

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Resiko perilaku kekerasan adalah perilaku maladaptif yang berespon seperti marah, apabila penderita tidak mengungkapkan secara tidak langsung dapat menimbulkan perilaku yang agresif dan terjadi permusuhan sehingga tidak mampu mengungkapkan secara asertif, dan respon ini paling maladaptif yang memanjang (Pangestika & Rochmawati, 2016). Agresif ini bentuk dari perilaku yang menyakiti seseorang secara mental dan fisik seperti mengintimidasi orang lain, mengancam orang lain memaksa seseorang untuk melakukan hubungan seksual, perkelahan fisik dengan menggunakan benda senjata tajam yang menyebabkan luka pada fisik (Sturmey, Allen, & Anderson, 2017).

Gangguan mental yang umum terjadi secara global adalah gangguan kecemasan dan skizofrenia. Diperkirakan terdapat 4,4% penduduk global mengalami dan 3,6% menderita gangguan kecemasan (*World Health Organization*, 2017). Sedangkan angka kejadian *skizofrenia* di Indonesia adalah 282.654 (0,67%) rumah tangga atau masyarakat. Riskesdas mengemukakan prevalensi gangguan mental emotional sebesar 9,8% dengan usia 15 tahun yang mengalami peningkatan 6% sejak tahun 2013. Menurut Riskesdas, Provinsi yang memiliki prevalensi skizofrenia terbesar adalah Jawa Timur sebanyak 11%. Hasil survey awal yang dilakukan diruang rawat inap Kenari di RSJ Menur Surabaya, terdapat 14 orang pasien yang mengalami skizofrenia dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan. Sehingga penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa seseorang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. Risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*)

(Harford et al., 2018). NANDA (2016) menyatakan bahwa risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal ini yang sama juga berlaku untuk risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Sutejo,2019).

Salah satu intervensi untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa dengan pukul bantal adalah untuk mengontrol marah sehingga dapat memulihkan gangguan perilaku (maladaptif) menjadi perilaku yang adaptif (mampu menyesuaikan diri). Teknik digunakan ini supaya energi marah yang dirasakan pasien dapat tersalurkan dengan baik sehingga tidak terjadi yang membahayakan orang lain atau lingkungan (Videback, 2009).

Efektifitas intervensi dalam pukul bantal ini untuk mengurangi perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa dibuktikan dengan beberapa penelitian salah satunya penelitian yang dilakukan oleh Retno tahun (2011), menyatakan bahwa yang dilakukan dengan teknik memukul bantal dan kasur dapat berguna meluapkan energi marah secara konstruktif agar perilaku yang maladaptive menjadi perilaku yang adaptif.

Penelitian Retno didukung oleh penelitian lain mengenai pukul bantal dapat efektif bagi perilaku kekerasan yang dilakukan oleh Hastuti tahun (2016), teknik memukul bantal berpengaruh dalam penurunan emosi atau marah pada pasien skizofrenia untuk meluapkan energi marah secara keseluruhan supaya perilaku menjadi perilaku yang baik adapun teknik memukul bantal dengan posisi duduk, bantal diletakkan dipangkuan, tarik nafas dalam, tahan kemudian ditahan sejenak, dengan tangan mengepal, dan pukulkan pada bantal sekenceng – kencengnya.

1.2 Tinjauan Pustaka

1.2.1 Definisi resiko prilaku kekerasan

Presiko prilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik

baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif (Stuart dan Sudeen, 1998). Resiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Yosep, 2007;146). Resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Dep Kes, RI, 2000;147).

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95) Resiko 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.

Berdasarkan beberapa pengertian Resiko perilaku Kekerasan di atas dapat disimpulkan bahwa Resiko perilaku Kekerasan yaitu suatu keadaan emosi yang merupakan campuran frustrasi, benci atau marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan.

1.2.2 Tanda dan Gejala

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan:

1. Fisik: Muka/wajah merah dan tegang, Mata melotot/pandangan tegang, Tangan mengempal, Rahang mengatup, Postur tubuh kaku, Pandangan tajam, Mengatupkan rahang dengan kuat, Mengepalkan tangan, Jalan modar-mandir.
2. Verbal: Bicara keras, Suara tinggi, Membentak atau berteriak, Mengancam secara verbal atau fisik, Mengumpat dengan kata-kata kotor, Suara keras, Ketus.

