana perilaku positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien 3) Memberikan pujian atas keberhasilan klien c. Kontrak <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyepakati pertemuan sesi 4 2) Menjelaskan tujuan pertemuan 3) Menyepakati tempat dan waktu 2. Fase Kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis menanyakan perilaku mana yang akan diperaktekkan sebagai contoh b. Terapis memberikan konsekuensi sesuai dengan hasil perilaku yang dicontohkan c. Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai klien d. Terapis memberikan feedback e. Terapis mengingatkan klien untuk menerapkan terapi secara konsisten f. Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekuensi-konsekuensi yang disepakati 4. Fase Terminasi <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanyakan perasaan klien setelah latihan 2) Tanyakan pikiran positif yang muncul 3) Tanyakan perilaku baru apa yang akan dilakukan 4) Berikan pujian atas keberhasilan klien b. Tindak Lanjut <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan klien untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berpikir secara positif 2) Anjurkan klien untuk merepakan perilaku yang baru 3) Anjurkan klien menerapkan terapi secara konsisten 4) Masukkan kegiatan dalam jadwal harian c. Kontrak yang akan datang <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 5 yaitu membantu klien untuk aktif membentuk pikiran positif 2) Menyepakati waktu dan empat untuk pertemuan sesi 4 |
| <p>Perilaku Kekerasan</p> | <p>Sesi 5 Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Salam terapeutik b. Evaluasi/Validasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan tentang kemampuan klien dalam mengubah pikiran negatif |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>2. Klien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya</p> <p>3. Mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan</p> <p>Kriteria Evaluasi Setelah pertemuan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan pikiran positif dalam menyelesaikan masalah 2. Menggunakan perilaku positif dalam menyelesaikan masalah 3. Menyebutkan keuntungan jika memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk membantu klien mengatasi masalah 4. Menyebutkan akibat jika penanganan stress akibat gempa jika tidak ditangani 5. Menyebutkan manfaat pengobatan 6. Menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan | <p>menjadi pikiran positif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Menanyakan apakah metode 3 kolom tetap diterapkan dalam mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif 3) Jika sudah, berikan konsekuensi positif dan jika belum berikan konsekuensi negatif yang disepakati <p>c. Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyetujui pertemuan sesi 5 2) Menjelaskan tujuan pertemuan 3) Menyetujui tempat dan waktu <p>3. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis menganjurkan klien untuk meningkatkan kemampuan menggunakan pikiran positif tentang diri dan berperilaku positif b. Terapis memberikan konsekuensi positif terhadap pikiran positif c. Terapis mendiskusikan apa yang akan dilakukan klien sendiri d. Terapis menganjurkan untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri e. Terapis menjelaskan pentingnya terapi lain untuk membantu mencegah kekambuhan f. Terapis menyetujui dengan klien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan g. Terapis bersama klien menyimpulkan untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi <p>4. Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Terapis mengevaluasi kemampuan klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif 2) Tanyakan perasaan klien setelah menyetujui untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif 3) Berikan pujian atas keberhasilan klien b. Tindak Lanjut <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan klien untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berpikir secara positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan 2) Catat kegiatan yang dilakukan c. Kontrak yang akan datang <p>Mengakhiri pertemuan untuk CBT</p> |
|--|---|---|

D. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

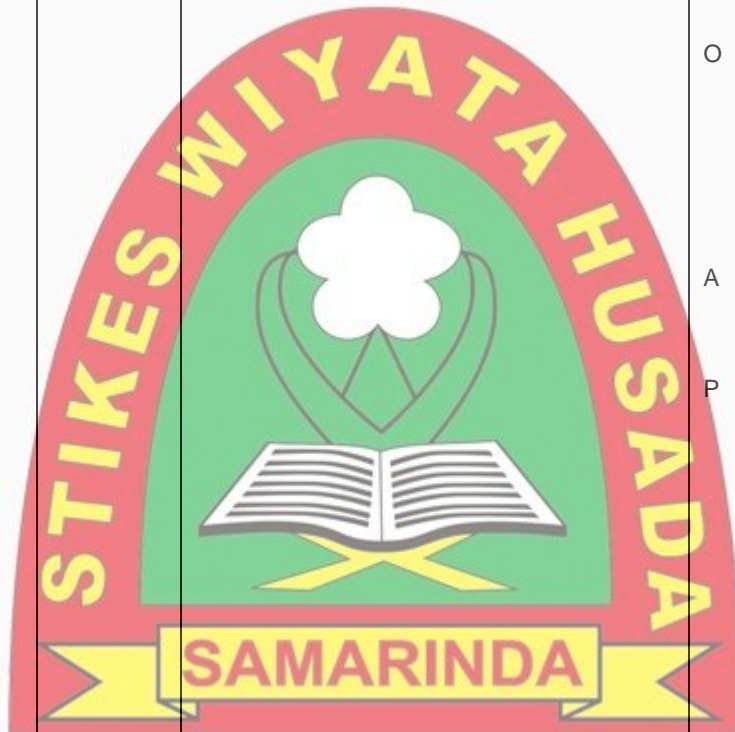
Tabel 3.3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

