

**IMPLEMENTASI TEKNIK TERAPI REMEDIASI KOGNITIF TERHADAP
PERBAIKAN FUNGSI KOGNITIF PADA PASIEN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RUANGAN TIUNG RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Oleh :

Nurmala Dewi., S.Kep

Nim : P1706032



PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2018

**IMPLEMENTASI TEKNIK TERAPI REMEDIASI KOGNITIF TERHADAP
PERBAIKAN FUNGSI KOGNITIF PADA PASIEN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RUANGAN TIUNG RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

Oleh :

Nurmala Dewi., S.Kep

Nim : P1706032



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

2018

HALAMAN PENGESAHAN

IMPLEMENTASI TEKNIK TERAPI REMEDIASI KOGNITIF TERHADAP PERBAIKAN
FUNGSI KOGNITIF PADA PASIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI RUANG TIUNG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA
HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

NURMALA DEWI, S.Kep

NIM: P1607032

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 13 Desember 2018

PENGUJI I

Ns. Eko Rianto, S.Kep

NIP. 19660520.199103.1.010

PENGUJI II

Ns Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK. 113072.86.14.071

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.86.14.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurmala Dewi., S.Kep
NIM : P1706032
Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata
Husada Samarinda
Juduk Laporan Tugas Akhir : Implementasi Teknik Terapi Remediasi
Kognitif Terhadap Perbaikan Fungsi Kognitif
Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di
Ruang Tiung Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma
Husada 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 saya 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, 11 Desember 2018

Yang membuat pernyataan

Nurmala Dewi., S.Kep

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Implementasi Teknik Terapi Remediasi Kognitif Terhadap Perbaikan Fungsi Kognitif Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Tiung Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda”. Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners pada Program Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sedalam dalamnya kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono., S. Pd., S. Kep., M. Kep., selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. dr. Hj. Padilah Mante Runa, M.Si., MARS selaku Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
4. Ns. Rusdi, S.Kep., M. Kep, selaku Pembimbing pertama, Penguji Kedua dan Ketua Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Wiyata Husada Samarinda dan dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Ns. Eko Rianto., S. Kep, selaku penguji I dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners
6. Ns. Linda Dwi Novial., M.Kep., Sp.Jiwa, selaku pembimbing dan Kepala Ruangan Belibis di RSJD Atma Husada Samarinda.
7. Ns. Hilda Susanti., S.Kep, selaku kepala ruangan ruang Tiung yang telah memberi banyak masukan, saran dan motivasi dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners.
8. Seluruh Staf Perawat Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
9. Keluarga tercinta yang telah membantu penulis dengan doa dan dukungan

dalam berbagai hal, baik moril maupun material khususnya kedua orangtua dan keempat saudara kandung penulis.

10. Seluruh Teman-teman Program Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Terima kasih untuk kebersamaan, pertemanan, dukungan, masukan dan motivasinya yang telah diberikan selama ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah - langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Amin

Samarinda, 08 Desember 2017



ABSTRAK

Implementasi Teknik Terapi Remediasi Kognitif Terhadap Perbaikan Fungsi Kognitif Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Tiung Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda

Nurmala Dewi¹, Eko Rianto², Rusdi³

Latar Belakang : Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman menciderai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Perilaku kekerasan pada kelompok yang mendapat terapi generalis menurun secara bermakna pada respon fisik, respon kognitif, respon perilaku, dan respon sosial klien. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan tanda dan gejala dan peningkatan kemampuan mengontrol resiko perilaku kekerasan adalah dengan Terapi Remediasi Kognitif atau *Cognitive Remediation Therapy* (CRT). CRT merupakan salah satu psikoterapi yang berbasis latihan perilaku yang bertujuan untuk memperbaiki proses kognitif meliputi (memori, psikomotorik, fungsi eksekutif).

Tujuan : Untuk mengetahui pengaruh teknik terapi remediasi terhadap perbaikan kognitif pasien resiko perilaku kekerasan.

Proses : Resiko perilaku kekerasan perlu ditangani dengan memberikan teknik terapi remediasi. Hasil akhir yang diharapkan adalah perubahan kognitif serta tanda dan gejala perilaku kekerasan menggunakan indicator skor BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*).

Kesimpulan : Dengan demikian dapat di buat kesimpulan bahwa ada nya perubahan gejala perilaku kekerasan dengan inovasi teknik terapi remediasi. Teknik terapi remediasi dapat dijadikan sebagai salah satu tindakan mandiri bagi perawat sebagai salah satu terapi untuk pasien dengan asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan.

Kata Kunci : Resiko Perilaku Kekerasan, Teknik Terapi Remediasi

¹Program Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

²Praktisi Keperawatan, Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Samarinda

³Dosen Keperawatan, Sekolah Tinggi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perilaku Kekerasan	7
1. Pengertian	7
2. Penyebab Kemarahan	7
3. Proses Marah	11
4. Tanda dan Gejala	11
5. Rentang Respon Marah	18
6. Mekanisme Koping	21
7. Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Perilaku Kekerasan	25
B. Konsep Intervensi Terapi Remediasi Kognitif	28
C. Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelaksanaan Terapi Remediasi	32

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Penkajian Kasus	34
B. Diagnosa Keperawatan	39
C. Rencana Keperawatan	40
D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	46
E. Implementasi dan Evaluasi Terapi Remediasi	52
F. Implementasi dan Evaluasi Keluarga	57

BAB IV ANALISIS SITUASI

A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda	60
B. Analisis Proses Keperawatan	62
C. Terapi Remediasi pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan	68

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan 72
B. Saran 73

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



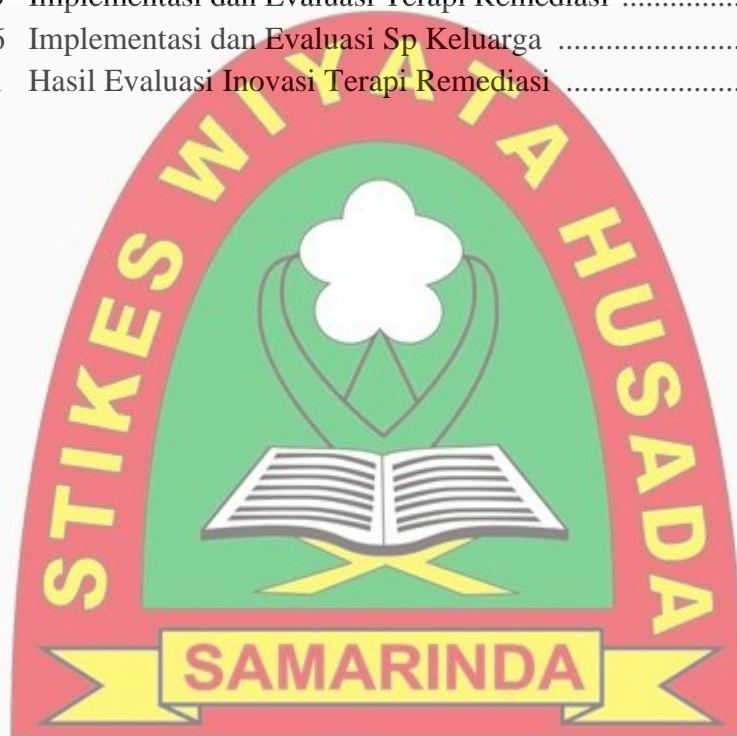
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Rentang Respon Marah	18
Skema 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	26
Skema 3.1 Genogram	35
Skema 3.2 Pohon Masalah	40



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Lembar Observasi BRIEF	16
Tabel 2.2	Rentang Respon Perilaku Kekerasan	20
Tabel 2.3	Stratergi Pelaksanaan pasien dan keluarga resiko perilaku kekerasan	27
Tabel 3.1	Rencana Asuhan Keperawatan Generalis Pada PK	40
Tabel 3.2	Asuhan Keperawatan untuk Keluarga Perilaku Kekerasan	42
Tabel 3.3	Rencana Asuhan Keperawatan dengan Intervensi Inovsai Terapi Remediasi	44
Tabel 3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	46
Tabel 3.5	Implementasi dan Evaluasi Terapi Remediasi	52
Tabel 3.6	Implementasi dan Evaluasi Sp Keluarga	57
Tabel 4.1	Hasil Evaluasi Inovasi Terapi Remediasi	68



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SPO Terapi Remediasi
Lampiran 2	Lembar Observasi <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS)
Lampiran 3	<i>Discharge Planning</i>
Lampiran 4	Contoh gambar kartu Terapi Remediasi
Lampiran 5	Jadwal Kegiatan Harian Pasien



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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. Kesehatan Jiwa menurut Undang-undang No 18 Tahun 2014 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. Selain dengan itu pakar lain mengemukakan bahwa kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang sejahtera (*mental wellbeing*) yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dan kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia. Dengan kata lain, kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa. Tetapi merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh semua orang, mempunyai perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Sumiati dkk, 2009).

Gangguan kesehatan jiwa bukan seperti penyakit lain, yang bisa datang secara tiba-tiba tetapi lebih ke arah permasalahan yang terakumulasi dan belum dapat di adaptasi atau terpecahkan. Dengan demikian akibat pasti atau sebab yang melatar belakangi timbulnya suatu gangguan. Pengetahuan dan pengalaman yang cukup dapat membantu seseorang untuk menangkap adanya gejala-gejala tersebut. Semakin dini kita menemukan adanya gangguan maka akan semakin mudah penanganannya. Dengan demikian deteksi dini masalah kesehatan jiwa anak usia sekolah dasar sangat membantu mencegah timbulnya masalah yang lebih berat. Masalah kesehatan jiwa yang sifatnya ringan dapat dilakukan penanganan di sekolah oleh guru atau kerjasama antara guru dan orang tua anak karena penyebab permasalahan dapat berkaitan dengan

masalah dalam keluarga yang tidak ingin dibicarakan oleh orang tua, mungkin pula anak mempunyai masalah dengan teman (Noviana, 2010).

Menurut data *World Health Organization (WHO)* masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan jiwa (Yosep, 2010). menurut data Riset kesehatan dasar (Rikesda) kementerian kesehatan tahun 2007, diketahui bahwa 11,6% penduduk indonesia usia 15 tahun mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa. Prevelansi gangguan jiwa ansietas dan depresi sebesar 11,65% populasi (24.708.0000 orang) dan prevelansi nasional gangguan jiwa berat di indonesia sebesar 0.46% (1.065.000 orang).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Rikesda) Kementerian Kesehatan tahun 2013 Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, dan Aceh masing-masing (2,7%), yang terendah adalah Kalimantan barat (0,7%) sedangkan Kalimantan timur sebanyak (1,4%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah (11,6%), yang terendah di Provinsi Lampung (1,2%) dan Kalimantan timur sebanyak (3,2%). Jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, peningkatan proporsi gangguan jiwa pada data yang didapatkan Riskesdas 2018 cukup signifikan naik dari 1,7% menjadi 7%.

Menurut kepala dinas kesehatan di Jakarta Dien Ermawati menyatakan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa ringan hingga triwulan kedua tahun 2011 mencapai 306.621 orang. Naik dari 159.029 orang pada tahun 2010. Secara keseluruhan jumlah penderita gangguan jiwa di Jakarta mencapai angka 14,1%, dari jumlah penduduk jumlah diatas angka nasional sebesar 11,6 % (Wulandari, 2014).

Pada klien dengan perilaku kekerasan, individu merupakan orang yang ambigue, selalu dalam kecemasan, mempunyai penilaian yang negatif terhadap diri sendiri dan orang lain, ketidakmampuan untuk menyelesaikan masalah dengan baik sehingga perilaku kekerasan merupakan salah satu cara

yang digunakan untuk menyelesaikan masalah. Perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarga untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena berisiko membahayakan dirinya dan orang lain (Keliat, 2012).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman menciderai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respon tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan maka, penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga profesional (Keliat, 2012).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Utomo dll, 2009) Kontinuitas pengobatan dalam penatalaksanaan pasien dengan resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu faktor utama keberhasilan terapi. Pasien yang tidak patuh pada pengobatan akan memiliki resiko kekambuhan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang patuh pada pengobatan. Ketidapatuhan berobat ini yang merupakan alasan pasien kembali dirawat di rumah sakit. Pasien yang kambuh membutuhkan waktu yang lebih lama untuk kembali pada kondisi semula dan dengan kekambuhan yang berulang, kondisi pasien bisa semakin memburuk dan sulit untuk kembali ke keadaan semula. Pengobatan pasien ini harus dilakukan terus menerus sehingga pasiennya nanti dapat dicegah dari kekambuhan penyakit dan dapat mengembalikan fungsi untuk produktif serta akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Medicastore, 2009).

Menurut data rekam medik di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2018 dari bulan Juli sampai bulan Oktober jumlah pasien masuk sebanyak 1732 orang. Tinjauan disalah satu ruang rawat inap kelas I dan II yaitu ruang Tiung pada tahun 2018 dari bulan Juli sampai Oktober jumlah pasien masuk dengan persentase 56,3% mengalami Halusinasi, 5,9% dengan Isolasi Sosial, 0,75% mengalami Harga Diri Rendah, 2,13% pasien yang mengalami Waham, 1,03% mengalami Resiko Bunuh Diri,

7,96% mengalami Defisit Perawatan Diri dan pasien yang mengalami Resiko Perilaku Kekerasan sebanyak 25,9%.

Menghadapi masalah tersebut di atas, maka dibutuhkan suatu teknik dalam upaya membantu mengurangi perilaku kekerasan. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan tanda dan gejala dan peningkatan kemampuan mengontrol resiko perilaku kekerasan adalah dengan Terapi Remediasi Kognitif atau *Cognitive Remediation Therapy* (CRT). CRT merupakan salah satu psikoterapi yang berbasis latihan perilaku yang bertujuan untuk memperbaiki proses kognitif meliputi (memori, psikomotorik, fungsi eksekutif). Remediasi kognitif merupakan metode untuk membantu seseorang untuk meningkatkan kemampuan kognitifnya sehingga dapat mencapai pemulihan fungsional baik dalam pekerjaan, akademik maupun kehidupan sehari-hari. Pendekatan praktis dari remediasi kognitif dapat berupa berbagai macam bentuk latihan yang bertujuan untuk menentukan ranah kognitif yang menjadi target tumbuhnya neuroplastisitas otak (Eack, 2012).

Cognitive Remediation Therapy (CRT) membantu seseorang dalam mengurangi penderitaan yang dialami dengan meningkatkan kesadaran dan kemampuan seseorang terhadap apa yang diinginkan dalam hidupnya. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan tentang pengaruh terapi remediasi atau CRT terhadap gejala perilaku kekerasan.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Implementasi Teknik Terapi Remediasi Kognitif Terhadap Perbaikan Fungsi Kognitif Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap pasien Perilaku Kekerasan dengan teknik “Implementasi Teknik Terapi Remediasi Kognitif Terhadap Perbaikan

Fungsi Kognitif Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian pada klien Tn. H.I dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada klien Tn. H.I dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien Tn. H.I dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Tn. H.I dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Tn. H.I dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- f. Menganalisis intervensi terapi remediasi kognitif terhadap perbaikan fungsi kognitif pada Tn. H.I dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini sebagai bahan masukan manajemen pengambilan tindakan untuk terus mendukung terlaksananya pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif guna terciptanya Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa) dan bisa dijadikan bahan pertimbangan untuk menjadikan teknik Terapi Remediasi Kognitif sebagai salah satu terapi untuk mengatasi masalah pada pasien resiko perilaku kekerasan.

2. Bagi Profesi Keperawatan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi perawat akan teknik Terapi Remediasi Kognitif sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam menangani pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Serta diharapkan perawat mampu memaksimalkan perannya sebagai pemberi asuhan dan pendidik bagi pasien dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif guna menciptakan mutu keperawatan yang optimal.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi atau masukan dalam melakukan penelitian lainnya yang berhubungan dengan teknik Terapi Remediasi Kognitif terhadap perbaikan fungsi kognitif pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yang lebih spesifik.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

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 (Damaiyanti, 2012).

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. (Yusuf, dkk. 2015). Amuk merupakan respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan masalah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Yusuf, dkk. 2015).

Emosi marah merupakan suatu emosi yang didominasi kesepian 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 berposisi) dan *Boiling inwardly* (mendidih di dalam) (Yusuf, dkk. 2015).