3. Perilaku: Melempar atau memukul benda/orang lain, Menyerang orang lain, Melukai diri sendiri atau orang lain, Merusak lingkungan, Amuk/agresif
4. Emosi: Tidak adekuat, Tidak aman dan nyaman, Rasa terganggu, Dendam dan jengkel, Tidak berdaya, Bermusuhan, Mengamuk, Ingin berkelahi, Menyalahkan, Menuntut.
5. Intelektual: Mendominasi, Cerewet, Kasar, Berdebat, Meremehkan, Sarkasme.
6. Spiritual: Merasa diri berkuasa, Merasa diri benar, Mengeritik pendapat orang lain, Menyinggung perasaan orang lain, Tidak peduli dan kasar.
7. Sosial: Menarik diri, Pengasingan, Penolakan, Kekerasan, Ejekan, Sindiran.
8. Perhatian: Bolos, Mencuri, Melarikan diri, Penyimpangan seksual.

1.2.3 Etiologi

A. Faktor predisposisi

1) Faktor Biologis

- a. Faktor neurologis yaitu faktor dari sistem syaraf yang ada di otak yang mempunyai peran mempengaruhi sifat agresif.
- b. Faktor genetik yaitu faktor turunan dari orang tua yang menjadi potensi perilaku agresif.
- c. Faktor biokimia yaitu faktor aau pengaruh dari obat-obatan.
- d. Faktor dorongan naluri yaitu perilaku kekerasan yang ditimbulkan dari dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

2) Faktor Psikologis

a. Teori Psikoanalisa

Adanya ketidakpuasan fase oral 0-2 tahun dimana kurangnya kasih sayang anak dalam pemenuhan kebutuhan ASI sehingga mengembangkan sikap agresif

dan bermusuhan dengan orang dewasa sebagai kompensasi ketidakpercayaan pada lingkungan sekitar.

b. Imitation, modeling, and information processing theory
Perilaku kekerasan yang biasanya berkembang dalam lingkungan yang monolelir kekerasan.

c. Learning theory
Hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya.

d. Existensi Theory
Bertindak sesuai perilaku dan apabila kebutuhan dasar manusia tidak terpenuhi melalui perilaku konstruksi maka akan menggunakan perilaku destruktif.

3) Faktor sosial budaya

a. Teori lingkungan budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti menciptakan seolah-olah kekerasan itu diterima.

b. Teori belajar Sosial
Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung atau juga melalui proses sosialisasi.

B. Faktor presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik injuri fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Faktor pencetus sebagai berikut:

1. Klien: kelemahan fisik, keputusan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh agresif dan masa lalu yang tidak menyenangkan.

2. Interaksi: penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal maupun eksternal.

C. Penilaian stressor

Pemahaman dampak dari stres bagi individu yang mencakup kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respon sosial.

D. Sumber Koping

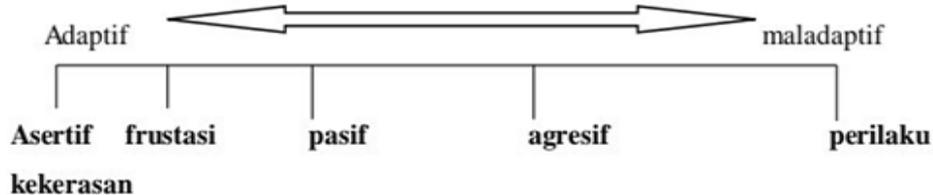
Keterampilan sosial memfasilitasi penyelesaian masalah terhadap sumber koping dan memberikan kontrol sosial individu yang lebih besar.

E. Mekanisme Koping

Menurut Stuart & Laraia (2005), mekanisme koping yang dipakai pada klien untuk melindungi diri antara lain:

1. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyaluran.
2. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik.
3. Represi yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam bawah sadar.
4. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakan sebagai rintangan.
5. Displacement Yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya membangkitkan emosi itu.