| No | Diag. Kep. | Hari Tanggal Jam | Implementasi | Evaluasi (S.O.A.P) |
|----|------------|---------------------------------|---|---|
| 1 | PK | Kamis 23/11/17 Pkl. 09.00 | SP 1P Tarik Nafas Dalam <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2, secara verbal, secara spiritual dan minum obat) Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafasa dalam) Menganjurkan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 ke dalam jadwal kegiatan | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan namanya M, masuk Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam sejak selasa tanggal 21 november 2017, diantar oleh keluarga. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mampu memperkenalkan diri Klien belum mampu menyebutkan nama perawat Klien belum dapat Menyebutkan harapannya Klien masih terlihat tegang Kontak mata klien kurang <p>A :</p> <p>SP 1 P, tarik nafas dalam belum optimal</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan SP 1 Pasien PK tarik nafas dalam</p> |
| 2 | PK | Kamis 23/11/17 Pkl. 13.00 | SP 1P Tarik Nafas Dalam <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2, secara verbal, secara spiritual dan minum obat) Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafasa dalam) Menganjurkan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 ke dalam jadwal kegiatan | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan alasan klien masuk adalah marah-marah, teriak-teriak, mengganggu tetangga, memecahkan kaca, melempari orang lain dan sulit tidur. Pasien putus obat kurang lebih 5 bulan sehingga dari pihak keluarga membawa klien ke RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk mendapatkan perawatan. Klien mengatakan ia marah dan mengamuk di rumah karena stress memikirkan pendidikan dan pekerjaan, klien juga merasa tidak diperdulikan oleh keluarga Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebanyak dua kali dari tahun 2013, awalnya pengobatan teratur, tetapi menjadi tidak teratur |

| | | | | |
|----|----|-----------------------------------|--|--|
| | | | | <p>karena terkendala tidak ada keluarga yang memperhatikan jadwal kontrolnya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan • Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan • Klien mampu mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan • Klien belum mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan • Klien masih tegang • Klien terlihat kaku saat latihan nafas dalam • Klien belum mampu memasukkan ke dalam jadwal harian <p>A : SP 1 P, tarik nafas dalam belum optimal</p> <p>P : Pertahankan SP 1 Klien PK tarik nafas dalam</p> |
| 3. | PK | Jum'at, 24/11/17 Pkl. 09.45 | <p>SP 1P Tarik Nafas Dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2, secara verbal, secara spiritual dan minum obat) 6. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafas dalam) 7. Menganjurkan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 ke dalam jadwal kegiatan | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bila marah coba melakukan tarik nafas dalam, caranya tarik nafas panjang melalui hidung lalu keluaran secara perlahan lewat mulut. • Klien mengatakan sepakat jika di coba setiap hari sekitar jam 09.00 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu melakukan tehnik tarik nafas dalam • Klien mampu memasukkan ke dalam jadwal harian dengan bantuan perawat <p>A : SP 1 P pada PK, tarik nafas dalam optimal</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 P pada PK dengan cara pukul bantal/ kasur</p> |
| 4. | PK | Jum'at, 24/11/17 Pkl. 10.30 | <p>SP 2P Pukul Kasur/ Bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1) 2. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 2 (memukul bantal) 3. Menganjurkan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 2 ke dalam jadwal kegiatan harian | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih ingat dengan tarik nafas dalam bila marah. • Klien mengatakan bisa melakukan atau mempraktekkan memukul bantal bila marah • Klien mengatakan sepakat jika di coba setiap hari |

| | | | | |
|----|----|-----------------------------------|---|--|
| | | | | <p>sekitar jam 11.00 WITA</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien masih ingat melakukan tehnik tarik nafas dalam Klien mampu menjelaskan cara praktek pukul bantal bila marah Klien mampu memasukkan ke dalam jadwal harian dengan bantuan perawat <p>A : SP 2 P pada PK, dengan cara pukul bantal/ kasur Sudah optimal</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 P pada PK, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal</p> |
| 5. | PK | Jum'at, 24/11/17 Pkl. 13.30 | <p>SP 3P Sosial/ Verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1 dan 2) Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal <ol style="list-style-type: none"> Menolak dengan baik Meminta dengan baik Mengucapkan dengan baik Menganjurkan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan harian | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih ingat dengan tarik nafas dalam dan cara pukul bantal bila marah. Klien mengatakan masih bisa melakukan atau mempraktekkan cara tarik nafas dalam dan memukul bantal bila marah Klien mengatakan masih ingat untuk melakukan tarik nafas dalam dan memukul bantal setiap hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien masih ingat cara melakukan tehnik tarik nafas dalam dan pukul bantal bila marah Klien masih mampu melakukan tehnik tarik nafas dalam dan pukul bantal bila marah Klien cukup mampu saat mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal <p>A : SP 3 P pada PK, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal sudah optimal</p> <p>P : Lanjutkan SP 4 PK mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual</p> |

| | | | | |
|---|----|----------------------------------|---|--|
| 6 | PK | Sabtu, 25/11/17 Pkl. 08.00 | <p>SP 4P Spiritual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1, 2 dan 3) 2. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual : Ibadah dan berdoa 3. Mengajukan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih ingat dan mampu melakukan teknik tarik nafas dalam, cara pukul bantal dan komunikasi dengan cara yang baik. • Klien mengatakan masih ingat untuk melakukan tarik nafas dalam, memukul bantal dan komunikasi dengan cara yang baik setiap hari • Klien kurang tau dengan baik mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual : ibadah dan berdoa, karena klien jarang beribadah ke gereja dan berdoa <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih ingat dan mampu melakukan 3 latihan sebelumnya bila marah • Klien belum tahu melakukan ibadah dengan baik dan benar <p>A :</p> <p>SP 4 P pada PK, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual belum optimal</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan SP 4 P pada PK, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.</p> |
|---|----|----------------------------------|---|--|