2. Penyebab Kemarahan

Perilaku kekerasan merupakan salah satu maladaptif dari marah. Marah adalah reaksi emosional yang ditimbulkan oleh sejumlah situasi yang merangsang, termasuk ancaman, agresi lahiriah, pengendarangan diri, serangan lisan, kekecewaan atau frustrasi (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.

Prilaku kekerasan adalah akibat dari kemarahan yang ekstrim atau kecemasan (panik). alasan spesifik dari prilaku agresif berbeda-beda untuk setiap orang (Stuart, 2013).

a. Faktor Biologi

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

Dalam penelitian ini sistem saraf pusat sangat berperan penting dalam proses iritabilitas pada anggota tubuh secara keseluruhan. Iritabilitas bisa membuat seseorang dengan mudah melakukan penyesuaian diri dan juga memberikan respon terhadap semua perubahan yang telah terjadi di lingkungan sekitarnya.

Bagian-bagian dari sistem saraf pusat yaitu :

1) Otak besar

Otak besar mempunyai bentuk lunak, kenyal, terdapat banyak lipatan, dan juga lebih berminyak. Bagian ini dikelilingi oleh suatu cairan yang bernama cairan serebrospinal yang mempunyai fungsi dalam membantu memberik makanan kepada otak dari dampak yang terjadi saat ada guncangan. Dibandingkan dalam otak besar.

2) Otak kecil

Otak kecil bisa ditemukan pada bagian belakang kepala dan juga dekat dengan leher. Fungsi utama dari otak kecil ialah digunakan sebagai pusat terjadinya suatu koordinasi terhadap gerakan otot yang biasanya terjadi secara sadar, berpengaruh pada keseimbangan, dan juga posisi tubuh.

3) Sumsum lanjutan

Sumsum lanjutan (sering disebut sebagai medula oblongata) bisa ditemukan pada area persambungan antara bagian otak dengan bagian tulang belakang. Fungsi utama dari bagian sumsum lanjutan ialah digunakan untuk membantu dalam proses mengatur suhu tubuh, mengatur berbagai gerak refleks seperti berkedip, batuk, dan bersin, kemudian bisa dijadikan alat kendali muntah, serta sebagai pusat pernapasan.

4) Sumsum tulang belakang

Sumsum tulang belakang (sering disebut dengan medula spinalis) bisa ditemukan di bagian dalam tulang belakang. Sumsum tulang belakang dibedakan menjadi dua bagian, meliputi lapisan luar yang mempunyai warna kelabu.

Dalam berbagai tinjauan penelitian berbasis imunoneuropatologis menunjukkan bahwa neurotransmitter berperan sangat penting dalam gangguan perilaku dan gangguan psikiatrik. Neurotransmitter yang berpengaruh pada terjadinya gangguan perilaku dan psikiatrik diantaranya adalah dopamin, norepinefrin, serotonin, GABA, glutamat dan asetilkolin. Selain itu, penelitian, penelitian juga menunjukkan adanya kelompok neurotransmitter lain yang berperan penting pada timbulnya mania, yaitu golongan neuropeptia, termasuk endofrein, somatostatin, vasopresin dan oksitosin. Diketahui bahwa neurotransmitter ini, dalam beberapa cara tidak seimbang (unbalanced) pada otak individu mania dibanding otak individual normal. GABA diketahui menurun kadarnya dalam darah dan cairan spinal pada pasien mania. Norepinefrin meningkat kadarnya pada celah sinaptik

tapi dengan serotonin normal. Dopamin juga meningkat kadarnya pada celah sinaptik, menimbulkan hiperaktivitas dan agresivitas mania, seperti juga pada skizofrenia.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis merupakan salah satu predisposisi atau presipitasi dalam proses terjadinya perilaku agresif atau kekerasan. Menurut Stuart dan Larisa (2013) yang dimaksud dalam faktor psikologis di antaranya kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, dan pertahanan psikologi. Suatu pandangan psikologi tentang perilaku agresif menyatakan bahwa pentingnya faktor pengembangan 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 perna seperti peran sebagai orang tua, kelompok, saudara, olahraga dan figure dari entertainmen (Stuart, 2013).

Menurut Vacarolis, et.al. 200 perilaku agresif dipelajari dari: menjadi saksi tindak kekerasan, menonton tv, film, musik, vidio games. Paparan media yang menampilkan kekerasan mempunyai pengaruh bermaksna pada kesehatan anak-anak dan remaja. Media kekerasan berkontribusi pada perilaku agresif dan desensitisasi untuk kekerasan.

c. Sosial Budaya dan Spiritual

Faktor sosial, budaya juga merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan pada individu. Karakteristik yang termasuk dalam perilaku kekerasan pada individu yaitu, karakteristik yang terjadi pada sosial budaya seperti: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, peran sosial, latar belakang, budaya, agama

keyakinan individu, dan riwayat perilaku kekerasan dimasa lalu (Stuart, 2013).

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

3. Proses Marah

Sterss, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus di hadapi oleh setiap individu. Sterss dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam. Kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Respon terhadap marah dapat di ungkapkan melalui 3 cara, yaitu mengungkapkan secara verbal menekan dan menentang. Kemarahan di awali oleh adanya stresor yang 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*) dan hal yang terpenting adalah bagaimana seseorang individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut (*pearson meaning*) (Videbeck, 2008).

4. Tanda dan Gejala

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

- a. Muka merah dan tegang
- b. Mata melotot/pandangan tajam
- c. Tangan mengepal
- d. Rahang mengatup
- e. Jalan mondar mandir
- f. Bicara kasar

- g. Suara tinggi, menjerit, dan berteriak
- h. Mengancam secara verbal atau fisik
- i. Melempar atau memukul benda/orang lain
- j. Merusak barang atau benda
- k. Tidak memiliki kemampuan mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan.

Pada klien dengan perilaku kekerasan terlihat adanya gejala positif dari empat dimensi utama gejala skizofrenia. Ketika individu mendapatkan stresor dalam faktor predisposisi maupun presipitasi yang berasal dari biologis, psikologis maupun sosiokultural akan berlanjut pada proses penilaian terhadap stresor 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:

a. Respon Kognitif

Bentuk yang berada dari agresi dapat di hubungkan dan berhubungan dengan psikologis seperti permusuhan, kemarahan dan keyakinan yang irasional. Hubungan pemikiran dan emosi ini berperan penting dalam menerjemahkan marah menjadi perilaku agresif.

Pada individu dengan perilaku agresif atau perilaku kekerasan berfikir secara irasional akan tercermin dari kata-kata yang digunakan. Kata-kata yang tidak logis menunjukkan cara berfikir yang salah dan kata-kata yang tepat menunjukkan cara berfikir yang tepat. Perasaan dan berfikir negatif serta penolakan diri harus dilawan dengan cara berfikir 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 di perhatikan cara seseorang marah, mengidentifikasi keadaan yang menyebabkan marah, bagaimana

informasi diproses, klarifikasikan dan diintegrasikan. Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara kognitif yaitu akan menemukan tekanan atau gangguan pada pikiran.

b. Respon Afektif (Emosi)

Marah sebagai suatu emosi yang mempunyai ciri-ciri aktivitas saraf simpatik yang tinggi (Triantoro, 2009). bagaimanapun pengalaman emosional dari marah tidak selalu mengarah pada respon antagonis. Kekerasan 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 pengalaman marah bentuk yang berbeda dari agresi dapat dihubungkan dan berhubungan dengan psikologis seperti permusuhan kemarahan, dan keyakinan yang irrasional.

c. Respon Fisiologis

Respon 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, ketergangungan otot seperti tangan di kepala, tubuh kaku dan reflek yang cepat, hal ini disebabkan karena energy yang dikeluarkan saat marah bertambah (Triantoro, 2009).

d. Respon Prilaku

Respon prilaku menarik perhatian timbulnya konflik pada diri sendiri yang perlu di kaji seperti melarikan diri, bolos bekerja, atau penyimpangan seksual (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 Marison (1993, dalam Keliat, 2009) perilaku kekerasan terdiri dari perilaku kekerasan pada orang lain berupa serangan fisik, memukul, dan melukai. Sedangkan, 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.

e. Respon Sosial

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 (Triantoro, 2009).

Keyakinan, nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah seseorang. Aspek ini dapat mempengaruhi hubungan seseorang dengan lingkungan. Hal ini yang bertentangan dengan norma serta dapat menimbulkan kemarahan dan memanas dengan moral dan rasa tidak berdosa (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 tidak mau di arahkan.

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 di alami klien dapat di ukur dengan berpedoman kepada lima respon yang di tunjukkan tersebut. Gejala positif, negative dan afektif dari klien yang memiliki gangguan seperti depresi, kecemasan, halusinasi dan perilaku yang tidak biasa terutama klien skizofrenia dapat digunakan dengan skor *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Kuesioner skor BPRS diadopsi dari penelitian Marchira (2012), bentuk instrumen ini adalah instrumen dalam bentuk skala penilaian psikiatrik yang terdiri dari 18 item yang terdiri dari keparahan symptom positif dan symptom negatif pada pasien gangguan psikotik, perubahan pada pasien psikotik, termasuk gangguan berpikir, emotional withdrawal, retardasi, ansietas dan depresi, sifat permusuhan, dan kecurigaan dengan menggunakan skala likert (0) apabila tidak didapatkan tanda dan gejala, (1) bila didapatkan tanda dan gejala sangat ringan, (2) bila didapatkan tanda atau gejala ringan, (3) bila didapatkan tanda atau gejala sedang, (4) bila didapatkan tanda atau gejala agak berat, (5) bila didapatkan tanda atau gejala berat, (6) bila didapatkan tanda atau gejala sangat berat, dan (7) bila tanda atau gejala yang didapatkan sulit atau tidak dapat dilakukan penilaian. Hasil observasi skor BPRS di kategorikan menjadi dua, yaitu tinggi (negative) dan rendah (positif). Lembar observasi pada klien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Lembar Observasi BRIEF

Nama :	Tanggal :
Id Client :	Ruang :
BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)	
Masukan skor untuk Masukkan skor untuk jangka yang paling menggambarkan kondisi pasien 0 = tidak dinilai, 1 = tidak hadir, 2 = sangat ringan, 3 = ringan, 4 = moderat, 5 = sedang hingga berat, 6 = parah, 7 = sangat parah	
Item Brief	Skor
<p>1. Concern Somatik Tingkat kepedulian terhadap kesehatan tubuh saat ini. Beri peringkat sejauh mana kesehatan fisik dianggap sebagai masalah oleh pasien, apakah keluhan memiliki dasar yang realistis atau tidak.</p>	
<p>2. Kegelisahan Khawatir, takut, atau terlalu khawatir untuk saat ini atau di masa depan. Menilai semata-mata atas dasar laporan verbal milik pasien pengalaman subjektif. Jangan menyimpulkan kecemasan dari fisik tanda-tanda atau dari mekanisme pertahanan neurotik.</p>	
<p>3. Penarikan Emosional Kekurangan terkait dengan pewawancara dan untuk situasi wawancara. Beri nilai hanya sejauh mana pasien member kesan gagal emosional kontak dengan orang lain dalam situasi wawancara.</p>	
<p>4. Disorganisasi Konseptual Tingkat di mana proses pemikiran itu membingungkan, terputus, atau tidak terorganisir. Beri peringkat atas dasar integrasi produk verbal pasien; jangan menilai atas dasar kesan subjektif pasien sendiri tingkat fungsi.</p>	
<p>5. Perasaan Bersalah Kekhawatiran berlebihan atau penyesalan atas perilaku masa lalu. Beri peringkat pada dasar pengalaman subjektif pasien tentang rasa bersalah sebagai dibuktikan dengan laporan lisan dengan pengaruh yang sesuai, tidak menyimpulkan perasaan bersalah dari depresi, kecemasan atau neurotic pertahanan.</p>	
<p>6. Ketegangan Manifestasi fisik dan motorik dari ketegangan "kegelisahan", dan tingkat aktivasi yang tinggi. Ketegangan harus dinilai semata-mata atas dasar tanda-tanda fisik dan perilaku motorik dan bukan atas dasar pengalaman subjektif ketegangan dilaporkan oleh pasien.</p>	
<p>7. Laku dan Sikap Perilaku motorik yang tidak biasa dan tidak wajar, jenis perilaku motorik yang menyebabkan mental pasien tertentu menonjol di kerumunan orang normal. Hanya tingkatkan kelainan pergerakan; jangan menilai aktivitas motorik sederhana yang tinggi sini.</p>	
<p>8. Kebesaran Opini diri yang berlebihan, keyakinan terhadap kemampuan yang tidak biasa atau kekuatan. Beri peringkat hanya berdasarkan pernyataan pasien tentang dirinya atau diri-dalam hubungan ke orang lain, bukan atas dasar dirinya sikap dalam situasi wawancara.</p>	

<p>9. Perasaan Depresi Kesedihan dalam suasana hati, kesedihan. Beri peringkat hanya tingkat kesedihan; jangan menilai berdasarkan kesimpulan tentang depresi berdasarkan keterbelakangan umum dan keluhan somatik.</p>	
<p>10. Permusuhan Permusuhan, penghinaan, kebencian, penghinaan bagi orang lain di luar situasi wawancara. Nilai semata-mata atas dasar laporan verbal tentang perasaan dan tindakan pasien terhadap orang lain; jangan menyimpulkan permusuhan dari pertahanan neurotik, kecemasan, atau keluhan somatik. (Tingkat sikap terhadap pewawancara di bawah "tidak kooperatif").</p>	
<p>11. Kecurigaan Singkat (delusional atau sebaliknya) yang dimiliki orang lain sekarang, atau telah di masalah, niat jahat atau diskriminatif menuju pasien. Atas dasar laporan verbal, beri peringkat saja kecurigaan yang saat ini dipegang apakah mereka kekhawatiran masa lalu atau keadaan sekarang.</p>	
<p>12. Perilaku Halusinasi Persepsi tanpa stimulus eksternal normal korespondensi. Beri nilai hanya pengalaman-pengalaman yang ada dilaporkan telah terjadi dalam minggu terakhir dan yang mana dideskripsikan sebagai sangat berbeda dari pemikiran dan proses citra orang normal.</p>	
<p>13. Retardasi Motorik Penurunan tingkat energy dibuktikan dalam gerakan yang diperlambat. Nilai berdasarkan perilaku yang diamati pasien saja; jangan menilai berdasarkan kesan subjektif pasien tingkat energy sendiri.</p>	
<p>14. Uncooperativeness Bukti perlawanan, tidak ramah, kebencian, dan Kurangnya kesiapan untuk bekerjasama dengan pewawancara. Menilai hanya atas dasar sikap dan tanggapan pasien pewawancara dan situasi wawancara; jangan menilai dasar melaporkan kebencian atau ketidaknyamanan di luar situasi wawancara.</p>	
<p>15. Konten Pikiran Unusual Konten pikiran yang tidak biasa, aneh, aneh atau aneh. Menilai di sini tingkat kegunaannya, bukan tingkat disorganisasi proses pemikiran.</p>	
<p>16. Blunted Affect Mengurangi nada emosional, jelas kurangnya perasaan normal atau keterlibatan.</p>	
<p>17. Kegembiraan Semakin tingginya nada emosional, agitasi, peningkatan reaktivitas.</p>	
<p>18. Disorientasi Kebingungan atau kurangnya asosiasi yang tepat untuk orang, tempat atau waktu.</p>	
TOTAL SKOR	

Kategori skor untuk skala penilaian BRIEF yaitu :

- 1) < 50 Gejala Positif, yaitu gangguan yang klien rasakan sudah mengalami penurunan

- a. 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).
- b. Frustrasi adalah respon yang timbul akibat gagal menciptakan tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- c. Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, tidak berdaya dan menyerah. Individu yang pasif sering menyampaikan haknya dari persepsinya 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).
- d. 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.
- e. 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. Rentang respon individu terhadap kemarahan yang dialami dapat

dikelompokkan berdasarkan respon yang ditunjukkan, seperti yang dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Rentang Respon	Asertif	Pasif	Frustasi	Agresif	Amuk
Kognitif	Berfikir rasional berbicara dengan jujur dan jelas	Mengenyampingkan haknya daripada persepsinya terhadap hak orang lain	Berfikir kurang rasional karena memiliki tujuan yang kurang realitas	Berfikir irrasional dan kurang percaya diri. Menilai dan mengkritik tingkah laku orang lain	Kehilangan control diri
		Merasa tertekan	Merasa gagal, merasa tidak bersemangat dan kurang motivasi	Merasa marah, merasa bersaing dan merasa malu	Merasa marah dan bersaing yang kuat
Fisiologis	Tidak ada perubahan pada fisiologis	Tidak ada perubahan pada fisiologis	Terjadi perubahan fisiologis namun belum mengganggu	Tekanan darah meningkat, frekuensi denyut jantung meningkat, wajah tegang, tidak bisa diam, mengempal kan tangan atau memukulkan tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan.	Tekanan darah meningkat, frekuensi denyut jantung meningkat, peningkatan pernafasan, dan pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urin meningkat wajah merah dan tegang serta rahang mengencang
Perilaku	Saat berbicara kontak mata langsung tapi	Menghindari masalah dan menutupi	Menghindar dari masalah	Tidak menghargai hak orang lain,	Bermusuhan, perilaku mencederai

	tidak mengganggu, intonasi suara dalam berbicara tidak mengancam	kemarahannya		bermusuhan perilaku megarah pada kekerasan verbal dan fisik	diri sendiri dan orang lain dan lingkungan
Sosial	Klien dapat berinteraksi dengan baik dan menghargai orang lain	Menghindar dari orang lain	Menghindar dari orang lain	Hubungan interpersonal berkurang dan cenderung menyakiti orang lain	Hubungan ineterpersonal berkurang dan cenderung menyakiti orang lain

6. Mekanisme Koping

Mekanisme koping menurut (Sujono dan Teguh, 2009)

a. Denial

Menghindari realita yang tidak menyenangkan dengan mengabaikan atau menolak untuk mengakuinya

Contoh:

Seseorang yang sehat lalu didiagnosa dengan penyakit kanker ia tidak akan mengakuinya dan tidak peduli dengan hal tersebut dengan beranggapan bahwa dirinya tetap sehat seperti dulu, tidak ingin memikirkan kematian.

b. Kompensasi

Proses dimana individu memperbaiki penurunan citra diri berupaya menggantinya dengan menonjolkan kelebihan lain yang dimiliki.