1.2.4 Rentang Respon



Keterangan:

A. Respon adaptif.

- a. Assertion adalah dimana individu mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah, rasa tidak setuju, tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain

- b. Frustrasi adalah individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak menemukan alternative.

B. Respon maladaptif

- a. Pasif adalah individu tidak mampu mengungkapkan perasaannya, klien tampak pemalu, pendiam sulit diajak bicara karena rendah diri dan merasa kurang mampu
- b. Agresif adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol. Perilaku yang tampak berupa: muka kusam, bicara kasar, menuntut, kasar di sertai kekerasan.
- c. Ngamuk adalah perasaan marah dan bermusuhan kuat disertai kehilangan kontrol diri individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

1.2.5 Penatalaksanaan Medis

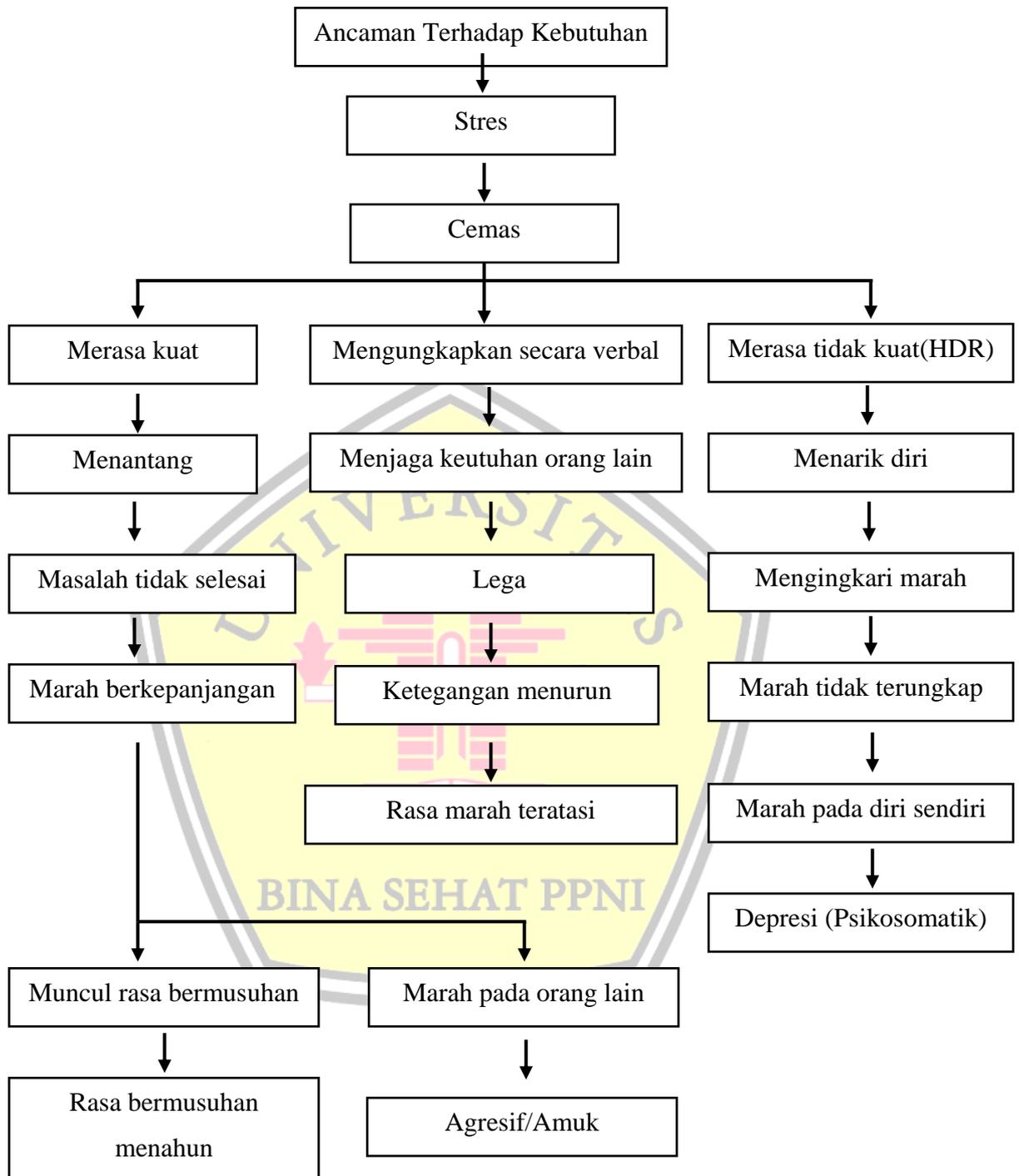
1. Terapi somatik

Menurut (Depkes RI, 2000, hal 230) menerangkan bahwa terapi Somatik adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien

2. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau elektronik convulsi therapy (ECT) adalah bentuk terapi kepada klien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis klien. Terapi ini adalah awalnya untuk menangani klien skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah 2-3 kali sekali (dua minggu sekali)

1.2.6 Pathway



1.3 Konsep Latihan Pukul Bantal

1.3.1 Pengertian Pukul Bantal

Latihan fisik adalah gerak yang hakekatnya sebagai suatu perilaku sistem tubuh lebih merupakan ciri kehidupan yang meliputi dasar fisik dan psikis, upaya mempertahankan kelangsungan hidup manusia sangat berhubungan dengan aktivitas (Shodiqin, 2010).

Latihan memukul bantal adalah teknik yang dilakukan dengan cara berolahraga untuk melatih tubuh seseorang agar lebih sehat dan pikiran rileks. Latihan fisik pada olahraga ini tubuh secara otomatis dapat meningkatkan kadar serotonin didalam otak (Ariyadi, 2010).

1.3.2 Tujuan Teknik Pukul Bantal