| | | | | |
|----|----|----------------------------------|---|--|
| 7 | PK | Sabtu 25/11/17 Pkl. 11.30 | SP 4P Spiritual 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1, 2 dan 3) 2. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual : ibadah dan berdoa 3. Menganjurkan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian | S : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih ingat dan mampu melakukan teknik tarik nafas dalam, cara pukul bantal dan komunikasi dengan cara yang baik. Klien mengatakan sudah belajar berdoa setiap hari O : <ul style="list-style-type: none"> Klien masih ingat dan mampu melakukan 3 latihan sebelumnya bila marah Klien memasukan jadwal kegiatan berdoa setiap malam A : SP 4 P pada PK, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual sudah optimal P : Lanjutkan SP 5 P pada PK, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum |
| 8. | PK | Sabtu, 25/11/17 Pkl. 11.45 | SP 5P Patuh Obat 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1, 2, 3 dan 4) 2. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol dengan minum obat secara teratur: a. Menjelaskan pentingnya minum obat b. Menjelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai program c. Menjelaskan akibat bila putus obat d. Menjelaskan cara mendapatkan obat/berobat e. Menjelaskan program pengobatan dengan prinsip 5B 3. Menganjurkan klien memasukkan waktu minum obat dalam jadwal kegiatan harian | S : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih ingat dan mampu melakukan teknik tarik nafas dalam, cara pukul bantal, komunikasi dengan cara yang baik dan praktek sholat bila marah. Klien mengatakan minum obatnya dua kali sehari Klien mengatakan obat yang diminum ada 3 macam yaitu Obat warna krem namanya Risperidone 2mg dosis 2 x 1 tablet Dan obat warna kuning Clozapine 100 Mg 2 x 1 dan Depakote ER 500 mg pada pagi hari Klien mengatakan bahwa, benar obatnya, benar orangnya, benar dosisnya, benar waktunya dan benar cara minumnya O : <ul style="list-style-type: none"> Klien masih ingat dan mampu melakukan teknik tarik nafas dalam, cara pukul bantal, komunikasi dan praktek berdoa bila marah Klien mampu untuk menjelaskan prinsip 5 B Klien mampu menjelaskan jenis obat yang diminum A : SP 5 P pada PK, dengan cara minum obat yang teratur optimal |

| | | | | |
|-----|----|-----------------------------|---|---|
| | | | | <p>P : Budayakan SP Klien pada PK sesuai jadwal latihan yang ada dan lanjutkan ke pertemuan 1 CBT dengan topik berdiskusi tentang kejadian penyebab marah klien, yang dilakukan pada hari Senin, 28/11/17 jam 09.00 di ruang tunggu Belibis.</p> |
| 9. | PK | Senin, 28/11/17 Pkl. 09.00 | <p>Melaksanakan intervensi CBT pertemuan I:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mendiskusikan tentang : <ol style="list-style-type: none"> Pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri setelah mengalami tarumatis Perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat pikiran negatif setelah mengalami kejadian traumatis Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif dalam buku kerja klien Melatih satu pikiran otomatis negatif <ol style="list-style-type: none"> Memilih satu pikiran negatif yang akan dilatih untuk mengatasinya Mencatat pikiran positif untuk mengatasi satu pikiran negatif dalam buku kerja klien Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif Memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan merasa tidak berguna karena saat ayahnya meninggal dunia klien tidak mendampingi Klien mengatakan tidak diperdulikan oleh ibunya <p>klien mengatakan pikiran otomatis negatif yang pertama yakni merasa ibunya tidak menyayanginya dan tidak mau memberi uang untuknya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien dapat memilih satu pikiran otomatis negatif yang dirasakannya yakni ibunya tidak menyayanginya dan tidak mau memberi dia uang Klien mampu mencatat pikirannya dalam buku kerja Klien kooperatif dan tenang saat interaksi <p>A : Pertemuan 1 CBT tercapai</p> <p>P : lanjutkan sesi 2 CBT</p> |
| 10. | PK | Selasa, 29/11/17 Pkl. 09.10 | <p>Melaksanakan intervensi CBT sesi 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian Mendiskusikan tentang Pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan Mendiskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif Melatih klien kembali untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif kedua Menanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif Memotivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain Memberikan reinforcement positif terhadap keberhasilan klien | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan tidak bisa menuliskan semua pikirannya karena tidak ada alat tulis Klien mengatakan masih ragu apakah ibunya menyangi klien <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Belum ada tambahan catatan dalam buku kerja Klien masih menyangkal penjelasan mengenai pikiran negatifnya Nilai evaluasi 1 <p>A : Tujuan CBT sesi 2 belum tercapai</p> <p>P : Ulangi sesi 2 CBT</p> |