Contoh :

Seorang anak yang sangat nakal dilingkungan rumahnya menjadi sangat ramah, sopan dan pandai disekolahnya dan disenangi para temannya.

c. Displacement

Memindahkan emosi atau perasaan kepada seseorang atau obyek lain yang lebih netral atau kurang berbahaya.

Contoh:

Seorang anak dimarahi oleh ibunya karena mengolok-olok atau memperlakukan adiknya dengan kasar dan membuat adiknya menangis ketika itu ia melampiaskan amarahnya dengan membanting pintu karena merasa tidak terima dengan perlakuan terhadapnya.

d. Proyeksi

Menyatakan harapan pikiran, perasaan, motivasi sendiri sebagai harapan, pikiran, perasaan atau motivasi orang lain. Atau pengalihan dorongan. Sikap atau tingkah laku yang menimbulkan kecemasan pada orang lain.

Contoh:

Seseorang wanita menyukai seseorang tetapi cintanya ditolak kemudian dia bercerita ketidak benarannya bahwa dia menolak cinta seseorang.

e. Reaksi Formasi

Mengembangkan perilaku dan pola sikap tertentu yang disadari, berlawanan dengan perasaan dan keinginannya atau penyusunan reaksi mencegah keinginan yang berbahaya baik yang di ekspresikan dengan cara melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan untuk dilakukannya.

Contoh :

Seseorang yang secara fanatik melarang perjudian dan kejahatan lain dengan maksud agar dapat menekan kecendrungan dirinya sendiri ke arah itu.

f. Isolasi

Memisahkan atau mengeluarkan dari komponen perasaan tentang pikiran, kenangan atau pengalaman tertentu.

Contoh:

Seseorang yang kehilangan anggota keluarganya dan menutupi kesedihannya dengan tersenyum atau berkata bahwa ia tidak sedih.

g. Introyeksi

Bentuk identifikasi yang lebih mendalam dimana individu mengambil atau memasukkan nilai dari orang lain yang dicintai atau benci menjadi struktur egonya.

Contoh:

Seorang pasien yang kesal terhadap penyakitnya dan ia akan menyakiti dirinya sendiri.

h. Rasionalisasi

Memberikan alasan atau penjelasan yang masuk akal agar perilaku, pikiran atau perasaan yang tidak dapat diterima atau dibenarkan oleh orang lain.

Contoh:

Seorang pasien yang mengatakan tidak takut pada jarum suntik. Tapi hanya merasa nyeri ketika melihatnya, padahal ia takut.

i. Subtitusi

Mengganti tujuan bernilai lebih tinggi yang tidak dapat dicapai dengan tujuan lain yang hampir sama tetapi nilainya lebih rendah.

Contoh:

Seorang pasien diberikan resep dan harus membeli obat tersebut tetapi diapotik terdekat obat dengan merek tersebut tidak ada dan akhirnya pasien itu membeli obat yang berbeda merek dan lebih murah dengan komposisinya yang sama.

j. Identifikasi

Suatu proses dimana seseorang berusaha seperti orang yang dikagumi dengan meniru cara berfikir dan perilakunya

Contoh:

Seorang mahasiswa yang meniru keteladanan dosennya.

i. Undoing

Suatu tindakan atau komunikasi tertentu yang bertujuan menghapuskan atau meniadakan tindakan sebelumnya.

Contoh:

seorang pasien yang merasa bersalah terhadap perawat dan memberikan makanan kepada perawat tersebut.

j. Sublimasi

Perubahan bentuk ekspresi dorongan atau rangsangan yang terhambat ke ekspresi yang lebih dapat diterima oleh masyarakat secara sosial.

Contoh:

Seseorang yang berlaku keras dan suka berkelahi kemudian ia disalurkan dan menjadi atlet tinju.

k. Regresi

Menghadapi stress dengan perilaku, perasaan dan cara berfikir mundur kembali ke ciri tahap perkembangan sebelumnya.

Contoh:

Seorang anak yang tidak manja menjadi lebih manja ketika memiliki adik agar perhatian ibunya terfokus pada dia dan dia meminta ibunya untuk menyuapinya.

l. Represi

Pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran atau memori yang menyatakan atau bertentangan dengan kesadaran.

Contoh:

Seseorang lebih sering menekankan pada kejadian yang membahagiakan dan enggan menekankan pada kejadian yang tidak membahagiakan atau membuat dirinya sedih.

m. Intelektualisasi

Alasan atau logika yang berlebihan yang digunakan untuk menghindari perasaan yang mengganggu dirinya.

Contoh:

Seseorang yang mengalami kehilangan harta benda dan keluarganya, namun karena tidak ingin berlarut-larut dalam kesedihannya maka ia menenangkan dirinya dan selalu menekankan bahwa bencana yang menimpahnya adalah berasal dari Allah dan merupakan ujian untuknya.

7. Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Perilaku Kekerasan

a. Pengkajian Keperawatan

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

1) Aspek Biologi

Respon fisiologi timbul karena kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin, sehingga tekanan darah meningkat, wajah merah, takhikardi, 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 di keluarkan saat marah bertambah.

2) Aspek Emosional

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

3) Aspek Sosial

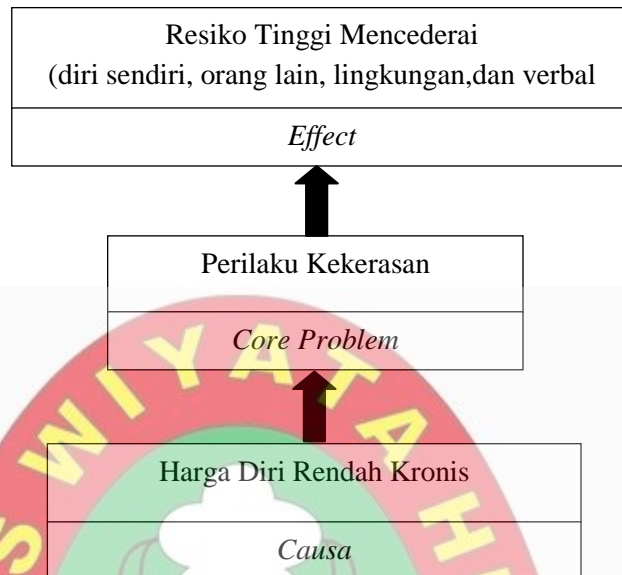
Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan dari orang lain, menimbulkan penolakan dari orang lain. Sebagian klien menyalurkan kemarahan dengan nilai dan mengkritik tingkah laku orang lain, sehingga orang lain merasa sakit hati. Proses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

4) 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 moral dan rasa tidak berdosa. Individu yang percaya kepada tuhan, selalu meminta kebutuhan dan bimbingan kepada-nya.

b. Pohon Masalah



Skema 2.2 Pohon masalah perilaku kekerasan

c. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan sesuai kondisi klien kemampuan klien dan orang lain harus selalu menjadi prioritas dalam menghadapi klien dengan resiko perilaku kekerasan. Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kondisi tersebut menurut Varcarolis, et. Al (2006) diantaranya: resiko perilaku kekerasan adalah resiko membahayakan diri sendiri dan orang lain dan koping tidak efektif.

Diagnosa keperawatan lainnya pada klien perilaku kekerasan adalah resiko membahayakan diri sendiri, resiko membahayakan orang lain, sindrom pasca trauma, harga diri rendah kronis, harga diri rendah situasional, dan kerusakan interaksi sosial.

d. Strategi Pelaksanaan

Tabel 2.3 Strategi pelaksanaan pasien dan keluarga resiko perilaku kekerasan

No	Klien	Keluarga
	SP1P	SP1K
1	Membina Hubungan saling percaya	1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
2	Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan	2. Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, serta proses terjadinya perilaku kekerasan
3	Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan	
4	Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan	
5	Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	
6	Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan	
7	Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1: latihan nafas dalam	
8	Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian.	
	SP2P	SP2K
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan.
2	Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal	2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan.
3	Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian	
	SP3P	SP3K
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan.
2	Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal	2. Melatih keluarga melakukan cara

3	Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian	merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan
SP4P		
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	
2	Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual	
3	Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian	
SP5P		
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	
2	Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	
3	Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian.	

B. Konsep Intervensi Terapi Remediasi Kognitif

1. Pengertian

Secara umum, remediasi kognitif adalah suatu bentuk terapi rehabilitasi sistematis berorientasi tujuan. Yang digunakan untuk menangani individu yang mengalami gangguan otak dengan berbagai diagnosis, misalnya cedera otak traumatik, stroke dan demensia (*American Medical Association, 2010*).

Remediasi kognitif untuk skizofrenia menurut *the cognitive Remediation Experts Workshop* tahun 2010, di Florence Italia, adalah suatu intervensi berbasis latihan perilaku yang bertujuan untuk memperbaiki proses kognitif (meliputi memori, verbal, psikomotorik, fungsi eksekutif, perhatian) yang bersifat umum dan dapat bertahan lama (Wykes, Huddy, Callard, McGurk & Czobo, 2011). Perkembangan remediasi kognitif didorong oleh banyaknya penelitian mengenai pentingnya faktor kognitif terhadap fungsi sosial, peran kognitif terhadap *outcome* rehabilitasi dan

keluhan dari penderita skizofrenia yang mengalami gangguan fungsi kehidupan sehari-hari akibat penurunan fungsi kognitif (Wykes et al., 2011).

Remediasi kognitif merupakan metode untuk membantu seseorang penderita skizofrenia untuk meningkatkan kemampuan kognitifnya sehingga dapat mencapai pemulihan fungsional baik dalam pekerjaan, akademik maupun kehidupan sehari-hari. Pendekatan praktis dari remediasi kognitif pada penderita skizofrenia dapat berupa berbagai macam bentuk latihan yang bertujuan untuk menentukan ranah kognitif yang menjadi target tumbuhnya neuroplastisitas otak (Eack, 2012).

Terapi remediasi kognitif dianggap sebagai terapi yang lebih aman, sederhana dan tidak memerlukan biaya mahal dibandingkan dengan terapi farmakologi (Keefe & Harfey, 2012).

2. Fungsi Kognitif

Fungsi remediasi kognitif mampu memperbaiki memori, perhatian, konsentrasi, kemampuan pemecahan masalah, dan aspek pemrosesan informasi lain.

Upaya remediasi kognitif secara garis besar dibagi menjadi dua, yakni pendekatan farmakologi dan non farmakologi.

a. Pendekatan Farmakologi

Pengaruh anti psikotik konvensional terhadap fungsi kognitif pasien skizofrenia bersifat kompleks. Dijumpai perbaikan kinerja pada beberapa tugas motorik dan kognitif, dan disisi lain dijumpai kemunduran kinerja pada tugas yang lain.

b. Pendekatan Non Farmakologi

1) Latihan langsung terhadap fungsi kognitif (teknik remediasi)

Tujuan dari teknik remediasi adalah mengubah individu dengan memperbaiki keterampilan kognitif (Lieberman et al, 2009).

Konsep dalam teknik remediasi adalah :

- a) Latihan berulang
- b) Modifikasi instruksional

- c) Memberikan instruksi rinci dan mendapatkan umpan balik segera

Ada banyak pendekatan teknik remediasi. Masing-masing menekankan pada aktivitas, intensitas intervensi, dan model praktik yang berbeda. Target remediasi kognitif meliputi memori verbal, kemampuan memecahkan masalah, fungsi eksekutif, perhatian, persepsi sosial, dan kinerja.

Terapi remediasi kognitif dianggap sebagai terapi yang lebih aman, sederhana dan tidak memerlukan biaya mahal dibandingkan dengan terapi farmakologi (Keefe & harfey, 2012). Terapi remediasi kognitif adalah terapi kemampuan mental pada klien. Dalam terapi remediasi terdapat 3 macam terapi yaitu:

- a. Memori

Fungsi memori pasien skizofrenia sering dinilai. Ingatan verbal, cerita, angka berulang, dan rancangan geometris diketahui terganggu.

- b. *Executive function*

Keterampilan mental yang membantu menyelesaikan suatu pekerjaan. Keterampilan ini dikendalikan oleh area otak yang disebut lobus frontal.

- c. Psikomotorik

Psikomotor merupakan ranah yang berkaitan dengan keterampilan (skill) seperti melakukan aktivitas fisik misalnya lari, melompat, melukis, menari memukul dan sebagainya (Sudijono, 2011).

Hasil belajar keterampilan (psikomotor) dapat di ukur melalui:

1. Pengamatan langsung dan penilaian tingkah laku peserta didik selama proses pembelajaran praktik berlangsung.
2. Sesudah mengikuti pembelajaran, yaitu dengan jalan memberikan tes kepada peserta didik untuk mengukur pengetahuan, keterampilan, dan sikap.
3. Beberapa waktu sesudah pembelajaran selesai dan kelak dalam lingkungan kerjanya.

Psikomotor adalah gerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa ; jadi merupakan efek bersama yang mengenai badan dan jiwa. Gangguan Psikomotorik dapat berupa :

1. Kelambatan : secara umum gerakan dan reaksi menjadi lambat.
2. Hipokinesia, hipoaktivitas : gerakan atau aktivitas berkurang (sub-) stupor katatonik, reaksi terhadap lingkungan sangat kurang
3. Katalepsi : mempertahankan secara kaku posisi badan tertentu, juga bila badan hendak diubah orang lain
4. Flexibilitas serebra : mempertahankan posisi badan yang dibuat padanya oleh orang lain
5. Gaduh gelisah katatonik : aktivitas motorik yang kelihatannya tidak bertujuan dan seakan-akan tidak dipengaruhi oleh rangsang luar.

Materi terapi remediasi menekankan pada ranah atensi dan memori yang merupakan ranah kognitif dasar dengan menggunakan materi yang mudah didapat dan relatif murah, berupa potongan berita koran, rekaman lagu dan berita, daftar belanja, kartu bergambar dan cerita pendek. Program remediasi kognitif efektif dalam memperbaiki fungsi kognitif pada penderita skizofrenia (Susilo, 2016).

Terapi yang dilakukan pada pasien adalah dengan menggunakan kartu bergambar. Terapi ini yaitu terapi dengan mencari pasangan kartu yang sama. Disaat pasien mendapat sebuah kartu, lalu secepatnya mencari pasangan yang sesuai dengan kartu yang ia pegang. Cara ini merupakan salah satu jenis dari metode terapi yang dapat membuat pasien mencari pasangan kartu sambil belajar mengenai suatu konsep atau topic dalam suasana yang menyenangkan (Rahmat, 2010).