Tujuan teknik ini untuk meluapkan perasaan marahnya dengan mengalihkan sebuah objek dengan sebuah benda seperti bantal. Pukul bantal bertujuan mengalihkan apa yang pasien rasakan dengan perumpamaan, hal ini supaya tidak terjadi adanya resiko mencederai pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar (Soekarno, 2015).

1.3.3 Prosedur Tindakan

Menurut (Keliat, 2010) Latihan fisik memukul bantal dilakukan sebagai berikut :

- A. Atur posisi klien dengan nyaman.
- B. Bantal diletakkan di pangkuan.
- C. Tarik nafas dalam tahan kemudian ditahan sejenak lalu keluarkan lewat mulut.
- D. Tangan mengepal dan pukul pada bantal sekencang – kencangnya.
- E. Teknik ini dilakukan selama 10 – 15 menit.
- F. SP Resiko Perilaku Kekerasan Pukul Bantal

Masalah utama : Perilaku kekerasan/Amuk/Marah.

- A. Proses Keperawatan
 1. Kondisi klien :
 - a) Data objektif

- 1) Klien mengatakan merasa kesal dan benci kepada seseorang.
- 2) Riwayat perilaku kekerasan atau dengan gangguan jiwa lainnya.
- 3) Kelainan individu suka membentak dan menyerang orang dengan mengusiknya jika terjadi marah atau kesal.

b) Data objektif

- 1) Nada suara tinggi, keras dan bicara menguasai.
- 2) Melempar barang dan merusak barang.
- 3) Wajah tampak merah dan mata merah.
- 4) Ekspresi terlihat marah, pandangan tajam saat membicarakan orang.

B. Diagnosa Keperawatan : Perilaku kekerasan/amuk

Strategi Pelaksanaan tindakan keperawatan, tujuan tindakan untuk pasien seperti :

- a) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab dari perilaku kekerasan.
- b) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan sebelumnya.
- c) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.
- d) Pasien dapat mengidentifikasi tanda – tanda perilaku kekerasan.
- e) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang akan dilakukannya.
- f) Pasien dapat mengontrol dan mencegah perilaku kekerasan secara fisik spritul sosial dengan terapi psikofarmaka

1.4 Konsep Asuhan Keperawatan

1.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual. (Keliat, Budi Ana, 1998: 3).