| | | | | |
|-----|----|----------------------------------|--|--|
| 11. | PK | Rabu, 30/11/17 Pkl. 10.10 | <p>Melaksanakan intervensi CBT sesi 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian 2. Mendiskusikan tentang Pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan 3. Mendiskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif 4. Melatih klien kembali untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif kedua 5. Menanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif 6. Memotivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain 7. Memberikan reinforcement positif terhadap keberhasilan klien | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mulai mencatat kegiatan dan pikirannya dengan meminjam alat tulis kepada perawat • Klien mengatakan ibunya sayang klien dan adiknya • Klien mengatakan langsung marah bila barangnya dipinjam orang lain <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mencatat pikirannya • Klien kooperatif saat mendiskusikan cara melawan pikiran negatif yang dirasakan • Nilai evaluasi 4 <p>A : Tujuan CBT sesi 2 tercapai</p> <p>P : lanjut sesi 3 CBT</p> |
| 12. | PK | Kamis, 31/11/17 Pkl. 10.10 | <p>Melaksanakan intervensi CBT Sesi 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tentang perilaku negatif yang muncul dan sudah dituliskan dalam sesi 1 2. Diskusikan dengan klien tentang perilaku negatif 3. Identifikasi perilaku positif yang dimiliki klien 4. Jelaskan tentang cara mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang benar 5. Jelaskan pada klien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru 6. Bantu klien peraktekkan perilaku baru yang disepakati 7. Buat komitmen tentang bagaimana klien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan dia orang yang egois, gampang emosian • Klien mengatakan dia mudah marah • Klien mengatakan teman-temannya tidak mengerti dia <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien kooperatif saat diskusi • Klien mau terbuka kepada perawat • Klien belum mampu menyusun rencana perilaku yang baru • Nilai evaluasi 3 <p>A : Tujuan CBT sesi 3 belum tercapai</p> <p>P : Ulangi 3 CBT</p> |
| 13. | PK | Jum'at 1/12/17 Pkl. 09.30 | <p>Melaksanakan intervensi CBT sesi 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tentang perilaku negatif yang muncul dan sudah dituliskan dalam sesi sebelumnya 2. Diskusikan dengan klien tentang perilaku negatif 3. Identifikasi perilaku positif yang dimiliki klien 4. Jelaskan tentang cara mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang benar 5. Jelaskan pada klien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru 6. Bantu klien peraktekkan perilaku baru | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bila barangnya dipinjam teman tidak boleh marah-marah tetapi meminta dengan baik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien kooperatif saat diskusi • Klien mampu memilih perilaku negative yang ingin dirubah • Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang baru • Nilai evaluasi 5 |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>yang disepakati</p> <p>7. Buat komitmen tentang bagaimana klien dan terapis menerapkan konsekwensi positif dan negatif</p> | <p>A : Tujuan CBT sesi 5 tercapai</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengakhiri kontrak dengan klien karena keterbatasan waktu • Melaporkan perkembangan hasil CBT dan hambatan CBT kepada perawat ruangan |
|--|--|--|---|---|



BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda terletak di Kakap nomor 23 Kota Samarinda. RSJD Atma Husada Mahakam sebagai rujukan satu-satunya di Kalimantan Timur mengenai kesehatan jiwa. Rumah Sakit ini memiliki status akreditasi penuh tingkat lanjut sebagai pengakuan bahwa rumah sakit ini telah memenuhi standar pelayanan yang meliputi: administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, farmasi, K3 dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

Adapun layanan unggulan yang diberikan rumah sakit ini adalah klinik berhenti merokok, klinik hipnoterapi, pelayanan rehabilitasi penyalahgunaan dan ketergantuan NAPZA dan terapi gangguan tidur (polisomnografi). Selain itu rumah sakit ini memberikan beberapa jenis pelayanan seperti pelayanan rawat inap psikiatri, pelayanan rawat jalan psikiatri, pelayanan rawat jalan dan rawat inap psikologi, pelayanan gawat darurat psikiatri dan pelayanan NAPZA.

RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda menyediakan fasilitas rawat inap menjadi beberapa ruang kelas perawatan yaitu: Ruang Pergam (kelas I pria), Ruang Tiung (kelas II pria), Ruang Enggang (kelas I dan II wanita), Ruang Elang (kelas III pria), Ruang Gelatik (kelas III pria), Ruang Punai (kelas III wanita), Ruang Belibis (kelas III pria) dan Ruang UPIP.

Ruang Punai merupakan Ruang perawatan Kelas III untuk wanita yang terdiri dari 1 kamar isolasi, 1 kamar observasi, 3 kamar intermediet dan 1 kamar mandiri. Berdasarkan Survei Indikator Mutu IRNA 2017, rata-rata klien ruang Punai sebanyak 68 orang perbulan. Jumlah rata-rata klien di ruang Punai berdasarkan 7 masalah keperawatan utama yaitu harga diri rendah sebanyak 1,8%, isolasi sosial sebanyak 8,6%, halusinasi sebanyak 14,4%, perilaku kekerasan sebanyak 5%, defisit perawatan diri sebanyak 63,6% dan waham sebanyak 6,2%.

B. Analisis Proses Keperawatan

Penulis akan menguraikan keterkaitan antara landasan teori dengan hasil Praktik Klinik Keperawatan pada klien Nn M dengan masalah risiko perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang dimulai sejak tanggal 23 November sampai 1 Desember 2017.

Data pengkajian diperoleh alasan klien masuk rumah sakit adalah klien marah-marah, teriak-teriak, mengganggu tetangga, memecahkan kaca, melempari orang lain dan sulit tidur. Pasien putus obat kurang lebih 5 bulan sehingga dari pihak keluarga membawa klien ke RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk mendapatkan perawatan. Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh penulis sudah sesuai dengan konsep teori perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu (Damaiyanti, 2012). Tanda dan gejala yang dialami Nn. M juga sesuai dengan teori Yosef (2010) yang menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi muka merah atau tegang, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah atau tegang, postur tubuh kaku, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir (Yosep, 2010).

Diperoleh pula data pengkajian faktor predisposisi penyebab klien masuk yaitu klien merupakan klien ulangan untuk ketiga kalinya dan klien mengalami putus obat sehingga pengobatan yang dijalankan tidak efektif. Data ini juga sesuai dengan konsep teori tentang penyebab kemarahan menurut Stuart (2013) bahwa frekuensi dirawat menunjukkan seberapa sering individu dengan perilaku kekerasan mengalami ke kambuhan. Perilaku kekerasan pada skizofrenia sering terjadi karena penyakit yang tidak terkontrol, putus obat, kecemasan karena kegagalan dalam mengerjakan sesuatu atau situasi yang menciptakan perilaku kekerasan.