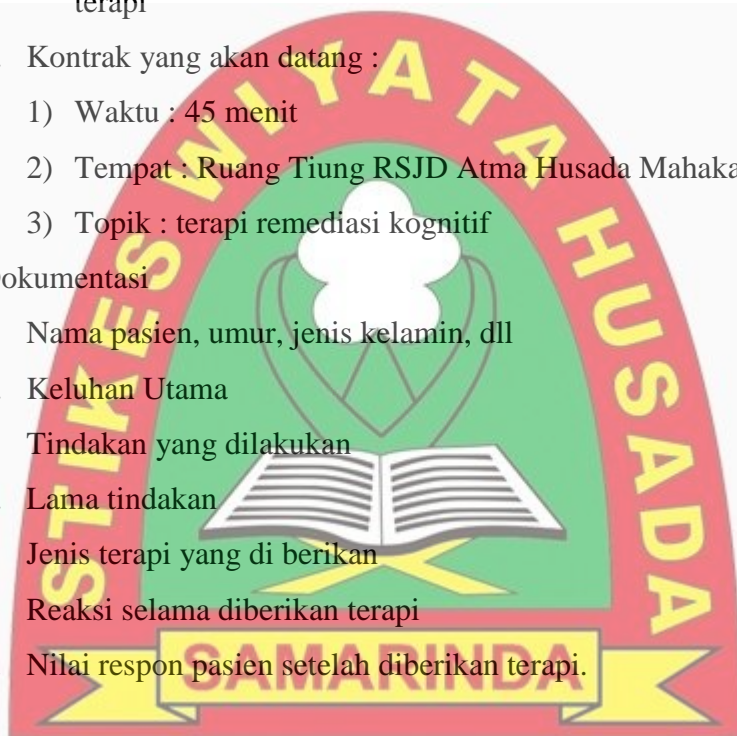
C. Standart Prosedur Operasional (SPO) Pelaksanaan Terapi Remediasi

Berdasarkan teori dan konsep yang dijelaskan maka penulis memilih terapi yang dilakukan pada inovasi yaitu terapi remediasi kognitif yaitu :

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Kaji status kesehatan klien
 - b. Bina hubungan saling percaya
 - c. Kontrak pertemuan untuk terpi remediasi kognitif
 - d. Ciptakan lingkungan yang tenang dan kondusif
 - e. Siapkan alat yaitu : kartu bergambar
2. Tahap Orientasi
 - a. Lakukan BHSP kepada klien
 - 1) Salam terapeutik
Mengucapkan nama dan panggilan terapis, tanyakan nama dan panggilan klien
 - 2) Evaluasi/validasi
Tanyakan perasaan klien saat ini
 - 3) Kontrak (Topik, Waktu dan Tempat)
Ingatkan kotrak dengan klien, jelaskan tujuan kegiatan
3. Tahap Interaksi
 - a. Usahakan situasi dan lingkungan tenang dan nyaman
 - b. Anjurkan klien mengambil posisi duduk yang paling nyaman.
 - c. Siapkan beberapa kartu bergambar
 - d. Acak kartu dan susun kartu secara rapi dengan keadaan kartu tertutup
 - e. Anjurkan klien tenang dan fokus saat diberikan terapi
 - f. Terapis memberikan contoh permainan kartunya terlebih dahulu
 - g. Minta pasien untuk mengambil satu kartu dan menemukan pasangan kartu lainnya
 - h. Jika pasien tidak dapat menemukan pasangan kartu yang cocok minta pasien untuk meletakkan kembali kartu yang diambil dalam keadaan tertutup
 - i. Minta pasien untuk mengambil kembali kartu yang berbeda dan menemukan pasangan kartu yang cocok
 - j. Minta pasien untuk menjelaskan arti gambar yang ada dikartu

- k. Berikan umpan balik positif jika pasien mendapatkan kartu yang cocok dan bisa menjelaskan arti gambar dari kartu tersebut
4. Tahap Terminasi
- a. Evaluasi,
- 1) Pemimpin terapi mengekspresikan perasaan setelah memperkenalkan diri. Contoh : “bagaimana perasaannya setelah mengikuti kegiatan hari ini ?”
 - 2) Pemimpin terapi memberikan umpan balik positif kepada pasien
 - 3) Pemimpin terapi mencoba peserta untuk focus pada saat diberikan terapi

- b. Kontrak yang akan datang :
- 1) Waktu : 45 menit
 - 2) Tempat : Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarida
 - 3) Topik : terapi remediasi kognitif
5. Dokumentasi
- a. Nama pasien, umur, jenis kelamin, dll
 - b. Keluhan Utama
 - c. Tindakan yang dilakukan
 - d. Lama tindakan
 - e. Jenis terapi yang di berikan
 - f. Reaksi selama diberikan terapi
 - g. Nilai respon pasien setelah diberikan terapi.



BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 26 November 2018 jam 10.00 WITA dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa.

1. Identitas Klien

Klien bernama Tn H.I, laki-laki, umur 24 tahun, klien berstatus belum menikah, beragama Islam, pendidikan SMA, klien saat ini bertempat tinggal di Samarinda, klien masuk Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda pada tanggal 25 November 2018 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 26 November 2018 pukul 10.00 WITA diruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan diagnosa keperawatannya perilaku kekerasan.

2. Alasan Masuk

Pada catatan rekam medik, menjelaskan bahwa alasan klien masuk adalah klien gelisah, badan kaku sejak kemarin, sulit makan, sulit tidur, mengamuk dan merusak barang, dan klien minum obat tidak terkontrol risperidone 2mg (2 tablet) dan Depakote 500mg (2 tablet) pasien terakhir kontrol ke poli RSJD pada bulan Agustus 2018.

Dari pengakuan klien, klien mengatakan dia sulit tidur dan klien juga mengatakan meminum obat resperidone dan depakote masing-masing 2 tablet sehingga membuat badan pasien menjadi kaku dan sakit. Klien meminta kepada keluarga untuk dibawa ke RSJD namun tidak dihiraukan sehingga membuat pasien stress dan membuat klien mengamuk serta memecahkan kaca lemari dengan tangannya.

3. Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dari tahun 2015, awalnya pengobatan teratur tetapi menjadi tidak teratur karena terkendala tidak ada keluarga yang memperhatikan jadwal kontrolnya. Klien diantar

dalam keadaan gelisah, badan kaku, dan berbicara keras. Di dalam keluarga tidak ada riwayat yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.

4. Pengalaman yang tidak menyenangkan

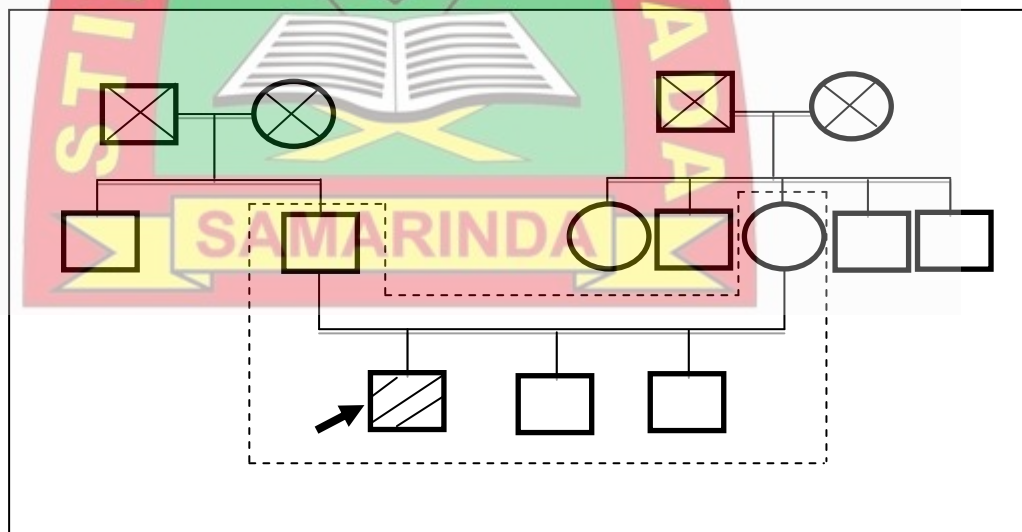
Pasien mengatakan pernah memiliki teman yang sudah dianggapnya sebagai sahabatnya, klien pernah meminjamkan uang pada temannya sampai menggadaikan motornya dan memberikan semua uang hasil gadaian motornya pada temannya. Pada saat dia ingin meminta sebagian hasil uang gadaian temannya tiba-tiba menghilang. Hal tersebut yang membuat orang tua klien marah pada klien dan klien merasa menyesal sudah mempercayakan semua uangnya pada temannya tersebut.

5. Pada pemeriksaan Fisik Bapak H.I didapatkan hasil:

Pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda-tanda vital klien, dengan tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 90 kali/menit, suhu 36,8°C, pernapasan 25 kali/menit, tinggi badan 159cm, berat badan 81kg, hasil pengkajian fisik tidak ditemukan keluhan penyakit fisik pada klien.

6. Psikososial

Genogram menurut keterangan klien dan rekam medic



Keterangan dari Klien :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

↗ : Klien

----- : Tinggal Serumah

Skema 3.2 Genogram

Pengkajian psikososial didapatkan dari data diatas yaitu klien anak pertama dari tiga bersaudara. Adik kedua dan ketiga klien masih bersekolah, di rumah klien lebih senang bercakap-cakap dengan adiknya, klien belum menikah. Klien mengatakan di dalam 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 sempurna dan tidak cacat. Identitas diri, klien mengatakan seorang laki-laki, beragama Islam, lulusan SMA, dan berstatus belum menikah, anak pertama dari tiga bersaudara.

Peran diri, klien mengatakan bahwa sebagai saudara juga turut membantu perekonomian keluarga untuk adiknya. Klien mengatakan ketidak puasannya karena uang yang didapat tidak banyak saat bekerja dan merasa tidak bisa banyak membantu dalam perekonomian keluarga. Ideal diri, klien mengatakan ingin cepat pulang ke rumah agar bisa berkumpul bersama keluarga dan berharap mendapatkan pekerjaan yang lebih baik dan bisa membantu perekonomian keluarga terutama menyekolahkan adiknya.

Harga diri, klien mengatakan malu karena pernah punya riwayat menggunakan sabu dan pernah masuk ke RSJ, sehingga dicap jelek oleh orang disekitarnya Pola hubungan sosial, klien mengatakan bahwa orang yang berarti adalah keluarga terutama adiknya berdua dan ibunya. Klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan masyarakat dikarenakan klien merasa malu bergaul dengan masyarakat apalagi dengan status klien yang pernah menyabu dan masuk ke Rumah Sakit Jiwa.

Pada pengkajian pola spiritual, nilai dan keyakinan, klien mengatakan bahwa ini sudah takdir Tuhan, saya juga sadar bahwa saya juga jarang sholat. Klien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam, klien selalu mengerjakan ibadah seperti sholat 5 waktu.

7. Status Mental

Selama dirumah sakit klien berpenampilan tidak rapi, rambut panjang dan kotor, mandi 2x sehari dan keramas apabila ada shampo. Sekali dalam dua hari, baju diganti setiap pagi setiap habis mandi. Pembicaraan klien saat dikaji cukup kooperatif, bicara klien sesuai dengan apa yang dibicarakan. Kontak mata dapat dipertahankan. Aktivitas motorik klien, klien terkadang terlihat gelisah, cemas, tegang dan kadang mata melotot pada saat berinteraksi.

Alam perasaan, klien mengatakan kadang marah dan emosi apabila stresnya muncul memikirkan kehidupannya ini. Klien sesuai dengan stimulus pada saat pengkajian ekspresi wajah marah. Interaksi selama wawancara, klien jarang mau berinteraksi dengan orang lain dan juga perawat ruangan, kontak mata ada, tatapan mata klien cepat beralih, klien suka berbicara yang tidak jelas, tampak gelisah, cemas, tegang dan kadang 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.

Isi pikir klien, selalu memikirkan ingin segera pulang dan bertemu dengan keluarga, klien tidak mengalami waham. Tingkat kesadaran klien baik, 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 Tn. H.I dapat mengingat kejadian enam bulan terakhir.

Tingkat konsentrasi klien baik, klien mampu berhitung sederhana seperti berhitung 1 sampai 50 tanpa dibantu perawat. Klien mampu mengambil keputusan sederhana seperti, cuci tangan sebelum makan atau mandi terlebih dahulu sebelum beraktivitas. Daya titik diri klien, klien

sadar bahwa dirinya sedang dirawat di ruangan Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk pengobatan agar cepat sembuh.

8. Kebutuhan persiapan pulang

Pada pengkajian kebutuhan persiapan pulang, didapatkan data klien makan 3x sehari dengan teratur dan mandiri, klien makanhabis 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 mengguurnya dengan air dan dapat merapikan pakaiannya sendiri setelah selesai BAB/BAK. BAB 1x dalam sehari dan BAK 4-5x sehari. Klien mandi dengan mandiri, mandi 2x 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 siang langsung tidur, minum obat saat pagi dan malam hari saja yang obat disediakan oleh perawat ruangan.

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 klien tidak membicarakan masalahnya kepada orang lain dan ekspresi wajahnya menjadi tegang. Klien adalah pasien ulangan yang keluar masuk rumah sakit, klien mengaku minum obat tidak terkontrol.

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan jarang berinteraksi dengan lingkungan masyarakat selama ada dirumah dan bergotong royong. Klien mengatakan tidak ingin menjadi omongan masyarakat yang ada dilingkungannya akibat

pernah menyabu dan keluar masuk RSJD. Pengetahuan yang kurang dan dukungan dari keluarga yang kurang membuat klien sering minum obat tidak terkontrol dan membuat klien minum lebih dari dosis yang dianjurkan.

11. Aspek Medik

Dengan diagnosa medik F 06.8 Gangguan Mental Organik. Klien mendapatkan terapi obat yaitu terapi medis meliputi:

- | | | |
|----------------|---------|-------------|
| a. Clozapine | 2x100mg | (½ - 0 - 1) |
| b. Depakote Er | 1x500mg | (0 - 0 - 1) |
| c. Merloпам | 1x2mg | (0 - 0 - 1) |

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisis Data

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien Tn. H.I data fokus yaitu data subjektif : klien mengatakan dia sulit tidur dan klien juga mengatakan meminum obat risperidone dan depakote masing-masing 2 tablet sehingga membuat badan pasien menjadi kaku dan sakit. Klien meminta kepada keluarga untuk dibawa ke RSJD namun tidak dihiraukan sehingga membuat pasien stress dan membuat klien mengamuk serta memecahkan kaca lemari dengan tangannya, sedangkan di dapatkan di buku catatan rekam medik, menjelaskan bahwa alasan klien masuk adalah klien gelisah, badan kaku sejak kemarin, sulit makan, sulit tidur, mengamuk dan merusak barang, dan pasien minum obat tidak terkontrol risperidone 2mg (2 tablet) dan Depakote 500mg (2 tablet) sehingga orang tua klien membawa klien ke RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk mendapatkan perawatan.

Serta didapatkan dari hasil pengkajian data objektif klien yaitu respon emosi klien baik, ekspresi tegang, marah-marah, respon perilaku klien merusak lingkungan, mengamuk dan mata melotot, respon verbal klien bicara kasar, intonasi tinggi, dan respon fisik klien muka merah, pandangan tajam dan tekanan darah meningkat yaitu 130/90 mmHg.