1. Identitas klien

Melakukan pengenalan BHSP dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, lalu dilanjutkan melakukan pengkajian dengan nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2. Alasan masuk

Penyebabkan klien atau keluarga datang, apa yang menyebabkan klien melakukan kekerasan, apa yang klien lakukan dirumah, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah

3. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada klien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan. Pada klien dengan perilaku kekerasan faktor predisposisi, factor presipitasi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

4. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Pada klien dengan perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, RR meningkat, nafas dangkat, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil.

5. Psikososial

a) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

b) Konsep diri

i. Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal, muka memerah

ii. Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status posisinya, kepuasan klien sebagai laki – laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah, dan bermusuhan

iii. Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga /pekerjaan /kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat,

bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku yang menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

iv. Ideal diri

Klien dengan PK jika kenyataannya tidak sesuai dengan kenyataan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya, serta untuk pengkajian PK mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

v. Harga diri

Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga. Harga diri yang dimiliki klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal klien PK marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak

c) Hubungan sosial

Hubungan social pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol, selanjutnya dalam pengkajian dilakukan

observasi mengenai adanya hubungan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan

6. Status Mental

a) Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian kurang, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/berpakaian terhadap status psikologis klien (deficit perawatan diri). Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b) Pembicaraan

Amati pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindari, tidak mampu memulai pembicaraan. Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata – kata kotor.

c) Aktivitas motorik

Agresif, menyerang diri sendiri orang lain maupun menyerang objek yang ada disekitarnya. Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah, jalan mondar-mandir.

d) Afek dan Emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membanting barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun objek sekitar, dan berteriak-teriak

e) Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis, dan menolak dengan kasar. Bermusuhan:dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f) Persepsi/Sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya

g) Proses Pikir

i. Proses pikir (arus dan bentuk pikir).

Otistik (autisme): bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya. Hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

ii. Isi pikir.

Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya kepada orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

h) Tingkat Kesadaran

Tidak sadar, bingung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat, dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

i) Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih dapat mengingat kejadian jangka pendek maupun panjang.

j) Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan tegang dan gelisahan.

k) Kemampuan Penilaian/Pengambilan keputusan

Klien perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

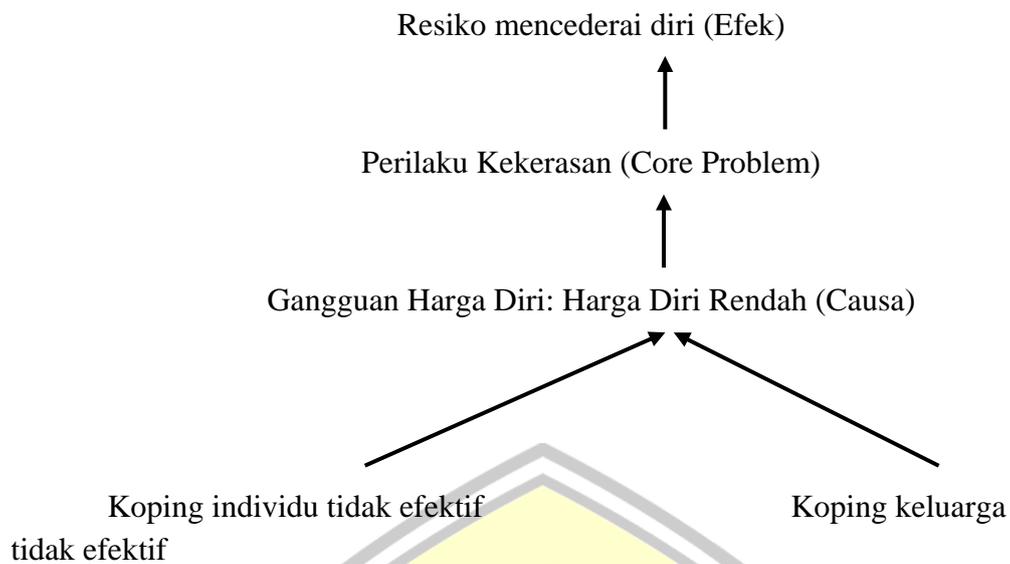
l) Daya Tilik

Meningkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

m) Mekanisme Koping

Klien dengan HDR menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olah raga, dll ataukah menggunakan cara-cara yang maladaptif seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