Kepatuhan dalam pengobatan dapat diartikan sebagai perilaku klien yang mentaati semua nasehat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis, seperti dokter dan apoteker. Mengenai segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, salah satunya adalah

kepatuhan dalam minum obat. Hal ini merupakan syarat utama tercapainya keberhasilan pengobatan yang dilakukan.

Dalam pengumpulan data penulis menggunakan metode auto anamneses terhadap klien dan perawat yang merawatnya, observasi langsung terhadap penampilan dan perilaku klien. Pengkajian individu terdiri atas riwayat kesehatan (data subjektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif).

Pemeriksaan fisik terdiri dari pemeriksaan tanda- tanda vital, kepala, mata, telinga, mulut, leher, dada, abdomen, kulit, dan kuku (Kusyati, 2006). Hasil pemeriksaan fisik yang penulis lakukan pada klien didapatkan data sebagai berikut: pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda- tanda vital klien, dengan tekanan darah 120/100 mmHg, nadi 84 kali/menit, suhu 36,8°C, pernapasan 24 kali/menit, tinggi badan 157 cm, berat badan 45 kg, hasil pengkajian fisik tidak ditemukan keluhan penyakit fisik pada klien.

Menurut Keliat (2009), pohon masalah pada perilaku kekerasan dapat mengakibatkan klien mengalami kehilangan kontrol pada dirinya, sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Berdasarkan masalah-masalah tersebut, maka disusun pohon masalah yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, resiko perilaku kekerasan sebagai core problem, dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Intervensi yang dilakukan pada masalah keperawatan perilaku kekerasan pada penelitian ini menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) dan ditambah dengan intervensi Cognitive Behaviour Therapy (CBT).

Strategi pelaksanaan (SP) pada intervensi masalah keperawatan perilaku kekerasan dapat diimplementasi secara keseluruhan kepada Nn. M selama 8 hari, hal ini didukung oleh klien telah kooperatif dalam menerima masukan/ intervensi yang diberikan oleh penulis, begitu juga intervensi Cognitive Behaviour Therapy (CBT) dapat diaplikasikan kepada klien selama 5 hari dengan sesuai dengan modul pelaksanaan terapi spesialis yang telah ada. Sedangkan untuk intervensi keperawatan pada masalah keperawatan harga diri rendah kronis belum dapat diimplementasikan kepada klien karena terbatasnya waktu praktik penulis.

Evaluasi pada masalah keperawatan perilaku kekerasan dari tindakan keperawatan generalis yang penulis lakukan dapat disimpulkan pada hari ke-3 yaitu sabtu, 25 November 2017 masalah perilaku kekerasan teratasi dengan data klien mengatakan masih ingat dan mampu melakukan teknik tarik nafas dalam, cara pukul bantal, komunikasi dengan cara yang baik dan praktek berdoa bila marah. Klien mengatakan minum obatnya dua kali sehari, klien mengatakan obat yang diminum ada 3 macam yaitu obat warna krem namanya risperidone 2mg dosis 2 x 1 tablet dan obat warna kuning clozapine 100mg dosis 2 x 1 tablet dan Depakote ER 500 mg diminum pada pagi hari. Klien mengatakan bahwa benar obatnya, benar orangnya, benar dosisnya, benar waktunya dan benar cara minumnya. Klien masih ingat dan mampu melakukan teknik tarik nafas dalam, cara pukul bantal, komunikasi dan praktek berdoa bila marah. Klien mampu untuk menjelaskan prinsip 5 B. Klien mampu menjelaskan jenis obat yang diminum. Berdasarkan evaluasi hasil pada intervensi generalis ini, direncanakan untuk melanjutkan pada pelaksanaan intervensi Cognitive Behaviour Therapy (CBT) pada hari senin 27 November 2017 jam 09.00 di ruang Punai dan Nn. M menyetujui kontrak tersebut.

C Analisis Intervensi Cognitive Behaviour Therapy

Pelaksanaan tindakan CBT pada Nn M yang dilakukan selama lima hari dari tanggal 27 November sampai 1 Desember 2017 di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan tujuan untuk mengurangi tanda dan gejala perilaku kekerasan. Berikut ini adalah hasil dari tindakan keperawatan pemberian Cognitive Behaviour Therapy (CBT):

Tabel 4.1 Perbedaan Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan sebelum dan sesudah intervensi Cognitive Emotive Behaviour Therapy (CBT)

| No. | Respon | Tanda dan gejala sebelum Intervensi, data pengkajian keperawatan (Jum'at, 23-11-2017) | Tanda dan gejala sesudah intervensi generalis dan CBT, Data evaluasi di Ruang Punai (Jum,at, 1-12-2017) |
|-----|----------|--|---|
| 1. | Perilaku | <p>Data Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan ingin marah dan memukul temannya</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Tatapan mata klien tajam</p> <p>b. Klien menantang teman satu kamar</p> <p>c. Klien mengancam temannya</p> <p>d. Klien berada di kamar observasi</p> | <p>Data Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan sudah merasa jauh lebih tenang</p> <p>b. Klien mengatakan sudah mengetahui cara untuk mengontrol marahnya</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Klien dapat bersosialisasi dengan teman sekamarnya</p> <p>b. Klien ditempatkan di ruang intermediet 2</p> <p>c. Tidak ada perilaku menentang orang lain</p> <p>d. Tidak ada perilaku mengancam orang lain</p> |
| 2. | Verbal | <p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan siapa yang mengambil barangnya maka akan ditonjok</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Bicara klien ketus</p> <p>b. Intonasi tinggi</p> <p>c. Klien mengejek temannya</p> <p>d. Klien berdebat dengan perawat</p> <p>e. Klien banyak bicara</p> | <p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan bila barangnya diambil dia akan berusaha meminta dengan baik</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Intonasi suara sedang</p> <p>b. Masih banyak bicara</p> <p>c. Klien kooperatif saat berkomunikasi dengan perawat</p> <p>d. Klien menerima masukan dari perawat</p> |
| 3 | Emosi | <p>Data Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan rasanya mau marah-marah</p> <p>b. Klien mengatakan dendam dengan teman sekamarnya</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Afek klien labil</p> <p>b. Eskpresi masih tegang</p> | <p>Data Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan kadang-kadang masih mau marah</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Afek klien masih labil</p> <p>b. Eskpresi wajah lebih rileks</p> |
| 4 | Fisik | <p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan merasa banyak berkeringat</p> <p>b. Klien mengatakan mukanya terasa mau terbakar</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pandangan mata tajam</p> <p>b. Klien banyak berkeringat</p> <p>c. Tekanan darah 120/90 mmhg Nadi 84x/menit</p> | <p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan sekarang badannya lebih nyaman tidak banyak keringat.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Tatapan mata rileks</p> <p>b. Keringat dalam batas normal</p> <p>c. Tekanan darah 110/90 mmhg Nadi 66 x/menit</p> |