2. Pohon Masalah

Risiko Tinggi Mencederai
(diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)

Effect



Resiko Perilaku Kekerasan

Core Problem



Harga Diri Rendah Kronis

Causa

Skema 3.2 Pohon Masalah

3. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn H. Iyaitu:

- a. Resiko Perilaku Kekerasan

C. Rencana Keperawatan SP1-SP5, SP Keluarga dan Terapi Inovasi Terapi Gerak

Tabel 3.1 Rencana Asuhan Keperawatan Generalis Pada PK

Diagnosa	Perencanaan	
	Tujuan	Intervensi
Perilaku Kekerasan	<p>Klien mampu :</p> <p>a. Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan</p> <p>b. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yg pernah dilakukan</p> <p>c. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yg dilakukan</p> <p>d. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>e. Mengontrol perilaku kekerasannya secara :</p> <p>1) Fisik</p> <p>2) Sosial/Verbal</p>	<p>SP.1 Pasien Tarik Nafas Dalam</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya</p> <p>a. Ajak klien berkenalan (salam dan berjabat tangan)</p> <p>b. Jelaskan tujuan interaksi</p> <p>c. Buat kontrak untuk interaksi</p> <p>d. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi</p> <p>2. Identifikasi penyebab, tanda, gejala dan akibat serta perilaku</p>

	<p>3) Spiritual 4) Terapi Psikofarmaka (patuh obat)</p> <p>Kriteria Evaluasi : Setelah dua kali pertemuan klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan b. Klien mampu menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan c. Klien mampu menyebutkan akibat perilaku kekerasan d. Klien mampu memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan, tarik nafas dalam</p>	<p>kekerasan yg dilakukan dan akibatnya</p> <p>3. Latih cara fisik 1 : tarik nafas dalam 4. Masukkan dalam jadwal harian klien</p>
	<p>Setelah dua kali pertemua klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan, yaitu tarik nafas dalam b. Klien mampu memperagakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal/ kasur</p>	<p>SP.2 Pasien Pukul Kasur/Bantal</p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1 Pasien) 2. Latih cara fisik 2 : pukul kasur/bantal 3. Masukkan dalam jadwal harian klien</p>
	<p>Setelah dua kali pertemua klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien menyebutkan dan memperagakan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal b. Klien mampu memperagakan cara sosial/verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan.</p>	<p>SP.3 Pasien Sosial/ Verbal</p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 & 2) 2. Latih secara sosial/verbal : a. Menolak dengan baik b. Meminta dengan baik c. Mengungkapkan dengan baik d. Masukkan dalam jadwal harian klien</p>
	<p>Setelah 2 kali pertemuan mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien mampu menyebutkan dan</p>	<p>SP.4 Pasien Spiritual</p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1, 2, & 3)</p>

	<p>memperagakan kegiatan yang sudah dilakukan seperti tarik nafas dalam, pukul bantal dan mengontrol perilaku kekerasan secara verbal</p> <p>b. Klien mampu memperagakan cara spiritual dalam mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>2. Latih secara spiritual : Berdo'a & Sholat</p> <p>3. Masukkan dalam jadwal harian klien</p>
	<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>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3 & 4)</p> <p>2. Latih patuh obat :</p> <p>a. Minum obat secara teratur dengan prinsip 5 B</p> <p>b. Susun jadwal minum obat secara teratur</p> <p>3. Masukkan dalam jadwal harian klien</p>

Tabel 3.2 Asuhan Keperawatan untuk Keluarga Perilaku Kekerasan

Diagnosa	Perencanaan	
	Tujuan	Intervensi Keluarga
<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>Setelah dilakukan perawatan keluarga dapat merawat pasien di rumah.</p>	<p>SP1 Keluarga : Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan</p> <p>1. Bina Hubungan saling percaya dengan keluarga</p> <p>a. Sapa keluarga klien dengan ramah</p> <p>b. Ciptakan lingkungan yang terapeutik</p> <p>c. Buat kontrak</p> <p>d. Tanyakan keadaan keluarga</p> <p>2. Diskusi masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien</p> <p>3. Diskusi bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan</p>

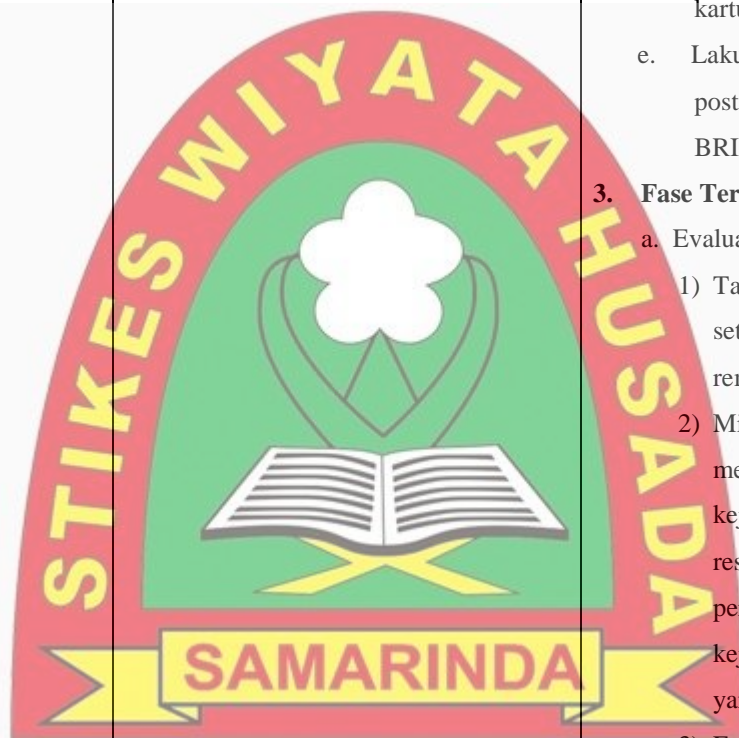
		<p>akibat dari perilaku tersebut).</p> <p>4. Diskusi bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat seperti melempar atau memukul benda atau orang lain.</p>
		<p>SP2 Keluarga : melatih Keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah 2. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat. 3. Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat. 4. Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan.
		<p>SP3 Keluarga : Membuat Perencanaan Pulang bersama Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buat perencanaan pulang bersama keluarga.



Tabel 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan Dengan Intervensi Inovasi Terapi Remediasi

Diagnosa	Perencanaan	
	Tujuan	Intervensi Inovasi
Perilaku Kekerasan	<p>Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengemukakan kejadian dan respon terhadap kejadian Mengidentifikasi keyakinan (rasional dan irrasional) terhadap suatu kejadian Melakukan upaya melawan keyakinan irrasional Menerapkan perilaku baru berdasarkan perubahan keyakinan yang lebih rasional dalam menghadapi sebuah kejadian <p>Kriteria Evaluasi : Setelah empat kali pertemuan masalah pada klien resiko perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Concern Somatik Kegelisahan Penarikan Emosional Disorganisasi Konseptual Perasaan Bersalah Ketegangan Laku dan Sikap Kebesaran Perasaan Depresi Permusuhan Kecurigaan Perilaku Halusinasi Retardasi Motorik Uncooperativeness Konten dan pikiran unusual Blunted Affect Kegembiraan Disorientasi 	<p>1. Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Salam terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Ucapkan salam dan memperkenalkan nama. Tanyakan nama dan panggilan klien Evaluasi/Validasi <ol style="list-style-type: none"> Tanyakan bagaimana perasaan klien saat ini ? Tanyakan apakah ada kejadian yang menimbulkan perasaan jengkel, yang dirasakan mengganggu Kontrak <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan pengertian terapi gerak dan tujuan terapi. Jelaskan tentang proses pelaksanaan dari terapi remediasi terdiri atas beberapa kali pertemuan (tergantung pada kemampuan klien dalam menyelesaikan 3 tujuan diskusi dan diperkirakan dilakukan selama 15 menit sampai 20 menit). Jelaskan tentang tugas yang harus dikerjakan klien. Jelaskan peraturan dalam terapi remediasi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dan kerjasamanya dalam

	<p>Yang berupa :</p> <p>0 : Tidak dinilai</p> <p>1 : Tidak hadir</p> <p>2 : Sangat ringan</p> <p>3 : Ringan</p> <p>4 : Sedang</p> <p>5 : Sedang hingga berat</p> <p>6 : Parah</p>	<p>mengikuti pertemuan dari awal sampai selesai.</p> <p>2. Fase Kerja</p> <p>a. Diskusikan perasaan klien</p> <p>b. Lakukan pengisian kuesioner pre terapi gerak dengan BRIEF</p> <p>c. Lakukan terapi remediasi dengan kartu</p> <p>d. Evaluasi perasaan setelah terapi remediasi dengan kartu</p> <p>e. Lakukan pengisian kuesener post terapi gerak dengan BRIEF.</p> <p>3. Fase Terminasi</p> <p>a. Evaluasi</p> <p>1) Tanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi remediasi</p> <p>2) Minta klien untuk menyebutkan kembali : kejadian yang dialami, respon perilaku dan perasaannya, hubungan kejadian dengan perasaan yang dirasakan oleh klien.</p> <p>3) Evaluasi perasaan dan perilaku baru.</p> <p>4) Berikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.</p> <p>e. Tindak Lanjut</p> <p>1) Anjurkan klien untuk mengidentifikasi : kejadian lain yang dialami, respon perilaku dan perasaan klien</p>
--	---	--



		<p>terkait dengan kejadian tersebut.</p> <p>2) Anjurkan melakukan terapi remediasi apabila ada rasa marah timbul.</p> <p>f. Kontrak</p> <p>1) Sepakati topik pertemuan selanjutnya yaitu berlatih terapi gerak.</p> <p>2) Sepakati waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya.</p> <p>3) Akhiri pertemuan dengan baik untuk terapi gerak saat ini.</p>
--	--	--

D. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Dx. Kep	Hari dan Tanggal	Implementasi	Evaluasi (S.O.A.P)
Resiko Perilaku Kekerasan	Senin, 26/11/18	<p>SP IP Tarik Nafas Dalam</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya</p> <p>a. Mengajak klien berkenalan (salam dan berjabat tangan)</p> <p>b. Menjelaskan tujuan interaksi</p> <p>c. Membuat kontrak untuk interaksi</p> <p>d. Menanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan</p> <p>3. Mengidentifikasi tanda dan</p>	<p>Pukul : 12.15 WITA</p> <p>S :</p> <p>- Klien mengatakan namanya H.I masuk Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam sejak tanggal 25 November 2018, klien diantar oleh keluarganya.</p> <p>- Klien mengatakan bersedia berbincang-bincang dengan perawat</p> <p>- Klien mengatakan penyebab marahnya karena badannya kaku dan sakit dan tidak dihiraukan oleh orang tuanya.</p> <p>- Klien mengatakan ia mencoba melakukan tarik nafas dalam</p>

		<p>gejala perilaku kekerasan</p> <p>4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>5. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p> <p>6. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2, secara verbal, secara spiritual dan minum obat)</p> <p>7. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafas dalam)</p> <p>8. Menanyakan Perasaan klien setelah melakukan latihan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafas dalam)</p> <p>9. Mengajarkan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 ke dalam jadwal kegiatan.</p> <p>10. Membuat kontrak untuk latihan selanjutnya cara mengontrol secara fisik 2 (Sp2P memukul bantal /kasur)</p>	<p>yaitu tarik nafas melalui hidung lalu tahan selama lima detik dan dikeluarkan lewat mulut secara perlahan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu memperkenalkan diri - Klien berjabat tangan dengan perawat - Klien mampu menyebutkan nama Perawat - Klien mampu melakukan tarik nafas dalam - Klien dan perawat membuat jadwal kegiatan dan memasukkan jadwal kegiatan harian. - Klien tampak tegang - Emosi klien masih labil - Klien kadang marah tanpa sebab - TD : 130/90 mmHg - N : 90x/i <p>A :</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan masih ada, SP1P (latihan tarik nafas dalam) pada perilaku kekerasan tercapai (klien mampu mengontrol emosi dengan melakukan latihan tarik nafas dalam)</p>
			<p>P :</p> <p>Lanjutkan SP2P mengontrol marah dengan cara fisik 2 (memukul kasur/bantal) pada</p>

			resiko perilaku kekerasan.
	Selasa, 27/11/18	<p>SP2P Pukul Kasur/ Bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dengan komunikasi terapeutik 2. Menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Membuat kontrak yang akan dilakukan 4. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP1P) 5. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 2 (memukul bantal) 6. Menanyakan perasaan klien setelah melakukan latihan cara mengontrol secara fisik 2 7. Mengajukan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 2 ke dalam jadwal kegiatan harian. 8. Membuat kontrak untuk latihan selanjutnya (Sp3P sosial/verbal) 	<p>Pukul : 11.45 WITA</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih mengingat latihan yang diajarkan pada perawat. - Klien mengatakan bila marah akan mencoba menarik nafas dalam dan klien sudah mencoba sendiri. - Klien mengatakan sudah belajar cara memukul bantal juga - Klien mengatakan tidak kenapa-kenapa <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit tenang - Kontak mata kurang - Verbal sedang - Intonasi bicara klien masih tinggi - Klien memasukan latihan memukul bantal kedalam jadwal harian - TD : 130/80mmHg - N : 93x/i <p>A :</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan masih ada, SP2P (memukul bantal/kasur) pada pasien resiko perilaku kekerasan, tercapai (klien mampu mengontrol emosi dan meluapkan kekesalannya dengan cara memukul bantal)</p>

			<p>P :</p> <p>Lanjutkan SP3P latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal pada pasien perilaku kekerasan</p>
	Rabu, 28/11/18	<p>SP 3P Sosial/ Verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dengan komunikasi terapeutik 2. Menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Membuat kontrak yang akan dilakukan 4. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1 dan 2) 5. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal <ol style="list-style-type: none"> a. Menolak dengan baik b. Meminta dengan baik c. Mengucapkan dengan baik 6. Menanyakan perasaan klien setelah melakukan latihan cara sosial/verbal 7. Mengajukan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan harian 8. Membuat kontrak untuk latihan selanjutnya (Sp4P Spiritual) 	<p>Pukul : 11.05 WITA</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilaku marah dengan menarik nafas dan memukul bantal jika sedang marah - Klien mengatakan mencoba meminta dengan baik misalnya dengan menggunakan kata minta tolong - Klien mengatakan mencoba menolak dengan baik misalnya dengan menggunakan kata "maaf" <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mampu mempraktekkan latihan cara mengontrol marah dengan verbal menolak dan meminta dengan baik. - Klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian - Klien masih sedikit gelisah - Intonasi bicara klien masih tinggi - 130/80mmHg <p>A :</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan masih ada, SP 3 latihan secara sosial/verbal pada resiko</p>

			<p>perilaku kekerasan tercapai (klien mampu mengontrol emosi dengan berbicara baik)</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan SP4P latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual (berdoa dan shalat) pada resiko perilaku kekerasan</p>
	Kamis, 29/11/18	<p>SP 4P Spiritual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dengan komunikasi terapeutik 2. Menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Membuat kontrak yang akan dilakukan 4. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1, 2 dan 3) 5. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual : sholat dan berdoa 6. Menanyakan perasaan klien setelah melakukan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual 7. Menganjurkan klien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian 8. Membuat kontrak untuk latihan selanjutnya (Sp5P 	<p>Pukul : 12.05 WITA</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan hari ini keadaannya biasa saja, sudah tidak kesal - Klien mengatakan masih ingat cara latihan mengontrol marah dengan menarik nafas dalam, memukul bantal dan bicara yang baik. - Klien mengatakan selalu shalat 5 waktu biar bisa mengontrol marah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mempraktekkan cara mengontrol marah dengan menarik nafas dalam, memukul bantal dan berbicara yang baik di depan perawat. - Klien mencoba mempraktekkan langkah shalat - Klien memasukkan latihan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian. - Klien terkadang masih

		patuh minum obat)	<p>gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD :120/90mmHg - N : 88x/i <p>A :</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan masih ada, SP4P latihan spiritual tercapai pada resiko perilaku kekerasan (mampu mengontrol marah dengan cara spiritual)</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan SP5P latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat</p>
Jumat 30/11/18		<p>SP5P Patuh Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dengan komunikasi terapeutik 2. Menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Membuat kontrak yang akan dilakukan 4. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1, 2, 3 dan 4) 5. Membantu klien memparktekan latihan cara mengontrol dengan minum obat secara teratur: <ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pentingnya minum obat b. Menjelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai program c. Menjelaskan akibat bila putus obat 	<p>Pukul : 11.15</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih mengingat cara mengatasi marah dengan tarik nafas dalam, pukul bantal, bicara yang baik dan beribadah bila marah. - Klien mengatakan mau latihan cara minum obat yang teratur agar cepat sembuh dan cepat pulang - Klien mengatakan minum obatnya 2x sehari. - Klien mengatakan obatnya ada 3 macam, 1 macam diminum pagi hari dan 3 macam diminum pada malam hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mempraktekan cara

		<p>d. Menjelaskan cara mendapatkan obat/berobat</p> <p>e. Menjelaskan program pengobatan dengan prinsip 5B</p> <p>6. Menanyakan perasaan klien setelah dijelaskan kepatuhan minum obat</p> <p>7. Menganjurkan klien memasukkan waktu minum obat dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p>8. Buat kontrak untuk latihan selanjutnya (terapi remediasi)</p>	<p>latihan mengontrol marah.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan obat yang diminum - Ekspresi wajah sedikit tegang dan memerah - Klien masih belum mau berbaur dengan pasien lain - Intonasi verbal klien masih tinggi - TD : 120/90mmHg - N : 88x/i <p>A :</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan masih ada, SP 5 latihan cara minum obat tercapai (klien mampu menahan dan mengontrol emosinya menjadi menjadi maksimal setelah diberikan obat)</p> <p>P :</p> <p>Budayakan SP klien pada resiko perilaku kekerasan dan lanjutkan ke pertemuan 1 terapi remediasi dengan topik berdiskusi tentang terapi remediasi, tujuan, dan manfaat terapi remediasi. Menjelaskan waktu dan berapa kali pertemuan.</p>
--	--	---	---