1.4.2 Pohon Masalah



8. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien dengan perilaku kekejarasan, antara lain:

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
2. Perilaku Kekerasan
3. Perubahan persepsi sensori: Halusinasi
4. Gangguan Harga Diri: Harga Diri Rendah
5. Koping Individu tidak efektif

BINA SEHAT PPNI

1.4.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
<p>TUM: Klien tidak mencederai diri</p> <p>TUK: 3. Klien dapat membina hubungan saling percaya.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan 3. Klien mau menyebutkan nama 4. Klien mau tersenyum 5. Klien mau kontak mata 6. Klien mau mengetahui nama Perawat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam/panggil nama <ol style="list-style-type: none"> a) sebutkan nama perawat b) Jelaskan maksud hubungan interaksi c) Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat d) Beri rasa aman dan sikap empati e) Lakukan kontak singkat namun sering
2. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala Perilaku kekerasan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaan 2. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan lengkel/kesal
3. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel/kesal 2. Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialami 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat jengkel/marah 2. Observasi tanda dan gejala 3. Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialami
4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 2. Klien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 3. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan masalah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan dan pada diri sendiri) 2. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 3. Berbicaralah dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai
5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien: <ol style="list-style-type: none"> a. Pada diri sendiri b. Pada orang lain c. Pada lingkungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicarakanlah akibat/kerugian dari cara yang digunakan klien 2. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien 3. 3. Tanyakan pada klien “Apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat”

<p>6. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik: <ol style="list-style-type: none"> a) Tarik nafas dalam b) Pukul kasur atau bantal c) Kegiatan fisik lain 2. Klien dapat mengidentifikasi cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan 3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya 4. Klien dapat mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang telah disusun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien 2. Beri pujian atas kegiatan fisik yang biasa dilakukan 3. Diskusikan dua cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan 4. Diskusikan cara melakukan nafas dalam bersama klien 5. Berikan contoh klien tentang cara menarik nafas dalam 6. Minta klien mengikuti contoh sebanyak 5 kali. 7. Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara menarik nafas dalam 8. Tanyakan perasaan klien setelah selesai 9. Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah dan jengkel 10. lakukan langkah yang sama dengan 4-10 untuk fisik lain dipertemuan yang lain 11. Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan sendiri oleh klien 12. Susunlah jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari 13. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan dengan mengisi jadwal kegiatan harian(self-evaluation). 14. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan 15. Berikan pujian atas keberhasilan klien
<p>7. Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan cara berbicara(verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan: <ol style="list-style-type: none"> a) Meminta dengan baik b) Menolak dengan baik c) Mengungkapkan perasaan dengan baik 2. Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal dengan baik 3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik 4. Klien melakukan evaluasi terhadap cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien 2. Beri contoh cara bicara yang baik: <ol style="list-style-type: none"> a) Meminta dengan baik b) Menolak dengan baik c) Mengungkapkan perasaan dengan baik 3. Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik. 4. Minta klien mengulang contoh sendiri 5. Beri pujian atas keberhasilan klien 6. Diskusikan dengan klien tentang waktu dan kondisi cara bicara yang dapat dilatih diruangan. 7. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari 8. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan cara bicara yang baik dengan mengisi jadwal kegiatan(self-evaluation) 9. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan 10. Berikan pujian atas keberhasilan klien