Dari hasil intervensi setelah dilakukan pemberian Cognitive Behaviour Therapy (CBT) secara kontinyu menunjukkan bahwa terjadi perubahan pada respon emosi dan respon perilaku.

Data sebelum intervensi berdasarkan data pengkajian keperawatan pada hari Jum'at, 23 November 2017 diperoleh dari respon perilaku terdapat 3 tanda dan gejala dari perilaku kekerasan yakni, tatapan mata tajam, menentang teman, dan mengancam teman, Dari respon verbal terdapat 5 tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu bicara ketus, intonasi tinggi, mengejek, berdebat dan banyak bicara, respon emosi memiliki 2 tanda dan gejala perilaku kekerasan yakni labil dan ekspresi tegang serta dari respon fisik memiliki 3 dari tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu pandangan mata tajam berkeringat dan nadi meningkat.

Data setelah dilakukan intervensi generalis dan CBT, pada saat evaluasi hari Jum,at 1 Desember 2017 tidak terdapat lagi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang sebelumnya muncul, dari respon verbal masih terdapat 1 tanda dan gejala yakni masih banyak bicara, pada respon emosi tanda dan gejala yang masih muncul yakni labil dan untuk respon fisik tidak muncul lagi tanda dan gejala perilaku kekerasan

Bloom HL (1956, dalam Bastable,2002) menyatakan bahwa perilaku terdiri dari tiga bagian atau domain yaitu pengetahuan (cognitive), sikap (affective) dan tindakan (psychomotor). Dimana ketiga domain tersebut saling mempengaruhi, klien skizofrenia tidak dapat melakukan evaluasi dengan benar tentang persepsi dan pikirannya, sehingga terjadi distorsi penilaian realita walaupun telah dihadapkan dengan fakta-fakta. Munculnya pikiran negatif pada klien skizofrenia dikarenakan adanya kesulitan dalam berpikir jernih dan logis, sering kali sulit konsentrasi sehingga perhatian mudah teralih yang berlanjut membuat klien gaduh gelisah.

Perubahan perilaku klien diawali perubah pikirannya. Perubahan perilaku klien menurut Sunaryo (2004) dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu: kebutuhan, motivasi, sikap dan kepercayaan. Pelaksanaan CBT mengubah pengetahuan, sikap dan perilaku klien, dimana sebelum terapis mengubah sikap dan perilaku klien diawali dengan keterampilan untuk mengubah kognitif. Perubahan kognitif ini yang menjadi dasar terjadinya penurunan respon Perilaku kekerasan pada Nn M setelah mendapatkan terapi CBT.

Pada Respon verbal terdapat perubahan intonasi suara pada Nn M klien menjadi lebih kooperatif, dapat mengungkapkan pikiran dan perasaannya setelah dilakukan CBT. Cristopher (2010) mengatakan bahwa hubungan pemikiran dan emosi berperan penting dalam menerjemahkan marah menjadi perilaku agresif atau Perilaku Kekerasan. Banyak klien Perilaku Kekerasan mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi perasaannya, kebutuhannya dan keinginannya untuk diungkapkannya pada orang lain sehingga klien merasa tertekan. Manifestasi dari rasa tertekan tersebut akan keluar dalam bentuk teriakan, amukan, bicara kasar, ejekan dan berdebat, Terapi CBT merupakan gabungan terapi cognitive dan terapi perilaku yang dirancang untuk merubah pola pikiran negatif menjadi positif sehingga individu memiliki kemampuan untuk berinteraksi dengan lingkungan secara adaptif (Zakiyah, 2014)

Pada aspek respon emosi terdapat penurunan respon emosi pada Nn M setelah mendapatkan terapi CBT. Hal ini karena Terapi CBT membantu klien mengevaluasi diri sendiri dengan mengidentifikasi kejadian yang pernah dialami, pikiran-pikiran yang terkait dengan kejadian dan mempengaruhi perasaan (emosi) klien sehingga menghasilkan perilaku maladaptif yang sebenarnya tidak diinginkan. Klien dibantu untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran negatif yang mengganggu dan dilatih untuk melawan pikiran negatif tersebut sehingga pikirannya lebih positif dan tidak mengganggu klien. Latihan di atas menyebabkan klien memiliki kemampuan kognitif yang lebih meningkat dan lebih positif.(Stuart, 2009).

Keadaan biologis seseorang juga mempengaruhi perasaan dan perilakunya, ini merupakan hal yang penting dan perlu diingat oleh terapis untuk memahami seberapa besar kemampuan manusia dapat berubah. Menurut Stuart (2009), bahwa perilaku kekerasan dapat dilihat dari wajah tegang, tidak bisa diam, mengepalkan atau memukulkan tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan, dan kadang tiba-tiba seperti kataton. Marah timbul karena kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin, sehingga tekanan darah meningkat, frekuensi denyut jantung meningkat, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urin meningkat. Dengan diberikan CBT pada klien maka klien akan belajar untuk berpikir positif, mengontrol perasaannya, dan perilakunya sehingga sistem

saraf otonom tidak bereaksi dan respon fisiologis menjadi turun mencapai batas normal.

CBT baik diberikan pada klien perilaku kekerasan karena telah terbukti efektif dalam mengatasi berbagai gangguan, termasuk kecemasan dan depresi. Asumsi yang mendasari Cognitive Behavioral Therapy (CBT) yaitu bahwa gangguan emosional berasal dari distorsi (penyimpangan) dalam berpikir. Perbaikan dalam keadaan emosi hanya dapat berlangsung lama kalau dicapai perubahan pola-pola berpikir selama proses terapi. Demikian pula pada pasien pola berpikir yang maladaptive (disfungsi kognitif) dan gangguan perilaku. Dengan memahami dan merubah pola tersebut, pasien diharapkan mampu melakukan perubahan cara berpikirnya dan mampu mengendalikan gejala-gejala dari gangguan yang dialami (Sullivan, 2003)

Intervensi CBT sebagai salah satu intervensi pilihan tentunya memerlukan beberapa langkah untuk penerapannya, kendala yang dirasakan oleh penulis yakni kondisi klien yang bersifat impulsif sehingga dalam pelaksanaan CBT per sesi perlu dilakukan berulang-ulang dan hingga batas akhir intervensi klien hanya dapat menuntaskan hingga sesi tiga.

Pengaruh CBT terhadap gejala dan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada klien kelolaan ini juga menjadi dasar pentingnya pembahasan lebih lanjut terkait penerapannya. Oleh karena itu perlu dilakukan standarisasi pelaksanaan CBT yang berlaku di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dan Peningkatan pengetahuan perawat tentang CBT melalui beberapa kegiatan seperti pelatihan dan sosialisasi tentang CBT oleh pakar spesialis keperawatan jiwa,

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang penulis laksanakan pada Nn M dengan masalah keperawatan Perilaku Kekerasan di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, diperoleh kesimpulan bahwa dalam proses asuhan keperawatan:

1. Dalam melakukan pengkajian keperawatan memerlukan keterampilan komunikasi yang efektif dari perawat yang secara harfiah memicu proses keperawatan dalam kaitannya dengan pengumpulan data langsung pada individu dan sumber lain. Pengkajian pada Nn M didapatkan data alasan masuk rumah sakit adalah klien marah-marah, teriak-teriak, mengganggu tetangga, memecahkan kaca, melempari orang lain dan sulit tidur, pasien putus obat 5 bulan.
2. Dalam menentukan diagnosa keperawatan jiwa ditentukan dengan membuat pohon masalah yang terdiri dari core problem, cause dan effect, dimana core problem adalah diagnosa keperawatan aktual berdasarkan prioritas. Berdasarkan kasus kelolaan pasien Nn M dengan perilaku kekerasan di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda didapatkan pohon masalah yaitu harga diri rendah kronis sebagai cause, Perilaku Kekerasan sebagai core problem, dan risiko perilaku kekerasan yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal sebagai effect.
3. Dalam merencanakan tindakan keperawatan dengan mempertimbangkan sisi afektif, kognitif, dan psikomotor serta tetap berorientasi kepada klien sebagai individu, kelompok, dan keluarga. Untuk kasus kelolaan penulis menganalisa intervensi perilaku kekerasan pada klien di Ruang Punai RSJD Atma Husada Samarinda.
4. Dalam implementasi yang diberikan pada pasien selain mengacu pada intervensi dan diagnosa harus memperhatikan kebutuhan pasien dan sesuai keluhan yang dirasakan oleh pasien.
5. Evaluasi hasil intervensi CBT yang diterapkan secara berkelanjutan pada klien dengan perilaku kekerasan diperoleh hasil bahwa pemberian CBT dapat meningkatkan kemampuan mengontrol emosi secara efektif

B. Saran

Setelah melihat masalah dalam asuhan keperawatan, maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dengan penetapan terapi Cognitive Behaviour Therapy (CBT) sebagai asuhan keperawatan yang dapat diaplikasikan sebagai salah satu terapi untuk mengontrol emosi klien dengan perilaku kekerasan
- b. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang Cognitive Behaviour Therapy (CBT) melalui beberapa kegiatan seperti pelatihan dan sosialisasi tentang CBT oleh pakar spesialis keperawatan jiwa.

2. Bagi Perawat

Perawat dapat menggunakan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) ini dalam melatih klien dengan perilaku kekerasan

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan menjadi referensi tambahan sehingga dapat menerapkan intervensi Cognitive Behaviour Therapy (CBT) dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan.

4. Bagi Peneliti

Disarankan bagi penulis selanjutnya dapat mengembangkan hasil penelitian ini dengan melakukan penelitian pada kasus diagnosa keperawatan jiwa lainnya

DAFTAR PUSTAKA

Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2013), *Riset Kesehatan dasar*
<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf> diperoleh pada tanggal 25 November 2017

Banks & Zions (2009). *Teaching a Cognitif Behaviour Strategy to Manage Emotions, Rational Emotive Behaviour Therapy in Educational Setting*, Department Behaviour Management

Beastable, Susan, B (2002). *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip Pengajaran*. Jakarta : EGC

Drajadjat, Zakiyah. (2014) *Kesehatan Mental*. Edisi Kelima. Jakarta : PT. Toko Agung

Dyah. (2009). *Pengaruh assertive training terhadap perilaku kekerasan pada klien skizoprenia*. Tesis. Jakarta. FIK UI. tidak dipublikasikan

Fauziah. (2009). *Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Pada Klien Skizoprenia Dengan Perilaku Kekerasan*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan

Keliat. (2009). *Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC

Keliat. dkk. (2015). *Modul Terapi Keperawatan Jiwa*. Depok: Program Ners Spesialis Keperawatan Jiwa FK UI

Nidya, Damayanti (2012). *Buku Pintar Panduan Bimbingan Konseling*. Yogyakarta : Araska.

Nurjanah, S (2013) *Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2013*, tidak dipublikasikan, Jakarta, Universitas Indonesia

Stuart (2013). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. 10th edition. St Louis: Elsevier Mosby

Sunaryo (2009). *Psikologi Kognitif*. Edisi Keempat. Yogyakarta : Pustaka. Peajar

Survei Indikator Mutu IRNA. (2017). *Data mutu keperawatan Instalasi Rawat Inap periode tahun 2016 dan 2017*. Samarinda: RSJD Atma Husada Mahakam

Susanah, S.A & Hendarsih, S (2014) *Terapi modalitas : Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta : EGC

Triantoro, dkk. (2009). *Manajemen Emosi*. Jakarta: Bumi Aksara

Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa disertai Penjelasannya. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571)

Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

Varcarolis, et. al. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. 5th Edition. USA: Saunders Elsevier

Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

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

Yusuf, dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika

BIODATA PENULIS



DINA ARIANI (Palaran, 22 Januari 1988) adalah anak kedua dari Bapak Alm Muhammad Nasir Msi dan Ibu Rayati Normala merupakan keturunan suku Bugis dan Kutai. Sudah berkeluarga dengan suami Ahmad Yani dan memiliki dua orang anak yakni Fadhlán Ibnu Ahmad dan Khaira Almira Ahmad. Riwayat pendidikan bermula di Sekolah Dasar Negeri 025 Samarinda dan lulus pada tahun 2000 kemudian bersekolah

di SLTP N 10 Samarinda dan lulus pada tahun 2003. Melanjutkan ke tingkat menengah atas yaitu di SMA Negeri 8 Samarinda dan lulus tahun 2006. Berdasarkan arahan dari orang tua penulis menempuh pendidikan di dunia keperawatan dengan kuliah di Akademi Keperawatan Pemerintah Provinsi Kaltim di Samarinda dan wisuda tahun 2009. Setelah sempat lebih kurang bekerja empat tahun bekerja sebagai perawat jiwa di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, baru pada pertengahan tahun 2014 kembali melanjutkan pendidikan di Program Sarjana Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda dan lulus pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda sejak tahun 2017 dan Alhamdulillah sudah dapat diselesaikan pada tahun 2018 ini. Wanita yang dikenal supel namun cerewet ini mempunyai motto hidup: *"Hidup ini Indah maka nikmati dan syukuri."*

LAMPIRAN

DOKUMENTASI

INTERAKSI CBT



PENDOKUMENTASIAN

BUKU KERJA

Pikiran otomatis, negatif yang pertama.

mamat sangat uang tapi tidak mau kasih
Jadi saya marah-marah.

Pengeluaran mamak

1. Buat banyak listrik
2. Buat beli air galon
3. Buat beli makanan
4. Biaya sekolah
5. Buat biaya berobat mama.

Penghasilan mama.

1. kelapa sawit Rp. 1.700.000

Kesimpulanxx: mama uang mamak
tidak cukup & pas-pasan.

Jadi tidak benar bahwa mama pelit.

mama saya kamu bertiga.

Maria, Aurelius, melani.

Catatan Penting:

**TIDAK BOLEH MARAH-MARAH BILA
MINTA UANG DAN MAMAK TIDAK
KASIH.**

SOLUSINYA.

MARIA HARUS KERJA DAN HEMAT

PIKIRAN OTOMATIS Negatif yang ke 2
Mama suka marah kalau barang mama
di ambil orang.

Kerugian kalau marah.

Apa yang dilakukan saat marah.

1. Pecahin kaca
2. Pukul teman
3. Pukul mama
4. Pukul adik
5. Pukul kakak sepupu ku.

Kerugian saat marah.

1. barang hancur.
2. mama, kakak, adik dan teman²⁰
di setolok. dll. sakit hati dan
marah.
3. semua benci.
4. Menyesal
5. tindakan yg dilakukan saat
barang di ambil orang.
- meminta dgn baik
- menalak dgn baik

~~Apakah~~

YANG DI LAKUKAN SAAT ~~DE~~MARAH.

1. Tarik nafas dalam xx
2. Memukul bantal ^o / pukul kasur.
3. Masuk kamar sepih teriak-
sekuat - kuatnya.
4. Bilang ke orang lain bahwa saat
ini sedang marah jang diganggu.
5. beribadah ^o / berdoa.

Perasaan setelah Konsultasi Sama Kak Dina

Perasaan

1. Senang
2. Bahagia
3. Mengeti cara mengontrol marah dll.
4. Harus Berpikir Positif jangan berfikir-
negatif.
5. Besar terbuka ^o / cari teman yg -
Pas untuk curhat.
6. Berpikir Keuntungan dan kerugian sebelum
melakukan tindakan.