E. Implementasi dan Evaluasi Terapi Remediasi

Tabel 3.5 Implentasi dan Evaluasi Terapi Remediasi

1.	Resiko Perilaku kekerasan	Jumat, 30/11/18	<p>Melaksanakan intervensi inovasi terapi remediasi pertemuan I:</p> <p>a. Mengucapkan salam pada klien dengan komunikasi terapeutik</p>	<p>Pukul : 13.40 WITA</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan baik-baik saja. - Klien menanyakan untuk apa bermain kartu
----	---------------------------	-----------------	---	---

			<p>b. Membuat kontrak yang akan dilakukan</p> <p>c. Mendiskusikan perasaan klien</p> <p>d. Melakukan pengisian penilaian pre terapi remediasi dengan BRIEF</p> <p>e. Menjelaskan tujuan dan manfaat dari terapi remediasi</p> <p>f. Melakukan terapi remediasi dengan kartu yaitu 6 kartu</p> <p>g. Evaluasi perasaan setelah terapi remediasi dengan kartu</p> <p>h. Melakukan pengisian penilaian post terapi remediasi dengan BRIEF</p> <p>i. Membuat kontrak dengan klien untuk terapi remediasi pertemuan ke-II</p>	<p>- Klien mengatakan kapan pulang.</p> <p>O :</p> <p>- Klien mampu mengikuti diskusi dengan perawat.</p> <p>- Klien paham manfaat dari bermain kartu</p> <p>- Klien mampu mengikuti perintah perawat walaupun klien tampak masih bingung.</p> <p>- Klien kooperatif selama interaksi tetapi nada bicara masih tinggi.</p> <p>- Klien tampak tegang</p> <p>- TD :120/90mmHg</p> <p>- N : 89x/i</p> <p>- <i>Score</i> BRIEF sebelum terapi 52</p> <p>- sesudah terapi <i>score</i> BIREF 50</p> <p>A :</p> <p>Pertemuan 1 terapi remediasi dengan 6 kartu tercapai</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan ke pertemuan 2 terapi remediasi dengan kartu yang dilakukan pada hari Sabtu, 01/12/2018 jam 09.00 di ruang tamu depan tiung</p>
2.	Resiko Perilaku kekerasan	Sabtu, 01/12/18	<p>Melaksanakan intervensi inovasi terapi remediasi pertemuan II:</p> <p>a. Mengucapkan salam dengan komunikasi terapeutik</p> <p>b. Membuat kontrak yang akan</p>	<p>Pukul : 10.25 WITA</p> <p>S :</p> <p>- Klien mengatakan perasaan dia mulai membaik, marah-marahnya berkurang</p> <p>- Klien mengatakan masih</p>

			<p>dilakukan</p> <p>c. Mendiskusikan perasaan klien</p> <p>d. Melakukan pengisian penilaian pre terapi remediasi dengan BRIEF</p> <p>e. Menjelaskan tujuan dan manfaat dari terapi remediasi</p> <p>f. Melakukan terapi remediasi dengan kartu yaitu 12 kartu</p> <p>g. Mengevaluasi perasaan setelah terapi remediasi dengan kartu</p> <p>h. Melakukan pengisian penilaian post terapi remediasi dengan BRIEF.</p> <p>i. Membuat kontrak dengan klien untuk terapi remediasi pertemuan ke-III</p>	<p>melakukan teknik relaksasi napas dalam dan spiritual (shalat 5 waktu)</p> <p>- Klien mengatakan sudah mandi, makan dan minum obatnya</p> <p>O :</p> <p>- Klien mampu mengikuti diskusi dan terapi remediasi kartu dengan baik.</p> <p>- Klien kooperatif selama interaksi.</p> <p>- Klien tampak tegang</p> <p>- TD : 120/80mmHg</p> <p>- N : 86x/i</p> <p>- <i>Score</i> BRIEF sebelum terapi 49</p> <p>- sesudah terapi <i>score</i> BIREF 43</p> <p>A :</p> <p>Pertemuan 2 terapi remediasi dengan 12 kartu tercapai</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan ke pertemuan 3 terapi remediasi dengan kartu yang dilakukan pada hari Senin, 03/12/2018 jam 09.00 di ruang tamu depan tiung</p>
3.	Resiko Perilaku kekerasan	Senin, 03/12/17	<p>Melaksanakan intervensi inovasi terapi remediasi pertemuan III:</p> <p>a. mengucapkan salam dengan komunikasi terapeutik</p> <p>b. membuat kontrak yang akan</p>	<p>Pukul : 11.30 WITA</p> <p>S :</p> <p>- Klien mengatakan perasaan cemas, gelisah dan takut tidak ada lagi.</p> <p>- Klien mengatakan dirinya</p>

			<p>dilakukan</p> <p>c. Mendiskusikan perasaan klien</p> <p>d. Melakukan pengisian penilaian pre terapi remediasi dengan BRIEF</p> <p>e. Menjelaskan tujuan dan manfaat dari terapi remediasi</p> <p>f. Melakukan terapi remediasi dengan kartu yaitu 18 kartu</p> <p>g. Mengevaluasi perasaan setelah terapi remediasi dengan kartu</p> <p>h. Melakukan pengisian penilaian post terapi remediasi dengan BRIEF</p> <p>i. Membuat kontrak dengan klien untuk terapi remediasi pertemuan ke-IV</p>	<p>sudah lebih baik.</p> <p>- Klien mengatakan ingin cepat pulang.</p> <p>O :</p> <p>- Klien lebih tenang, tidak mudah tersinggung, ekspresi wajah rileks, tidak ada marah-marah lagi,</p> <p>- Merasa lebih aman dan nyaman berada di RSJ.</p> <p>- Berbicara nada pelan, terapi remediasi bermain kartu sendiri, ingat langkah-langkahnya walaupun tidak teratur.</p> <p>- Kontak mata ada, tidak melotot, tidak ada mengamuk, tidak ada menentang dan sikap tenang.</p> <p>TD : 110/80mmHg</p> <p>N : 85x/i</p> <p>- Sebelum terapi score BRIEF 43 dan sesudah terapi score BRIEF 38.</p> <p>A :</p> <p>Pertemuan 3 terapi remediasi dengan 18 kartu tercapai</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan ke pertemuan 4 terapi remediasi dengan kartu yang dilakukan pada hari Jumat, 07/12/2018 jam 09.00 di ruang tamu depan tiung</p>
4	Resiko Perilaku	Jumat 7/12/2018	Melaksanakan intervensi inovasi terapi remediasi	Pukul : 09.45 WITA S :

Kekerasan		<p>pertemuan IV:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengucapkan salam dengan komunikasi terapeutik Membuat kontrak yang akan dilakukan Mendiskusikan perasaan klien Melakukan pengisian kuesioner pre terapi remediasi dengan BRIEF Menjelaskan tujuan dan manfaat dari terapi remediasi Melakukan terapi remediasi dengan kartu yaitu 24 kartu Mengevaluasi perasaan setelah terapi remediasi dengan kartu Melakukan pengisian kuesioner post terapi remediasi dengan BRIEF 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan cemas, gelisah, rasa ingin marah dan emosi sudah tidak lagi - Klien mengatakan ia sudah merasa lebih baik - Klien mengatakan jika hari ini ia akan pulang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif dan tampak tenang selama terapi remediasi - Klien bisa diarahkan - Emosi stabil, kontak mata ada tidak melotot - Berbicara dengan nada pelan dan tidak ada mengamuk - Klien melakukan terapi remediasi terapi bermain kartu dengan mandiri, klien masih ingat tahapan kerjanya - TD : 110/80mmHg - N : 83x/i - Score Brief sebelum terapi 38 - Sesudah terapi score BRIEF 28 <p>A :</p> <p>Pertemuan ke 4 terapi remediasi dengan 24 kartu tercapai</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan SP Keluarga karena klien akan pulang dan</p>
-----------	--	---	---

				menganjurkan melakukan terapi remediasi dengan kartu di rumah apabila merasa cemas, gelisah dan tidak ada aktivitas selain tetap melakukan SP1-SP5.
--	--	--	--	---

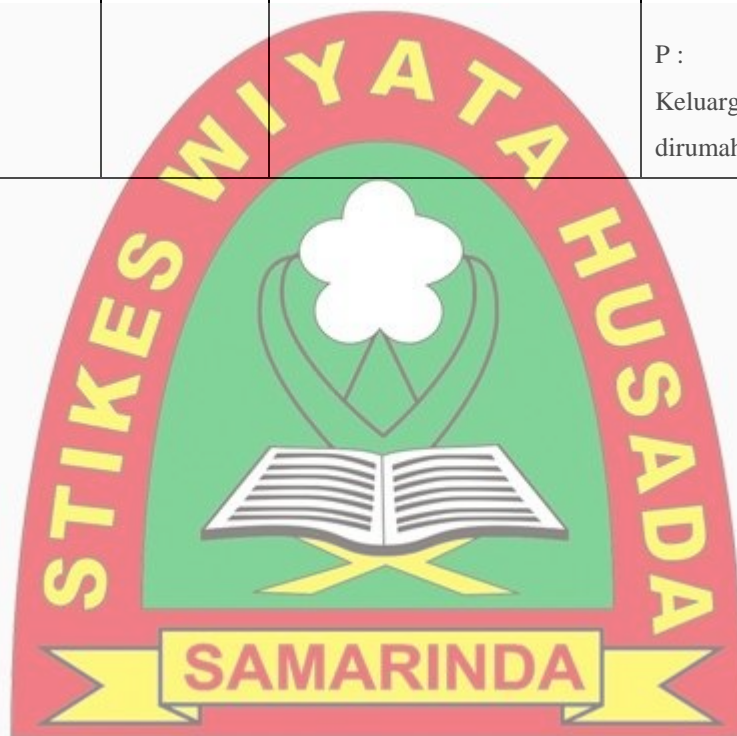
F. Implementasi dan Evaluasi Keluarga

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Sp Keluarga

Dx. Kep	Hari dan Tanggal	Implementasi	Evaluasi (S.O.A.P)
Resiko Perilaku Kekerasan	Jumat, 07/12/18	<p>SP1 Keluarga : Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina Hubungan saling percaya dengan keluarga <ol style="list-style-type: none"> a. Menyapa keluarga klien dengan ramah b. Menciptakan lingkungan yang terapeutik c. Membuat kontrak d. Menanyakan keadaan keluarga 2. Diskusi masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien 3. Diskusi bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut). 4. Diskusi bersama keluarga kondisi-kondisi pasien 	<p>Pukul : 11.15 WITA</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R mengatakan sehat dan bersedia untuk berbincang-bincang - Ny. R mengatakan takut dan bingung jika klien sudah mengamuk - Ny. R mengatakan tanda-tanda jika klien mau mengamuk adalah klien selalu mengeluh badannya sakit dan susah tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat Ny. R mengangguk-angguk antusias mendengarkan penjelasan tentang kondisi klien dengan perilaku kekerasan <p>A :</p> <p>SP1K tercapai keluarga sudah mengerti tentang penyakit klien dan mau mendukung demi proses kesembuhan klien</p>

		<p>yang perlu segera dilaporkan kepada perawat seperti melempar atau memukul benda atau orang lain.</p> <p>SP2 Keluarga : melatih Keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah 2. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat. 3. Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat. 4. Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan. <p>SP3 Keluarga : Membuat Perencanaan Pulang bersama Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buat perencanaan pulang bersama keluarga. (membantu keluarga membuat jadwal aktivitas 	<p>P : Lanjutkan SP2K melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol marah.</p> <p>S : - Ny. R mengatakan sedikit bisa dan paham tentang latihan yang diajarkan</p> <p>O : - Terlihat Ny. R mencoba melihat klien mempraktekkan latihan mengontrol emosi yang baik dan benar</p> <p>A : SP2K tercapai keluarga paham bagaimana cara mengontrol emosi klien jika klien mulai emosi dirumah</p> <p>P : Lanjutkan SP3K membuat perencanaan pulang bersama keluarga</p> <p>S : Ny. R mengatakan akan mengawasi dan mengontrol anaknya dalam peminuman obat dan pengontrolan emosi klien, serta akan mengikuti seperti jadwal kegiatan klien yang ada dirumah sakit</p>
--	--	--	---

		dirumah termasuk minum obat).	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ny. R tampak paham dan mengganggu ketika dijelaskan tentang obat dan jadwal kegiatan klien <p>A :</p> <p>SP3K tercapai Keluarga klien sudah paham akan membuat jadwal kegiatan.</p> <p>P :</p> <p>Keluarga siap merawat klien dirumah</p>
--	--	-------------------------------	--



BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) merupakan salah satu Rumah Sakit tipe A yang meraih predikat kelulusan Akreditasi versi 2012 tingkat Paripurna yang dinilai oleh tim KARS Kemenkes RI pada bulan Agustus 2016, karena RSJD AHM 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.

Saat ini RSJD AHM dipimpin oleh dr. Hj. Padilah Mante Runa, M.Si., MARS sebagai Direkturnya dengan Visi “Menjadikan Rumah Sakit Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa se-Kalimantan Tahun 2018” dan misi “Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Jiwa yang prima serta Meningkatkan Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Jiwa”.

Adapun sejarah Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) didirikan pada tahun 1993 diatas tanah seluas 20.157 M² yang dibiayai oleh kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa. Pada awalnya RSJP didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh kesultanan Kutai dan Kerajaan di Kalimantan Timur.

Sejalan dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No. 1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD pemerintahan Kabupaten/kota dan surat revisi Depkes No. 196/Menkes-sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penataan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 dibawah pemerintah kota Samarinda.

Selanjutnya kedudukan Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) ditetapkan berdasarkan surat keputusan Gubernur Kaltim No. 16 Tahun 2001 tanggal 24 Desember 2001, tentang pembentukan organisasi dan tata kerja unit pelaksanaan teknis pada dinas-dinas provinsi Kalimantan Timur.

Pada tahun 2005 untuk menghilangkan stigma di masyarakat. Rumah Sakit Jiwa Samarinda merubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan surat keputusan Gubernur No. 03 tahun 2005 tanggal 17 Januari tahun 2005. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan jiwa bagi seluruh masyarakat Kaltim yang tersebar di 4 kotamadya dan 10 Kabupaten.

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

Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda menyediakan fasilitas rawat inap menjadi beberapa ruang kelas perawatan yaitu Ruang Tiung (kelas I & II pria), Ruang Enggang (kelas I dan II wanita), Ruang Elang (kelas III pria), ruang Gelatik (kelas III pria). Ruang punai (kelas III wanita) dan Ruang Belibis (kelas III pria).

Ruang IGD merupakan garda terdepan dalam mengatasi kegawat daruratan psikiatri. Penanganan yang tepat diawal dapat mempercepat proses penyembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Observasi klien pertama masuk juga dilakukan di ruang ini dalam 3x24 jam sebelum dipindahkan ke ruang perawatan inap atau bisa juga langsung dipulangkan tanpa rawat inap sesuai dengan hasil observasi dan keadaan klien.

B. Analisis Proses Keperawatan

Penulis akan menguraikan keterkaitan antara landasan teori dengan hasil praktik klinik keperawatan pada Tn. H.I dengan masalah resiko perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Samarinda yang di mulai dari tanggal 19 November – 15 Desember 2018. Dengan pasien kelolaan mulai pengkajian tanggal 26 November 2018 di Ruang Tiung.

1. Pengkajian

Data didapatkan dalam pengkajian alasan klien masuk rumah sakit dalam catatan rekam medik, menjelaskan bahwa alasan klien masuk adalah klien gelisah, badan kaku sejak kemarin, sulit makan, sulit tidur, mengamuk dan merusak barang, dan klien minum obat tidak terkontrol risperidone 2mg (2 tablet) dan Depakote 500mg (2 tablet) pasien terakhir kontrol ke poli RSJD pada bulan Agustus 2018. Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh penulis sudah sesuai dengan konsep 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).

Dari pengakuan klien, klien mengatakan dia sulit tidur dan klien juga mengatakan meminum obat resperidone dan depakote masing-masing 2 tablet sehingga membuat badan pasien menjadi kaku dan sakit. Klien meminta kepada keluarga untuk dibawa ke RSJD namun tidak dihiraukan sehingga membuat pasien stress dan membuat klien mengamuk serta memecahkan kaca lemari dengan tangannya, sehingga dari pihak keluarga membawa klien ke RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk mendapatkan perawatan. Klien merupakan pasien ulangan, memiliki riwayat dengan keluhan yang sama pada tahun 2015. Klien putus obat sehingga pengobatan yang di jalankan tidak efektif. Dari pengakuan klien, dia pernah menyabu sebelumnya, sehingga membuat dia gampang marah dan mengamuk di rumah, klien juga pernah marah dan emosi

karena berkelahi dengan keluarganya dan pernah memukul bapaknya sendiri.

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Damaiyanti & Iskandar, 2014).

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”. Rentan respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai respon sangat tidak normal (maladaptif).

Diperoleh pula data pengkajian faktor predisposisi penyebab klien masuk yaitu klien merupakan klien ulangan dan klien tidak mengontrol 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 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.

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.

Menurut Yosep (2010) faktor predisposisi klien dengan Perilaku Kekerasan ada dua salah satunya faktor psikologis. Pada faktor psikologis

dijelaskan bahwa agresivitas dan kekerasan dapat terpengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*). Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai komponen adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

Proses terjadi marah menurut Yosep (2010) adalah stress, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stress dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam, kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu :

- a. Mengungkapkan secara verbal
- b. Menekan
- c. Menantang

Dari ketiga cara ini, cara yang pertama adalah konstruktif sedang dua cara lain adalah destruktif. Dengan melarikan diri atau menantang akan menimbulkan rasa bermusuhan, dan bila cara ini dipakai terus – menerus, maka kemarahan dapat diekspresikan pada diri sendiri atau lingkungan dan akan tampak sebagai depresi psikomatik atau agresi dan ngamuk.

Menurut Damaiyanti, (2010), 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 riwayat perilaku kekerasan.

Dalam pengkajian penulis didapatkan data bahwa Klien mengatakan “saya tidak tidak terlalu dihiraukan dirumah” klien terlihat berbicara dengan nada keras, mata melotot, ekspresi wajah tegang.

Menurut Yosep (2010), pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditujukan pada semua aspek, yaitu biopsikososial-kultural-spiritual dan pada aspek sosial meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien sering kali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan. Teori ini sudah sesuai dalam pengkajian karena didapatkan data bahwa ketika diajak berbicara, klien mau berinteraksi bila didahului, kontak mata ada tetapi tidak tahan lama, tampak gelisah, klien mudah tersinggung. Tetapi untuk disorientasi waktu, tempat dan orang klien tidak mengalami hal tersebut karena klien mempunyai ingatan yang cukup baik, misalnya makanan yang dimakan klien dapat menyebutkannya, selain klien juga dapat mengingat memori jangka panjang, misalnya klien mengingat bahwa klien pernah bersekolah dan mempunyai banyak teman-teman.

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, 2007). 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 130/90 mmHg, nadi 90 kali/menit, suhu 36,8°C, respirasi 25 kali/menit, tinggi badan 159cm,

berat badan 81kg. Dan hasil pengkajian keluhan fisiknya klien mengatakan tidak mempunyai keluhan apa - apa.

Menurut Keliat (2010), 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 sebagai akibat.

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, penggusuran, bencana dan sebagainya. Hal tersebut akan mengakibatkan kehilangan atau gangguan pada sistem individu (*Disruption & Loss*). Hal yang terpenting adalah bagaimana seorang individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut (*Personal meaning*).

Bila seseorang memberi makna positif, misalnya : macet adalah waktu untuk istirahat, penyakit adalah sarana penggugur dosa, suasana bising adalah melatih persyarafan telinga (*nervus auditorius*) maka ia akan dapat melakukan kegiatan secara positif (*Compensatory act*) dan tercapai perasaan lega (*Resolution*). Bila ia gagal dalam memberikan makna menganggap segala sesuatunya sebagai ancaman dan tidak mampu melakukan kegiatan positif (olah raga, menyapu atau baca puisi saat dia marah dan sebagainya) maka akan muncul perasaan tidak berdaya dan sengsara (*Helplessness*). Perasaan itu akan memicu timbulnya kemarahan (*Anger*). Kemarahan yang diekpresikan keluar (*Expressed outward*) dengan kegiatan yang konstruktif (*Contruktive action*) dapat menyelesaikan masalah. Kemarahan yang diekpresikan keluar (*Expressed outward*) dengan kegiatan yang destruktif (*Destruktive action*) dapat menimbulkan perasaan bersalah dan menyesal (*Guilt*). Kemarahan yang

dipendam (*Expressed inward*) akan menimbulkan gejala psikosomatis (*Painful symptom*).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Keliat (2010), 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.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan pada penelitian ini menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) dan ditambah dengan intervensi inovasi terapi remediasi. Strategi pelaksanaan (SP) pada intervensi masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dapat diimplementasi secara keseluruhan kepada Tn. H.I selama 5 hari, hal ini didukung oleh klien telah kooperatif dalam menerima masukan/intervensi yang diberikan oleh penulis, begitu juga intervensi inovasi terapi gerak dapat diaplikasikan kepada klien selama 4 hari yaitu hari Jumat tanggal 30 November, Sabtu tgl 01 Desember, Senin 03 Desember 2018 dan Jumat 07 Desember 2018 sesuai dengan SOP yang telah dibuat.

4. Implementasi Keperawatan

Evaluasi pada masalah keperawatan perilaku kekerasan dari tindakan yang penulis lakukan dapat disimpulkan pada hari ke 5 yaitu jumat tanggal 30 November 2018 SP1-SP5 masalah risiko 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 beribadah bila marah. Klien mengatakan minum obatnya dua kali sehari, klien mengatakan obat yang diminum ada 3 macam yaitu obat clozapine 2x100mg, merlopam 1x2mg dan Depakote 1x500mg. Klien mengatakan bahwa benar obatnya, benar orangnya, benar

dosisnya, benar waktunya dan benar cara minumnya. Klien masih ingat dan mampu melakukan teknik nafas dalam, cara pukul bantal/kasur, komunikasi verbal yang baik, praktek sholat bila marah dan klien mampu untuk menjelaskan prinsip 5B. Klien mampu menjelaskan jenis obat yang diminum.

Berdasarkan evaluasi hasil pada intervensi generalis ini, direncanakan untuk melanjutkan pada pelaksanaan intervensi inovasi terapi remediasi pada hari Jumat 30 November 2018 jam 09.00 pagi di ruang Tiung ruang tamu depan dan Tn. H.I menyetujui kontrak tersebut dan siap berpartisipasi dalam terapi tersebut.

C. Terapi Remediasi pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan

Pelaksanaan tindakan keperawatan inovasi memberikan terapi remediasi pada Tn H.I yang dilakukan selama empat kali dari Jumat tanggal 30 November, Sabtu tanggal 01, Senin 03 Desember, dan Jumat 07 Desember 2018 di ruangan Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan tujuan untuk mengidentifikasi upaya/perilaku yang muncul dari pikiran dan perasaan yang ada terkait kejadian. Berikut ini adalah hasil dari tindakan keperawatan inovasi pemberian terapi gerak.

Tabel 4.1 Hasil Evaluasi Inovasi Terapi Remediasi

No	Hari/Tanggal	Skor Sebelum	Skor Sesudah
1	Jumat, 30/11/2018	52	50
2	Sabtu, 01/12/2018	49	43
3	Senin,03/12/2018	43	38
4	Jumat, 07/12/2018	38	28

Data sebelum melakukan terapi remediasi kognitif hari pertama menunjukkan skor BRIEF 52 pada hari Jumat 30 November 2018 dan setelah diberikan intervensi inovasi terapi remediasi kognitif hari pertama didapatkan skor BRIEF 50 yang dialami Tn. H.I dimana ekspresi klien masih tegang, klien kooperatif tapi nada bicaranya masih tinggi. Maka dilakukan intervensi hari kedua Sabtu 01 Desember 2018 dengan skor sebelum terapi remediasi

kognitif 49 dan sesudah dilakukan terapi remediasi terdapat perubahan skor BRIEF 43 dan pada hari ketiga Senin 03 Desember 2018 sebelum diberikan intervensi inovasi terapi remediasi skor BRIEF 43 dan sesudah diberikan terapi remediasi kognitif skor BRIEF menjadi 38 dimana klien merasa lebih tenang, tidak merasa tersinggung, tidak ada marah-marah lagi dan berbicara dengan nada pelan. Pada hari keempat jumat 07 Desember 2018 sebelum diberikan terapi remediasi skor BRIEF klien 38 dan sesudah terapi remediasi terjadi penurunan skor lagi menjadi skor BRIEF 28 dimana klien sudah merasa lebih tenang, kooperatif emosi menjadi stabil, berbicara dengan nada pelan dan tidak ada mengamuk. Berdasarkan hasil intervensi inovasi diatas setelah dilakukan terapi remediasi secara kontinyu menunjukkan bahwa hal tersebut menjadi indikator klien dapat menurunkan emosi yang dirasakan dengan masalah resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan adalah kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat mencederai orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol marah secara konstruktif (Keliat dkk, 2010).

Penelitian remediasi kognitif dalam rentang waktu singkat pernah dilakukan oleh Sartory, Zorn, Groetzinger, dan Windgassen (2011) yaitu remediasi kognitif dengan program computer pada ranah memori verbal, dengan durasi 15 jam dalam waktu 3 minggu dapat memperbaiki memori verbal, kecepatan pemrosesan dan fungsi eksekutif dengan rata-rata *effect size* 0,78.

Penelitian ini menunjukkan bahwa remediasi kognitif memungkinkan untuk dilakukan dalam waktu relative singkat. Ranah pembelajaran dan memori verbal tidak mengalami perbaikan yang signifikan karena perbaikan pada ranah kognitif tersebut membutuhkan waktu yang lebih panjang. McGruck et al. (2007) dalam penelitian metaanalisisnya menyebutkan bahwa durasi waktu tidak mempengaruhi pemulihan fungsi kognitif, kecuali pada ranah pembelajaran dan memori verbal.

Remediasi kognitif pada penelitian ini tidak dapat memberikan fungsi kognitif secara global karena salah satu penentu keberhasilan terapi remediasi kognitif adalah kemampuan mentransfer keterampilan yang sudah diperoleh

kedalam kehidupan sehari-hari (Eack, 2012). secara keseluruhan subjek dalam penelitian ini menunjukkan kemajuan pada saat mengikuti latihan diruang kelas.

Proses remediasi kognitif dalam penelitian ini disesuaikan secara bertahap dengan kemampuan individu sehingga akan memotivasi mereka untuk mengikuti latihan berikutnya. Cara ini membuat pasien dapat makin terampil, lebih percaya diri dengan kemampuannya dan dapat lebih mandiri dalam mengerjakan latihan. Saat kemampuannya meningkat ritme latihan dapat dinaikkan secara bertahap. Wykes dan Spaulding (2011) menyebutkan bahwa pasien yang merasa dirinya mampu melakukan tugas-tugas yang diberikan akan meningkat rasa harga dirinya dan memungkinkan menerapkan serangkaian latihan tersebut dalam kehidupan sehari-hari.

Risiko perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat menciderai orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Keliat, 2010).

Menurut Yosep (2009) Perilaku kekerasan dapat disebabkan adanya gangguan harga diri : harga diri rendah. Harga diri rendah adalah penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Dimana gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan. Relaksasi nafas dalam dilakukan dengan menggunakan inspirasi panjang yang nantinya akan menstimulasi secara perlahan-lahan regang paru karena inflamasi paru. Keadaan ini menyebabkan rangsangan atau sinyal dikirimkan ke medulla yang memberikan informasi tentang peningkatan aliran darah. Informasi ini akan diteruskan ke batang otak tepatnya saraf simpatis mengalami peningkatan aktivitas dan saraf simpatis mengalami penurunan aktivitas pada reseptor, sehingga respon akan meningkatkan tekanan darah dan inflamasi paru ini akan menurunkan frekuensi dengan jantung dan terjadi vasodilatasi pada sejumlah pembuluh darah (Rice, 2009).

Orang mengalami ketegangan yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis. Dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang sehingga timbul perasaan rileks. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghantarkan CRH dan CRH mengaktifkan *anterior pituitary* sekresi ACTH menurunkan kemudian ACTH mengontrol *adrenal cortex* untuk mengendalikan sekresi kortisol. Menurunnya kadar ACTH dan kortisol menyebabkan sters dan keetegangan menurun yang akhirnya dapat menurunkan tingkat depresi (Rice,2009).

Penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan kombinasi dari Strategi Pelaksanaan (SP) yang berguna untuk pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan saat berinteraksi atau komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa. Penyebab dalam masalah perilaku kekerasan adalah harga diri rendah kronik yang membuat klien kurang bersemangat, terlihat lesu dan kaku sehingga membuat klien menjadi semakin emosi karena klien tidak mampu untuk mengungkapkan namun setelah diberikan penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan kombinasi dan strategi pelaksanaan (SP) yaitu SP 1 tarik nafas dalam, SP 2 memukul bantal/kasur SP 3 mengungkapkan secara verbal, SP 4 beribadah dan SP 5 minum obat, yang berguna untuk pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan saat berinteraksi atau komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa.

Terapi Remediasi atau *Cognitive Remediasi Therapy (CRT)* terbukti efektif dalam menurunkan emosi dengan hasil penelitian yang didukung oleh konsep teori dan jurnal-jurnal penelitian yang ditemukan sehingga perawat dapat mengimplementasikan pada kasus perilaku kekerasan yang bersifat berat sehingga tindakan *Cognitive Remediasi Therapy (CRT)* menjadi suatu pelengkap yang efektif untuk mengatasi perilaku kekerasan disamping tindakan lainnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dilakukan pada tanggal 26 November sampai 07 Desember 2018, dengan judul Implementasi Teknik Terapi Remediasi Kognitif terhadap Perbaikan Fungsi Kognitif Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Tiung Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Dari hasil implementasi yang dilakukan terhadap Tn. H.I maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan jiwa dengan pasien Perilaku Kekerasan di ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda didapat 3 masalah keperawatan yang sesuai dengan teori dan kasus yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai care problem, dan resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sebagai akibat.
2. Intervensi keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. H.I menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) resiko perilaku kekerasan dan ditambah dengan intervensi inovasi terapi remediasi.
3. Implementasi keperawatan pada Tn. H.I yaitu strategi pelaksanaan (SP) dilakukan selama 5, hari kemudian dilakukan intervensi terapi remediasi selama 4 hari semua intervensi keperawatan diimplementasikan oleh penulis.
4. Sebelum klien dilakukan tindakan terapi gerak hari pertama didapatkan score BRIEF 52 dengan gejala negatif.
5. Setelah diberikan intervensi inovasi terapi gerak terjadi penurunan menjadi score BRIEF 28.

Intervensi inovasi terapi remediasi menunjukkan bahwa hal tersebut menjadi indikator klien dapat menurunkan emosi yang dirasakan dengan masalah resiko perilaku kekerasan. Dengan terapi remediasi yang rutin akan semakin menurunkan tingkat emosi pasien resiko perilaku kekerasan.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dengan penetapan SOP terapi remediasi sebagai salah satu terapi untuk perubahan perilaku kekerasan pada klien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan.
- b. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang terapi remediasi melalui beberapa kegiatan seperti pelatihan dan sosialisasi tentang tehnik terapi remediasi oleh pakar spesialis keperawatan jiwa.

2. Bagi Perawat

- a. Perawat diharapkan mampu memberikan edukasi kesehatan terkait perilaku kekerasan terhadap klien sendiri maupun keluarga klien.
- b. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada klien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk perilaku kekerasan.
- c. Perawat dapat menerapkan pemberian intervensi dengan terapi remediasi secara konsisten dan kontinyu pada klien yang mengalami perilaku kekerasan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan hasil penelitian ini dengan melakukan penelitian yang lebih baik dan sesuai dengan SPO (Standar Prosedur Operasional). Disarankan bagi penulis selanjutnya dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai keefektifan terapi remediasi terhadap perilaku kekerasan. Hal ini tentu saja akan menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien

4. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat melaksanakan aplikasi terapi remediasi pada klien risiko perilaku kekerasan di masing-masing ruang rawat inap dengan membuat grup terapis sehingga dapat diperoleh *evidence based* dalam upaya mengembangkan terapi remediasi baik pada individu maupun kelompok.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustyarna, Wulandari (2014) *Proses Penyusunan Peraturan Desa (Studi Kasus di Desa Penganten Kecamatan Klambu Kabupaten Grobogan berdasarkan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014)*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- American Medical Association.(2010). *Cognitive Rehabilitation in Cigna Healthcare Coverage Position*, Chicago.
- Carla R. Marchira (2012) *Pengaruh Intervensi Psikoedukasi Interaktif Singkat Tentang Skizofrenia Terhadap Pengetahuan Caregiver, Keteraturan Kontrol, Ketaatan Pengobatan dan Kekambuhan pada Penderita Gangguan Psikotik Fase Awal di Jogjakarta*.
- Damaiyanti, M., Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung. PT. Refika Aditama.
- Eack, S. M. (2012). Cognitive remediation: A new generation of psychosocial interventions for people with schizophrenia. *Social Work*.57(3): 235–246
- Hawari, D. (2009). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Balai Penerbit FKUI. Jakarta
- Ibrahim.(2011). *Skizofrenia Spliting Personality*. Jelajah Nusa. Edisi Pertama. Tangerang
- Jackson &Mc,Gorry, PD., (2009). *The Scope For PrefentiveStrategies in Early Psychosis: Logic, Evidence, and Momentum, Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence, and Interventions*, Wiley. United Kingdom
- Keefe, R. S., & Harvey, P. D. (2012). Cognitive impairment in schizofrenia. In: Geyer, M.A., &Antischizofrenia treatment, *handbook of experimental pharmacology*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, pp. 11-37.
- Keliat, B. A. (2009). *Proses Keperawatan Jiwa*. Jakarta: ECG
- Keliat, Budu Anna. (2011). *Keperawatan Jiwa :Terapi Aktivitas Kelompok*. EGC : Jakarta.
- Keliat,.B.A. dan Akemat.(2009). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC
- Kusumawati dan Hartono.(2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Salemba Medika. Jakarta.
- Lieberman, H.A., and Kanig, J.L. (2009). *The Theory and Practice of Industrial Pharmacy*,2nd ed., Lea and Febiger, Philadelphia. 648 – 659.

- Maramis,W.F., (2009).*Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa.*, Surabaya : Airlangga University Press.
- Noviana, Nuryanti. (2010). *Gambaran Kesehatan Jiwa Pada Anak Usia Sekolah (6-12 Tahun) di Sekolah Dasar Negeri Semeru 7 Kota Bogor (Bab I).* Diambil 11 Maret 2011 dari <http://nuryantinoviana.wordpress.com>
- Rahmat.M. (2010). *Pengantar psikologi.* Jakarta: Erlangga.
- Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda, (2018). *Laporan Tahunan Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda,*
- Risikesdas, (2013).“ *Riset Kesehatan Dasar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*”.
- Sartory, G., Zorn, C., Groetzing, G., &Windgassen, K. (2011). *Computerized cognitive rehabilitation improves verbal learning and processing speed in schizophrenia.* *Schizophrenia Research*, 75(2-3), 219–223.
- Smith, Craig A., Richard S. Lazarus. (2009). *Emotion and Adaption (Handbook of Personality)*, Berkeley : University of California. New York: Guilford Press.
- Stuart, GW &Sundeen, SJ. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing,* St. Louis Missouri : Mosby year book
- Sudijono, A. (2008). *Pengantar Evaluasi Pendidikan.* Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Sujonodan Teguh Purwanto.(2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa.* Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sumiati, dkk. (2009). *Kesehatan Jiwa Remaja & Konseling.* Jakarta: Trans Info Media.
- Susilo.(2007). *Kognitif pada Penderita Skizofrenia.* Yogyakarta: BPFE.
- Triantoro. (2009). *Manajemen Emosi.* Jakarta : Bumi Aksara.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2013 Tentang Kesehatan Jiwa
- Utomo, dkk. (2009). PASTI (Preparedness Assesment Tools for Indonesia) Jakarta:hfi dan MCMC.
- Varcarolis, E.M. (2009), *Psychiatric Mental Health Nursing.* (3rd edition). and *Diagnosis.* Philadelphia. W.B Saunders Co.
- Videbeck, Sheila L.,(2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa.* Jakarta: EGC.
- WHO.(2009). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package).* Geneva 27. Switzerland: WHO Press.

Wykes, T., & Spaulding, W. D. (2011). *Thinking about the future cognitive remediation therapy-what works and could we do better?* *Schizophrenia Bulletin*, 37(S2), S80-S90. doi:10.1093/schbuld/sbr064.

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). *A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes.* *American Journal Psychiatry*, 168, 472-485.

Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*, Edisi Revisi, Bandung : Revika Adita

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


Yusuf, Rizky Fitriyarsi PK, dan Hanik Endang Nihayati, (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika : Jakarta.



LAMPIRAN



STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

	PELAKSANAAN		
	TERAPI REMEDIASI		
	Uraian	TMK	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen	No Revisi	Halaman 1-3
	Tanggal terbit	Disahkan oleh:	

Pengertian	Remediasi kognitif merupakan metode untuk membantu seseorang penderita skizofrenia untuk meningkatkan kemampuan kognitifnya sehingga dapat mencapai pemulihan fungsional baik dalam pekerjaan, akademik maupun kehidupan sehari-hari.
Tujuan	Remediasi Kognitif bertujuan untuk memperbaiki proses kognitif yang meliputi memori, verbal, psikomotorik, fungsi eksekutif, perhatian yang bersifat umum dan dapat bertahan lama.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu bergambar b. Meja c. Kursi 2. Persiapan pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Pengkajian Pasien b. Bina hubungan saling percaya bersama pasien c. Kontrak waktu bersama pasien untuk melakukan terapi d. Pastikan keadaan pasien tenang e. Pastikan pasien mampu berkomunikasi dengan baik 3. Persiapan tempat <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan lingkungan yang kondusif b. Sediakan tempat yang nyaman untuk pasien (gunakan kursi dan meja yang nyaman)
Indikasi	Resiko Perilaku Kekerasan
Kontra Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sedang dalam gangguan penyakit fisik. 2. Pasien menolak untuk melakukan kegiatan dalam kontrak.

	3. Pasien sedang dalam kondisi mengamuk.
PROSEDUR	
	<p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kaji status kesehatan klien b. Bina hubungan saling percaya c. Kontrak pertemuan untuk terpi remediasi kognitif d. Ciptakan lingkungan yang tenang dan kondusif e. Siapkan alat yaitu : kartu bergambar <p>2. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan BHSP kepada klien <ol style="list-style-type: none"> 1) Salam terapeutik (Mengucapkan nama dan panggilan terapis, tanyakan nama dan panggilan klien) 2) Evaluasi/validasi (tanyakan perasaan klien saat ini) 3) Kontrak (ingatkan kotrak dengan klien, jelaskan tujuan kegiatan) <p>3. Tahap Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Usahakan situasi dan lingkungan tenang dan nyaman b. Anjurkan klien mengambil posisi duduk yang paling nyaman. c. Siapkan beberapa kartu bergambar d. Acak kartu dan susun kartu secara rapi dengan keadaan kartu tertutup e. Anjurkan klien tenang dan fokus saat diberikan terapi f. Terapis memberikan contoh permainan kartunya terlebih dahulu g. Minta pasien untuk mengambil satu kartu dan menemukan pasangan kartu lainnya h. Jika pasien tidak dapat menemukan pasangan kartu yang cocok minta pasien untuk meletakkan kembali kartu yang diambil dalam keadaan tertutup i. Minta pasien untuk mengambil kembali kartu yang berbeda dan menemukan pasangan kartu yang cocok

	<p>j. Minta pasien untuk menjelaskan arti gambar yang ada dikartu</p> <p>k. Berikan umpan balik positif jika pasien mendapatkan kartu yang cocok dan bisa menjelaskan arti gambar dari kartu tersebut</p> <p>4. Tahap Terminasi</p> <p>a. Evaluasi,</p> <ol style="list-style-type: none">1) Pemimpin terapi mengekspresikan perasaan setelah memperkenalkan diri. Contoh : “bagaimana perasaannya setelah mengikuti kegiatan hari ini ?”2) Pemimpin terapi memberikan umpan balik positif kepada pasien3) Pemimpin terapi mencoba peserta untuk focus pada saat diberikan terapi <p>b. Kontrak yang akan datang :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Waktu : 45 menit2) Tempat : Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda3) Topik : terapi remediasi kognitif <p>5. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">a. Nama pasien, umur, jenis kelamin, dllb. Keluhan utamac. Tindakan yang dilakukand. Lama tindakane. Jenis terapi yang diberikanf. Reaksi selama, setelah diberikan terapi warnag. Nilai respon klien
--	--

Nama :	Tanggal :
Id :	Ruang :
Client	
BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)	
Masukan skor untuk Masukkan skor untuk jangka yang paling menggambarkan kondisi pasien 0 = tidak dinilai, 1 = tidak hadir, 2 = sangat ringan, 3 = ringan, 4 = moderat, 5 = sedang hingga berat, 6 = parah, 7 = sangat parah	
Item Brief	Skor
1. Concern Somatik Tingkat kepedulian terhadap kesehatan tubuh saat ini. Beri peringkat sejauh mana kesehatan fisik dianggap sebagai masalah oleh pasien, apakah keluhan memiliki dasar yang realistis atau tidak.	
2. Kegelisahan Khawatir, takut, atau terlalu khawatir untuk saat ini atau di masa depan. Menilai semata-mata atas dasar laporan verbal milik pasien pengalaman subjektif. Jangan menyimpulkan kecemasan dari fisik tanda-tanda atau dari mekanisme pertahanan neurotik.	
3. Penarikan Emosional Kekurangan terkait dengan wawancara dan untuk situasi wawancara. Beri nilai hanya sejauh mana pasien member kesan gagal emosional kontak dengan orang lain dalam situasi wawancara.	
4. Disorganisasi Konseptual Tingkat di mana proses pemikiran itu membingungkan, terputus, atau tidak terorganisir. Beri peringkat atas dasar integrasi produk verbal pasien; jangan menilai atas dasar kesan subjektif pasien sendiri tingkat fungsi.	
5. Perasaan Bersalah Kekhawatiran berlebihan atau penyesalan atas perilaku masa lalu. Beri peringkat pada dasar pengalaman subjektif pasien tentang rasa bersalah sebagai dibuktikan dengan laporan lisan dengan pengaruh yang sesuai, tidak menyimpulkan perasaan bersalah dari depresi, kecemasan atau neurotic pertahanan.	
6. Ketegangan Manifestasi fisik dan motorik dari ketegangan "kegelisahan", dan tingkat aktivasi yang tinggi. Ketegangan harus dinilai semata-mata atas dasar tanda-tanda fisik dan perilaku motorik dan bukan atas dasar pengalaman subjektif ketegangan dilaporkan oleh pasien.	
7. Laku dan Sikap Perilaku motorik yang tidak biasa dan tidak wajar, jenis perilaku motorik yang menyebabkan mental pasien tertentu menonjol di kerumunan orang normal. Hanya tingkatkan kelainan pergerakan; jangan menilai aktivitas motorik sederhana yang tinggi sini.	
8. Kebesaran Opini diri yang berlebihan, keyakinan terhadap kemampuan yang tidak biasa atau kekuatan. Beri peringkat hanya berdasarkan pernyataan pasien tentang dirinya atau diri-dalam hubungan ke orang lain, bukan atas dasar dirinya sikap dalam situasi wawancara.	
9. Perasaan Depresi Kesedihan dalam suasana hati, kesedihan. Beri peringkat hanya tingkat kesedihan; jangan menilai berdasarkan kesimpulan tentang depresi berdasarkan keterbelakangan umum dan keluhan somatik.	

<p>10. Permusuhan Permusuhan, penghinaan, kebencian, penghinaan bagi orang lain di luar situasi wawancara. Nilai semata-mata atas dasar laporan verbal tentang perasaan dan tindakan pasien terhadap orang lain; jangan menyimpulkan permusuhan dari pertahanan neurotik, kecemasan, atau keluhan somatik. (Tingkat sikap terhadap pewawancara di bawah "tidak kooperatif").</p>	
<p>11. Kecurigaan Singkat (delusional atau sebaliknya) yang dimiliki orang lain sekarang, atau telah di masalah, niat jahat atau diskriminatif menuju pasien. Atas dasar laporan verbal, beri peringkat saja kecurigaan yang saat ini dipegang apakah mereka kekhawatiran masa lalu atau keadaan sekarang.</p>	
<p>12. Perilaku Halusinasi Persepsi tanpa stimulus eksternal normal korespondensi. Beri nilai hanya pengalaman-pengalaman yang ada dilaporkan telah terjadi dalam minggu terakhir dan yang mana dideskripsikan sebagai sangat berbeda dari pemikiran dan proses citra orang normal.</p>	
<p>13. Retardasi Motorik Penurunan tingkat energy dibuktikan dalam gerakan yang diperlambat. Nilai berdasarkan perilaku yang diamati pasien saja; jangan menilai berdasarkan kesan subjektif pasien tingkat energy sendiri.</p>	
<p>14. Uncooperativeness Bukti perlawanan, tidak ramah, kebencian, dan Kurangnya kesiapan untuk bekerjasama dengan pewawancara. Menilai hanya atas dasar sikap dan tanggapan pasien pewawancara dan situasi wawancara; jangan menilai dasar melaporkan kebencian atau ketidaknyamanan di luar situasi wawancara.</p>	
<p>15. Konten Pikiran Unusual Konten pikiran yang tidak biasa, aneh, aneh atau aneh. Menilai di sini tingkat kegunaannya, bukan tingkat disorganisasi proses pemikiran.</p>	
<p>16. Blunted Affect Mengurangi nada emosional, jelas kurangnya perasaan normal atau keterlibatan.</p>	
<p>17. Kegembiraan Semakin tingginya nada emosional, agitasi, peningkatan reaktivitas.</p>	
<p>18. Disorientasi Kebingungan atau kurangnya asosiasi yang tepat untuk orang, tempat atau waktu.</p>	
TOTAL SKOR	

Format Discharge Planing

Nama : Tn. H.I Umur : 24 tahun Alamat : Samarinda Ruang : Tiung

Diagnosa medis : F 06.8

Tanggal/Jam MRS : 25 November 2018 / 15.00 WITA

Alasan MRS : tidak bisa tidur, badan kaku, dan mengamuk serta merusak barang

Tanggal / jam discharge planing : 07 Desember 2018 / 11.15WITA

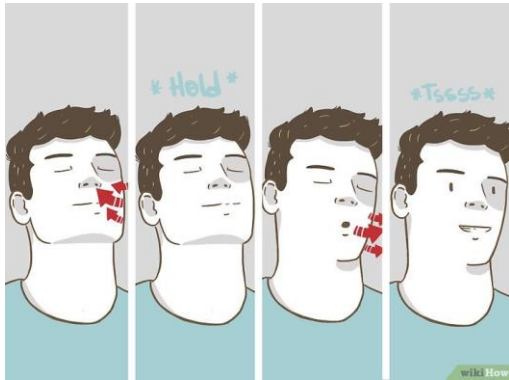
Estimasi tanggal pemulangan : 07 Desember 2018

Keterangan rencana pemulangan

1. Pengaruh rawat inap terhadap
 - Pasien dan keluarga pasien
 - Keuangan
 - Pekerjaan**
2. Antisipasi terhadap masalah pulang
 - Ya**
 - Tidak
3. Bantuan diperlukan dalam hal
 - Minum obat**
 - Mandi
 - Makan
 - Diet
 - Menyiapkan makanan**
 - Berpakaian
 - Edukasi kesehatan
 - Transportasi
4. Adakah yang membantu keperluan tersebut diatas ?
 - Ya (Orang Tua)**
 - Tidak
5. Apakah pasien hidup sendiri setelah keluar rumah sakit ?
 - Tidak**
 - Ya, jelaskan orang yang akan merawat

Contoh Gambar Kartu Terapi Remediasi





	Minum Obat												
19.00	Shalat Magrib												
20.00	Shalat Isya	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
21.00													
22.00													

KET :

M : Klien melakukan kegiatan secara mandiri tanpa dibantu

B : Klien melakukan kegiatan dengan bantuan sebagian

T : Klien melakukan kegiatan dengan bantuan total