		11. Tanyakan pada klien “Bagaimana perasaan klien setelah latihan bicara yang baik? apakah keinginan marah berkurang?”
8. Klien dapat mendemostrasikan kegiatan ibadah untuk mencegah perilaku kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan ibadah yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan 2. Klien dapat mendemonstrasikan kegiatan ibadah dengan baik 3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih kegiatan ibadah yang baik 4. Klien melakukan evaluasi terhadap kegiatan ibadah yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah apa yang pernah dilakukan 2. Bantu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan diruang perawat 3. Bantu klien memilih kegiatan ibadah yang akan dilakukan 4. Minta klien mendemostrasikan kegiatan ibadah yang telah dipilih 5. Beri pujian atas keberhasilan klien 6. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan. 7. Susun jawal kegiatan untuk melatih kegiatan ibadah 8. Klien mengevaluasi kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan harian 9. Validasi kemampuan klien dalam melakukan kegiatan ibadah 10. Berikan pujian atas keberhasilan klien
9. Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu(prinsip 5 benar). 2. Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan 3. Klien mengevaluasi kemampuannya dalam mematuhi minum obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminum(nama, warna, ukuran), waktu minum obat dan cara minum obat. 2. Diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur: 3. Perasaan sebelum dan setelah minum obat 4. Jelaskan bahwa jenis obat hanya boleh diubah oleh dokter 5. Jelaskan mengenai akibat minum yang tidak teratur 6. Diskusikan tentang proses minum obat: <ol style="list-style-type: none"> a) Meminta obat pada perawat (jika di RS) dan pada keluarga (jika di rumah) b) Klien memeriksa obat sesuai dosisnya c) Klien meminum obat pada waktu yang tepat 7. Susun jadwal minum obat bersama klien 8. Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian 9. Validasi pelaksanaan minum obat klien 10. Beri pujian atas keberhasilan klien 11. Tanyakan pada klien “Bagaimana perasaan klien dengan minum obat secara teratur? apakah keinginan untuk marah berkurang?”

1.4.4 Implementasi

1. SP 1 Pasien:

- a) Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan.
- b) Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- c) Menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan.
- d) Menyebutkan akibat perilaku kekerasan.

- e) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
 - f) Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 1.
 - g) Masuk jadwal kegiatan pasien
2. SP 2 Pasien:
- a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
 - b) Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 2 Latih verbal (3 macam)
 - c) Masuk jadwal kegiatan pasien
3. SP 3 Pasien:
- a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
 - b) Mempraktikkan latihan cara verbal/sosial (3 macam)
 - c) Masuk jadwal kegiatan pasien
4. SP 4 Pasien:
- a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2) dan verbal2.
 - b) Latih cara spiritual
 - c) Masuk jadwal kegiatan pasien
5. SP 5 Pasien:
- a) Evaluasi kegiatan yang lalu (F1,2) ,verbal (SP 3), Spiritual
 - b) Latihan patuh obat
 - c) Masuk jadwal kegiatan pasien
6. SP 1 Keluarga:
- a) Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
 - b) Menjelaskan PK, penyebab, tanda dan gejala
 - c) Menjelaskan Cara merawat PK
 - d) Latih (simulasi) 2 cara merawat
 - e) RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat
7. SP 2 Keluarga:
- a) Evaluasi SP 1
 - b) Latih (simulasi) 2 cara lain untuk merawat
 - c) Latih (langsung) ke pasien
 - d) RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat

8. SP 3 Keluarga:
 - a) Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1,2)
 - b) Evaluasi kemampuan pasien
 - c) RTL keluarga dengan Follow Up dan Rujukan

1.5 Tujuan penulisan

1.5.1 Tujuan umum

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memberikan “Analisis asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia dengan intervensi latihan fisik pukul bantal di RSJ Menur Surabaya”

1.5.2 Tujuan khusus

1. Teridentifikasinya tanda dan gejala pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
2. Teridentifikasinya faktor penyebab pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
3. Teridentifikasinya intervensi latihan pukul bantal pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
4. Diketuainya hasil tindakan dari latihan pukul bantal pada pasien resiko perilaku kekerasan.

1.6 Manfaat

1.6.1 Teoritis

Hasil studi kasus ini diharapkan berguna bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan dan menambah pengetahuan yang telah ada pada klien Skizofrenia sehingga dapat menurunkan angka Resiko Perilaku Kekerasan

1.6.2 Praktis

1. Bagi perawat
Menambah pengetahuan dan meningkatkan mutu pelayanan pada pasien skizofrenia yang mengalami resiko perilaku kekerasan.

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dapat menjadi pertimbangan bagi rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu dalam memberikan asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia.

3. Bagi institusi

Digunakan sebagai tambahan wacana dan referensi sehingga dapat menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia.

4. Bagi klien

Hasil penelitian ini dapat memberikan wawasan bagi partisipan dan keluarga untuk menambah pengetahuan tentang resiko perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia

