

**PENANGANAN PERILAKU KEKERASAN DENGAN MENGGUNAKAN
TERAPI LATIHAN ASERTIF DAN HIDROTERAPI
DI MERTAN PAREMONO MUNGKID MAGELANG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai

Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi

Diploma III Keperawatan



Disusun oleh:

Ike Rizki Yuliana Saputri

NPM: 15.0601.0054

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

**PENANGANAN PERILAKU KEKERASAN DENGAN MENGGUNAKAN
METODE TERAPI LATIHAN ASERTIF DAN HIDROTERAPI
DI MERTAN PAREMONO MUNGKID MAGELANG**

Telah direvisi dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Univesitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 27 Agustus 2018

Pembimbing I



Ns. Sambodo Sridi Pinilih., M.Kep
NIK. 047606006

Pembimbing II

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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**PENANGANAN PERILAKU KEKERASAN DENGAN MENGGUNAKAN
TERAPI LATIHAN ASERTIF DAN HIDROTERAPI
DI MERTAN PAREMONO MUNGKID MAGELANG**

Disusun Oleh:
Ike Rizki Yuliana Saputri
NPM: 15.0601.0054

Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal 27 Agustus 2018

Susunan Penguji:

Penguji I:
Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep (.....)

Penguji II:
Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep (.....)

Penguji III:
Ns. M. Khoirul Amin, M. Kep (.....)

Magelang, 27 Agustus 2018
Program Diploma III Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Dekan,

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

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa itulah kata pertama yang penulis ucapkan ketika penulisan Karya Tulis Ilmiah ini selesai. Karena satu lagi tahapan telah penulis lalui dalam mengejar gelar pendidikan Diploma III pada program studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Meskipun banyak sekali masyarakat yang berpendapat penulis terlalu sulit dalam menyelesaikan tahapan ini, tetapi penulis mengucapkan puji syukur karena penulis mendapat banyak sekali pengalaman dan pelajaran yang berharga, dan mungkin tidak akan penulis dapatkan di manapun. Proposal Karya Tulis Ilmiah ini mengangkat judul **“PENANGANAN PERILAKU KEKERASAN DENGAN MENGGUNAKAN METODE TERAPI LATIHAN ASERTIF DAN HIDROTERAPI DI MERTAN PAREMONO MUNGKID MAGELANG”**. Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari masih terdapat banyak kesalahan atau kekurangan. Ini semua disebabkan karena penulis masih dalam tahap belajar untuk mencapai sebuah kesempurnaan. Selesaiannya penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, dorongan serta motivasi yang diberikan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, tetapi hanya kata terima kasih yang penulis berikan kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Reni Mareta, M.Kep, selaku Kaprodi Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep, selaku pembimbing I yang telah memberikan bantuan dan juga bimbingan ketika penulis melakukan penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ns. Muhammad Khoirul Amin, M.Kep, selaku pembimbing II yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, selaku dosen penguji dalam Karya Tulis Ilmiah
6. Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis.
7. Kedua orang tua saya, yang selalu memberikan dukungan, doa, motivasi dan materiil serta kasih sayang kepada penulis tanpa mengenal lelah hingga selesainya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang Angkatan 2015 yang telah membantu dan memberikan dukungan kritik dan saran, serta semua pihak yang telah membantu penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesainya yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Magelang, 27 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Karya Tulis	3
1.3 Pengumpulan Data.....	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Perilaku Kekerasan.....	6
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	13
2.3 Konsep Terapi Latihan Asertif	20
2.4 Konsep Hidroterapi.....	22
2.5 Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan.....	25
2.6 Tahap Pelaksanaan KTI.....	26
2.7 Pathways	28
BAB 3 TINJAUAN KASUS	29
3.1 Pengkajian	29
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	31
3.3 Rencana Tindakan Keperawatan	32
3.4 Implementasi Keperawatan	33
3.5 Evaluasi Keperawatan	37

BAB 4 PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
4.1 Pengkajian.....	Error! Bookmark not defined.
4.2 Diagnosa Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
4.3 Intervensi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
4.4 Implementasi.....	Error! Bookmark not defined.
4.5 Evaluasi.....	Error! Bookmark not defined.
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	43
5.1 Kesimpulan	43
5.2 Saran	45
DAFTAR PUSAKA	46
LAMPIRAN	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Fase Perilaku Kekerasan	13
---------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	28
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 2. Asuhan Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 3. Formulir bukti penerimaan naskah	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 4. Formulir bukti ACC KTI.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 5 Formulir Pengajuan Judul KTI.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 6 Formulir Pengajuan Uji KTI	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 7 Surat Pernyataan.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 8. Undangan Uji KTI	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 9. Lembar konsul.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 10. Surat Ijin Pengambilan data	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 11. Dokumentasi.....	Error! Bookmark not defined.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia sebagai salah satu bentuk gangguan psikotik kejiwaan kronik yang seringkali disertai halusinasi, pikiran kacau dan perubahan perilaku (Mirza, Raihan & Hendra, 2015). Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik.

WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang didunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Pada masyarakat umum terdapat 0,2-0,8% penderita skizofrenia dan dari 120 juta penduduk di Negara. Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 sebesar 1,7 per mil. Jumlah gangguan jiwa berat psikososial atau skizofrenia di Indonesia dimana provinsi-provinsi yang memiliki gangguan jiwa terbesar urutan pertama yaitu di Yogyakarta, kedua Aceh (0,27%), ketiga yaitu Sulawesi Selatan (0,26), urutan keempat yaitu Bali (0,24%), dan Jawa Tengah menempati urutan kelima yaitu dengan hasil (0,23%), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7%) (Riskesdas, 2013).

Jumlah kunjungan gangguan jiwa tahun 2013 di Provinsi Jawa Tengah sebanyak 121.962. Sebagian besar kunjungan gangguan jiwa di rumah sakit (67,29%), sedangkan 32,71% lainnya di puskesmas dan sarana kesehatan lain (Dinkes Jateng 2013 dalam Rahman 2017). Berdasarkan data yang diterima dari rumah sakit kelolaan pada September 2016 sampai Januari 2017 pasien yang terdiagnosa perilaku kekerasan ada 9.984 klien, harga diri rendah 664 klien, isolasi social 3016 klien, halusinasi 18.305 klien dan defisit perawatan diri 2.385 klien. Resiko perilaku kekerasan berada pada urutan kedua setelah halusinasi (Rekam Medik, (2017) dalam Rahman, 2017)). Berdasarkan jumlah tersebut, ternyata 14,3% di

antaranya atau sekitar 57.000 orang pernah atau sedang dipasung. Angka pemasangan di pedesaan adalah sebesar 18,2%. Angka ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka di perkotaan, yaitu sebesar 10,7%. Salah satu akibat dari skizofrenia adalah perilaku kekerasan, dimana perilaku kekerasan merupakan tingkah laku individu yang ditunjukkan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan tingkah laku tersebut (Purba dkk, 2008).

Departemen Kesehatan dan WHO pada tahun 2010 memperkirakan di Indonesia mencapai 2,5 juta atau 60% yang terdiri dari pasien resiko perilaku kekerasan. Setiap tahunnya lebih dari 1,6 juta orang meninggal dunia akibat perilaku kekerasan, terutama pada laki-laki yang berusia 15-44 tahun, sedangkan korban yang hidup mengalami trauma fisik, seksual, reproduksi, dan gangguan kesehatan mental. Di Indonesia sering terjadi perilaku kekerasan baru-baru ini seperti perilaku kekerasan terhadap tokoh ulama agama, kekerasan terhadap guru atau murid, kekerasan terhadap anak, kekerasan terhadap suami atau istri.

Menurut Keliat (2009) klien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan tindakan berbahaya bagi diri sendiri, orang lain dan lingkungan seperti menyerang orang lain, memecahkan perabotan rumah, melempar dan membakar rumah. Klien dengan perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan (Kemenkes, 2016). Upaya yang telah dilakukan pemerintah Indonesia dalam menangani kasus perilaku kekerasan di Indonesia yaitu salah satunya mengajak masyarakat untuk menyelesaikan masalah sosial dengan cara bijak, dalam upaya ini apa yang menjadi tindakan pemimpin akan ditiru serta oleh bawahannya. Jika suatu negara menjauhkan segala kekerasan dalam menyelesaikan masalah sosial, maka tindakan ini akan dilakukan dan diikuti oleh semua warganya. Namun untuk saat ini upaya pemerintah yang telah dilakukan tidak berhasil dengan masih adanya tindak kekerasan atau perilaku kekerasan yang masih sering terjadi di Indonesia.

Penatalaksanaan perilaku kekerasan diantaranya yaitu psikofarmaka atau menggunakan obat, psikoterapi, terapi modalitas seperti terapi kelompok, terapi individu, terapi komplementer dan lain sebagainya. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Khamida (2013) Latihan asertif (*Assertive training*) yang diberikan dapat menurunkan perilaku kekerasan dengan cara mengoptimalkan sistem personal dan secara interpersonal serta saling memberikan dukungan dalam kelompok. Terapi asertif ini juga bisa dilakukan berdampingan dengan hidroterapi, dengan cara melakukan latihan asertif kemudian pasien dianjurkan untuk membasahi bagian tubuh tertentu (Hidroterapi) pada saat melakukan terapi latihan asertif tersebut. Sedangkan Hidroterapi menurut penelitian yang dilakukan oleh Herlambang (2016) bahwa penerapan hidroterapi pada perilaku kekerasan terbukti efektif dalam menurunkan perilaku kekerasan tersebut. Dari fenomena kasus perilaku kekerasan diatas penulis tertarik untuk melakukan tindakan keperawatan dengan terapi latihan asertif dan Hidroterapi (Terapi air) karena lebih efektif untuk digunakan secara berdampingan dalam menangani klien dengan perilaku kekerasan.

1.2 Tujuan Karya Tulis

1.2.1 Tujuan Umum

Penulisan karya tulis ilmiah bertujuan agar mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan dengan menggunakan terapi inovasi latihan asertif dan Hidroterapi

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah:

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

1.2.2.2 Memberikan gambaran penerapan terapi latihan asertif dan hidroterapi pada klien dengan perilaku kekerasan.

1.3 Pengumpulan Data

Dalam penyusunan laporan ilmiah ini menggunakan metode studi kasus, ada beberapa metode pengumpulan data:

1.3.1 Studi literatur

Penulis membaca dan memperoleh referensi yang mempunyai hubungan dengan perilaku kekerasan mengenai konsep dasar, penanganan, asuhan keperawatan, dan kasus perilaku kekerasan di masyarakat.

1.3.2 Observasi

Penulis melakukan pengamatan pada saat seleksi pasien mengenai tanda gejala perilaku kekerasan dan melakukan pengamatan setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan inovasi terapi asertif dan hidroterapi.

1.3.3 Wawancara

Mengadakan tanya jawab dengan klien maupun perawat mengenai tanda gejala perilaku kekerasan pada saat seleksi pasien serta penanganan yang sudah dilakukan dengan menggunakan inovasi yang diterapkan pada pasien.

1.3.4 Dokumentasi

Dokumentasi diambil dari pemeriksaan pasien ODGJ dengan gangguan perilaku kekerasan selama 3 minggu.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Manfaat Bagi Profesi

Hasil laporan kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat praktik dalam keperawatan yaitu sebagai referensi perawat dalam pengelolaan pada penderita perilaku kekerasan.

1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Dapat memberikan sebuah pandangan yang lebih luas mengenai asuhan keperawatan klien dengan perilaku kekerasan dengan menggunakan terapi latihan asertif dan hidroterapi.

1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Hasil laporan ini diharapkan mampu diaplikasikan di institusi pelayanan medis sebagai terapi terhadap klien dengan perilaku kekerasan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perilaku Kekerasan

2.1.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area, fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realita, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku dengan sikap yang tidak dapat diterima secara sosial (Frida, 2010), gejala positif dari skizofrenia ditandai oleh waham, halusinasi, bicara kacau, dan gangguan perilaku seperti katatonia atau apatis, perilaku kekerasan, sedangkan gejala negatifnya meliputi tidak mencukupinya perilaku normal, menarik diri, apatis, miskin pembicaraan dan pemikiran (Rusdyanto, 2008). Perilaku kekerasan adalah salah satu bentuk perilaku yang yang tidak terkendali serta bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologi (Yusuf A.H (2015, Keliat et al (2011). Perilaku kekerasan juga dapat diartikan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan (Stuart & Sundeen 1995, dalam Fitriani 2009). Menurut Keliat,dkk (2013) Perilaku kekerasan merupakan gejala positif dari skizofrenia. Menurut Yosep (2010) Perilaku kekerasan dapat ditandai dengan adanya tanda dan gejala sebagai berikut:

a. Fisik

Muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, jalan mondar-mandir.

b. Verbal

Bicara kasar, suara tinggi, membentak atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor, Suara keras, Ketus

c. Perilaku

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

d. Emosi

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

e. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

f. Spiritual

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

g. Sosial

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

h. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

Menurut Kartika sari (2015) memaparkan bahwa seseorang dengan perilaku kekerasan sering mengeluh dengan keluhan sebagai berikut:

- a. Klien mengeluh perasaan terancam, marah dan dendam.
- b. Klien mengungkapkan perasaan tidak berguna.
- c. Klien mengungkapkan adanya keluhan fisik seperti dada berdebar-debar, tercekik, serta bingung.
- d. Klien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruh melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungannya.
- e. Klien mengatakn semua orang ingin menyerangnya.

2.1.2 Etiologi Perilaku Kekerasan

Adapun penyebab munculnya perilaku kekerasan menurut Yosep (2010) yaitu faktor pencetusnya ada 2 faktor predisposisi dan faktor presipitasi sebgai berikut:

2.1.2.1 Faktor Predisposisi

a. Teori Biologis

1) Faktor Neurologis

Beragam komponen dari sistem saraf seperti sinap, *neurotransmitter*, dendrit, akson terminalis mempunyai peran untuk memfasilitasi atau

menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam mesntimulasi timbulnya perilaku bermusuhan respon agresif (Damaiyanti, 2010).

Lobus frontalis memegang peranan penting sebagai penengah antara perilaku yang berarti dan pemikiran rasional yang merupakan bagian otak dimana terdapat interaksi antara rasional dan emosi. Kerusakan pada lobus frontal dapat menyebabkan tindakan agresif yang berlebihan (Nuraenah, 2012).

2) Faktor keturunan

Adanya faktor genetik yang diturunkan melalui orang tua menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset kazu murakami (2007) dalam gen manusia terdapat potensi agresif yang sedang tidur akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku kekerasan (Damaiyanti, 2012).

3) *Cyrcardian Rhytm*

Irama *cyrcardian* memegang peranan individu. Menurut penelitian pada jam sibuk menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya kerja ataupun pada saat jam tertentu akan menstimulasi orang untuk berperilaku agresif (Damaiyanti, 2012).

4) Faktor Biokimia

Faktor biokimia dalam tubuh seperti *Neurotransmitter* di atas seperti epineprin, norepineprin, dopamine, dan serotonin sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui system persyarafan dalam otak. Apabila terdapat stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantarkan melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut *efferent*. Peningkatan hormon androgen dan norepineprin serta penurunan serotonin dan GABA (*Gamma Aminobutyric Acid*), pada Cerebro Vetebra menjadikan faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif (Damaiyanti, 2012).

5) *Brain Area Disorder*

Gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindrom otak, tumor otak, penyakit ensefalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap terjadinya perilaku kekerasan atau perilaku agresif (Damaiyanti, 2012).

b. Teori Psikologis

1) Teori psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi dengan adanya riwayat tumbuh kembang seseorang. Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral pada usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup mengembangkan sikap agresif setelah dewasa sebagai komponen adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya. Dengan tidak terpenuhinya kepuasan serta rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri perilaku kekerasan (Damaiyanti, 2012)

2) *Imitation Modeling and Information Processing Theory*

Teori ini membahas tentang adanya lingkungan yang mencontohkan berkembangnya perilaku kekerasan, seperti model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar yang memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan pemukulan pada boneka dengan diberikan reward positif (semakin keras memukulakan diberikan coklat), sedangkan anak lainnya diberikan tontonan dengan tayangan yang mengasihani boneka dan mencium dengan diberikan reward yang sama. Setelah anak-anak keluar dan diberi boneka ternyata masing-masing anak berperilaku sesuai dengan tontonan yang pernah dilihatnya (Damaiyanti, 2012).

3) *Learning Theory*

Perilaku kekerasan merupakan hal belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya misal keluarga. Ia akan mengamati bagaimana respon ayah

Frustrasi	:Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis atau terhambat.
Pasif	:Respon lanjutan dimana klien tidak mampu mengungkapkan perasaannya.
Agresif	:Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.
Amuk	:Perilaku destruktif dan tidak terkontrol

Sumber: (Stuart, 2011)

2.1.4 Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme orang lain. Mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya (Yosep, 2010). Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti:

a. *Displacement*

Melepaskan perasaan tertekannya bermusuhan pada objek yang begitu seperti pada mulanya yang membangkitkan emosinya.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai keinginan yang tidak baik.

c. Depresi

Menekan perasaan orang lain yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluas mekanisme ego lainnya.

d. Reaksi formasi

Pembentukan sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar-benar dilakukan orang lain

2.1.5 Psikopatologi

Marah dapat terjadi ketika emosi mulai memasuki ke dalam dua struktur bangunan berbentuk almond di dalam otak yang disebut *Amygdala*. *Amygdala* berfungsi untuk mengidentifikasi ancaman-ancaman, dan mengirimkan peringatan ketika ancaman terdeteksi. *Amygdala* sangat efektif dalam memperingatkan ancaman, sehingga dapat menyebabkan seseorang mengambil tindakan sebelum

ancaman itu sampai ke *korteks* (bagian otak yang berfungsi untuk berfikir dan menimbang), tanpa mampu mengidentifikasi reaksi yang terjadi (Chaplan, J.P. 2005 dalam Weny H. 2013).

Ketika seseorang marah akan terjadi ketegangan pada otot-otot tubuh. Dalam otak terdapat bahan kimia yang berfungsi sebagai *neurotransmitter* yang bernama *cathecolamine*, apabila *cathecolamine* meningkat maka akan menyebabkan ledakan energi yang bertahan selama beberapa menit. Pada saat yang bersamaan detak jantung mengalami peningkatan, tekanan darah naik, dan nafas cepat. Dalam suatu rangkaian yang cepat, tambahan hormon dan neurotransmitter otak, *adrenaline* dan *noradrenaline* dilepaskan, yang akan memicu suatu kondisi rangsangan yang lebih lama (Yosep Iyus, 2010).

Pada seseorang dengan perilaku kekerasan akan cenderung mengekspresikan kemarahannya dengan menunjukkan perilaku agresif atau amuk. Amuk merupakan respon marah terhadap adanya stress, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan. Respon marah dengan menunjukkan perilaku agresif ini dapat diekspresikan secara internal maupun eksternal, secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif atau melampiaskan kemarahannya kepada orang lain atau lingkungannya. (Yusuf, AH. 2014).

Respon marah dapat diungkapkan melalui 3 cara yaitu, mengungkapkan secara verbal, menekan, dan menantang. Mengungkapkan kemarahan dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan tidak menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila marah diungkapkan dengan perilaku agresif dan menantang, karena merasa kuat. Cara ini akan menimbulkan masalah yang berkepanjangan apabila digunakan untuk mengekspresikan kemarahan, karena dapat menimbulkan kerugian pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Kelliat, 2012).

2.1.6 Fase Perilaku Kekerasan

Menurut Videbeck (2008) terdapat lima fase perilaku kekerasan diantaranya sebagai berikut:

Tabel 1 Fase Perilaku Kekerasan

Fase	Definisi	Tanda dan gejala
Pemicu	Peristiwa terjadi atau keadaan di lingkungan memunculkan respons klien, yang sering kali dalam bentuk kemarahan atau permusuhan.	Gelisah, ansietas, iritabilitas, berjalan mondar-mandir, otot tegang, pernapasan cepat, berkeringat, suara keras, marah.
Eskalasi	Respon klien memperlihatkan peningkatan perilaku yang mengindikasikan pergerakan menuju kehilangan kendali.	Wajah pucat atau kemerahan, berteriak, bersumpah, agitasi, mengancam, menuntut, mengepalkan tangan, gestualir mengancam, menunjukkan sikap bermusuhan, kehilangan kemampuan untuk menyelesaikan masalah atau berpikir jernih.
Krisis	Periode krisis emosional dan fisik ketika klien kehilangan kendali.	Kehilangan kendali fisik dan emosional, melemparkan bendabenda, menggigit, mencakar, menjerit, memekik, tidak mampu berkomunikasi dengan jelas. Merendahkan suara, ketegangan otot berkurang, komunikasi lebih jelas dan lebih rasional, relaksasifisik.
Pascakrisis	Klien berusaha memperbaiki hubungan dengan orang lain dan kembali ke tingkat fungsi sebelum insiden agresi dan kembali seperti semula.	Menyesal, meminta maaf, menangis, perilaku menarik diri.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut SDKI (2016) definisi dari perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal dengan

mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan. SDKI (2016) juga mengungkapkan tanda dan gejala pada perilaku kekerasan adalah sebagai berikut: Tanda dan gejala mayor seperti data subjektif seperti data subjektif, meliputi: mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus. Sedangkan data objektifnya meliputi: menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk, sedangkan Tanda dan gejala minor seperti data objektif, meliputi: mata melotot, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

Menurut NANDA (2015) faktor resiko yang dapat terjadi pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain adalah bahasa tubuh yang meliputi postur tubuh kaku, tangan mengepal cara berdiri mengancam, rahang mengunci atau mengatup. Untuk pola ancaman kekerasan meliputi ancaman verbal terhadap orang atau masyarakat, ancaman sosial, sumpah serapah, membuat surat ancaman, dan ancaman seksual. Pola ancaman perilaku kekerasan terhadap orang lain misalnya menendang, memukul, meludahi, melempar objek, pelecehan seksual dan lain sebagainya.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015) diagnosa yang muncul untuk perilaku kekerasan yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri, mutilasi diri, resiko mutilasi diri, dan resiko bunuh diri.

Menurut SDKI (2016) diagnosa yang muncul sesuai dengan pengkajian atau data yang dipaparkan diatas yaitu perilaku kekerasan dan resiko perilaku kekerasan

2.2.3 Rencana Keperawatan Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan dalam klien dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan berbagai macam terapi diantaranya:

2.2.3.1 Terapi medis (farmakoterapi)

Afnuhazni (2015) menjelaskan obat-obatan yang biasa diberikan pada pasien dengan marah atau perilaku kekerasan adalah :

2) Kesadaran diri

Perawat harus terus menerus meningkatkan kesadaran dirinya dan melakukan supervisi dengan memisahkan antara masalah pribadi.

b. Latihan asertif

Kemampuan dasar interpersonal yang harus dimiliki meliputi:

- 1) Mengatakan tidak untuk sesuatu yang tidak beralasan.
- 2) Berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang
- 3) Sanggup melakukan komplain.
- 4) Mengekspresikan penghargaan dengan tepat.

c. Strategi antisipatif

1) Komunikasi

Strategi berkomunikasi dengan klien perilaku agresi yaitu bersikap tenang, bicara lembut, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dan dengan cara konkrit, tunjukkan rasa hormat, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi, fasilitasi pembicaraan klien dan dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan dan jangan buat janji yang tidak bisa ditepati.

2) Perubahan lingkungan

Unit perawatan sebaiknya menyediakan berbagai aktivitas seperti membaca, grup program yang dapat mengurangi perilaku klien yang tidak sesuai dan meningkatkan adaptasi sosialnya.

3) Tindakan perilaku

Pada dasarnya membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima dan tidak diterima serta konsekuensi yang didapat bila kontrak dilanggar.

d. Strategi pengurangan

- 1) *Seclusion* merupakan tindakan keperawatan yang terakhir dengan menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauanya sendiri dan dipisahkan dengan pasien lain.

2) Manajemen krisis

3) Restraints adalah pengekangan fisik dengan menggunakan alat manual untuk membatasi gerakan fisik pasien menggunakan manset, sprei pengekang

2.3.3.3 Manajemen perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan terapi komplementer diantaranya terapi individu, terapi keluarga, terapi kelompok, dan terapi komplementer:

a) Terapi individu

Terapi individu adalah metode terapi yang bertujuan untuk merubah individu dari segi cara mengkaji perasaan, sikap, cara berfikir, dan perilakunya. Terapi ini harus dilakukan oleh seorang ahli dimana nanti seorang ahli dengan klien memiliki hubungan interpersonal. Tujuan dari terapi individu yaitu, memahami diri dan perilaku, membuat hubungan personal, memperbaiki hubungan interpersonal, atau berusaha lepas dari sakit hati atau ketidakbahagiaan (Videback, 2008).

Hubungan antara klien dengan ahli terapi terbina melalui tahap yang sama dengan tahap hubungan perawat dengan klien yaitu interaksi, kerja, dan terminasi. Pengendalian biaya ditetapkan oleh organisasi pemeliharaan kesehatan dan lembaga asuransi lain mendorong upaya cepat agar klien memperoleh manfaat semaksimal mungkin dari terapi yang dilakukan (Videback, 2008).

Salah satu terapi individu yang dapat diterapkan yaitu terapi latihan asertif. Asertif adalah tindakan mengemukakan pendapat atau ekspresi tidak senang ataupun tidak setuju tanpa menyakiti lawan atau orang lain. Latihan asertif ini dapat dilakukan dengan prinsip komunikasi langsung pada orang lain, contohnya mengatakan tidak untuk hal yang tidak beralasan atau tidak logis, mampu mengungkapkan keluhan, mengungkapkan pujian. Latihan asertif bertujuan agar pasien perilaku mampu berperilaku asertif dalam mengekspresikan kemarahannya. Macam-macam terapi asertif diantaranya seperti verbal, fisik, sosial dan spiritual. Salah satu contoh terapi asertif yang

masuk dalam kategori spiritual bisa dilakukan dengan menggunakan metode hidroterapi dengan membasuh area atau bagian-bagian tubuh yang sering terpapar air seperti wajah, tangan dan kaki, dalam islam kegiatan ini disebut dengan wudhu sebelum melakukan sholat.

Hidroterapi (terapi air) adalah metode terapi menggunakan air untuk meringankan tubuh dengan pendekatan *lowtech* yang mengandalkan respon respon tubuh terhadap air. Manfaat yang dapat diperoleh dari terapi ini yaitu dapat meningkatkan imunitas serta membantu kelancaran sirkulasi darah. Manfaat lainnya yang disampaikan oleh para pakar syaraf bahwa hidroterapi dapat mendinginkan ujung-ujung syaraf jari-jari tangan dan kaki yang berguna untuk memantapkan konsentrasi pikiran sehingga menjadikan rileks (Akrom, (2010) dalam Virgiawan ,(2016)).

Menurut Stevenson (dalam Pranata, 2014) hidroterapi memiliki efek relaksasi bagi tubuh karena mampu merangsang pengeluaran hormon endorpin serta menekan hormon adrenalin. Hidroterapi juga memberikan efek yang sejuk sehingga pikiran dapat rileks, dengan pikiran yang rileks tingkat konsentrasi seseorang akan meningkat. Air yang masuk ke pori-pori kulit memiliki sifat yang mendinginkan ujung-ujung syaraf tangan dan kaki sehingga dapat meningkatkan konsentrasi seseorang.

b) Terapi kelompok

Pada terapi kelompok ini, klien berpartisipasi dalam sesi bersama kelompok individu. Para anggota kelompok memiliki tujuan yang sama dan diharapkan mampu berkontribusi lebih dalam kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain. Peraturan kelompok ditetapkan dan harus dipatuhi oleh semua anggota kelompok. Dengan menjadi anggota kelompok diharapkan klien dapat mempelajari cara baru dalam memandang masalah atau cara menyelesaikan suatu masalah, dan juga membantunya mempelajari keterampilan interpersonal yang penting (Videback, 2011).

c) Terapi keluarga

Menurut Steinglass (2010), menjelaskan bahwa terapi keluarga adalah bentuk dari terapi kelompok yang mengikutsertakan klien dan anggota keluarganya. Tujuannya adalah memahami bagaimana dinamika keluarga mempengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptif, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga.

2.3.3.4 Terapi Modalitas

Terapi modalitas untuk perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

a) Terapi aktifitas kelompok

Terapi aktifitas kelompok adalah modalitas pengobatan, dimana ODGJ dikumpulkan dalam rancangan ini waktu dengan tenaga yang memenuhi persyaratan. Tujuan terapi untuk meningkatkan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain. Sebagai salah satu macam terapi aktifitas kelompok yaitu terapi latihan asertif.

b) Terapi okupasi

Terapi okupasi berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada anggota keluarga, pemeliharaan dan peningkatan yang bertujuan untuk membentuk ODGJ supaya mandiri dan tidak tergantung pada orang lain. Tujuan terapi okupasi yaitu untuk mengembalikan fungsi mental dan fisik, mengajarkan ADL (*Activity of Daily Living*) dan meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.

c) Terapi lingkungan

Terapi lingkungan adalah upaya untuk mempengaruhi lingkungan anggota keluarga, sehingga dapat membantu dalam proses penyembuhan. Teknik ini terutama diberikan atau diterapkan kepada lingkungan anggota keluarga, khususnya keluarga.

2.3 Konsep Terapi Latihan Asertif

2.3.1 Definisi Latihan Terapi Asertif

Asertif adalah tindakan mengemukakan pendapat atau ekspresi tidak senang ataupun tidak setuju tanpa menyakiti lawan atau orang lain. Latihan asertif ini dapat dilakukan dengan prinsip komunikasi langsung pada orang lain, contohnya mengatakan tidak untuk hal yang tidak beralasan atau tidak logis, mampu mengungkapkan keluhan, mengungkapkan pujian. Pelaksanaan asertif dapat terlihat melalui bahasa tubuh, mendengar dan percakapan (Ermawati, 2009).

Latihan asertif (*Assertive training*) Menurut Stuart dan Laraia dalam Suryanta & Murti W (2015) adalah intervensi tindakan keperawatan pasien perilaku kekerasan dalam tahap preventif. Latihan asertif bertujuan agar pasien perilaku mampu berperilaku asertif dalam mengekspresikan kemarahannya.

2.3.2 Manfaat Latihan Asertif

Menurut Corey yang dialih bahasakan (E. Koeswara (2013) dalam Khusairi, 2017), manfaat latihan asertif yaitu membantu bagi orang-orang yang:

- a) Tidak mampu mengungkapkan kemarahan dan perasaan tersinggung
- b) Menunjukkan kesopanan yang berlebihan dan selalu menolong orang lain untuk mendahuluinya
- c) Memiliki kesulitan untuk mengatakan “tidak”
- d) Mengalami kesulitan untuk mengungkapkan afeksi dan respon-respon positif lainnya.

2.3.3 Tujuan Latihan Asertif

Mousa dkk, Sebagaimana dikutip oleh (Mujiyati dalam Khusairi, 2017), menjelaskan “tujuan dari teknik *assertive* adalah untuk mengajarkan kepada konseli agar bertindak atau berbuat sesuai dengan kebutuhan dan keinginan mereka dengan tetap menghormati hak dan kepentingan orang lain”. Latihan *assertive* menunjukkan cara berkomunikasi yang diinginkan, mengubah pola

pemikiran negatif, menghargai pendapat diri sendiri, menyampaikan penolakan dan kritik serta cara membangun harga diri dan kepercayaan diri.

2.3.4 Kelebihan dan kekurangan

Kelebihan dari latihan asertif adalah sebagai berikut:

- a. Pelaksanaanya yang cukup sederhana.
- b. Penerapannya dikombinasikan dengan beberapa pelatihan seperti relaksasi.
- c. Pelatihan inti dapat mengubah perilaku individu secara langsung melalui perasaan serta sikapnya.

Sedangkan untuk kelemahan dari latihan asertif adalah sebagai berikut:

1. Meskipun sederhana namun latihan asertif ini membutuhkan waktu yang tidak sedikit, ini juga tergantung dari kemampuan dari individu itu sendiri
2. Bagi konselor yang kurang dapat mengkombinasikannya dengan teknik lainnya, latihan asertif ini kurang dapat bekerja dengan baik atau bahkan akan membuat jenuh serta bosan.

2.3.5 Prosedur terapi asertif

Pelaksanaan terapi latihan asertif ini dilakukan sebanyak 6 sesi yang dilakukan dalam 10x pertemuan. Sesi 1-4 dilakukan masing-masing 2x pertemuan, sedangkan sesi 5-6 dilakukan satu kali pertemuan. Pada sesi 1,2,3,4 di awal sesi mendiskusikan terlebih dahulu mengenai isi sesi, tujuan dan juga perilaku apa yang ingin dipelajari, kemudian menjelaskan, setelah itu terapis mencontohkan perilaku yang akan dilatih kemudian dilanjutkan melatih di dalam kelompok (*role playing*) setelah itu peserta akan memeberikan umpan balik terhadap perilaku baru. Perilaku baru ini akan dipelajari kembali bersama dengan teman ataupun keluarga. Pada hari kedua dan selanjutnya untuk sesi yang sama peserta akan menceritakan kemampuannya yang dipelajari, kemudian peserta akan melakukan kembali latihan. Lama kegiatan rata-rata selama 60 menit setiap sesi.

2.3.4 Indikasi Pemberian Terapi

Assertiveness Training dapat diterapkan pada pasien manipulatif, agresif, marah, resiko perilaku kekerasan, kecemasan, keterbatasan hubungan social, depresi dan harga diri rendah

2.3.5 Teknik latihan asertif

Terapi *Assertive training* yang dilakukan Novianti (2010) terdiri dari 6 sesi. Dalam melakukan terapi latihan asertif setiap sesi dilakukan selama 1x60 menit.

2.3.5.1 Sesi I

Pada awal sesi mendiskusikan terlebih dahulu mengenai isi sesi, tujuan, dan perilaku apa yang ingin dipelajari (*instruction*) yaitu dengan melatih memahami perbedaan karakteristik komunikasi asertif, pasif dan agresif.

2.3.5.2 Sesi II

Pada sesi kedua ini melatih untuk mengungkapkan keinginan dan kebutuhan.

2.3.5.3 Sesi III

Pada sesi ketiga ini melatih untuk menyampaikan pendapat dalam mengambil keputusan.

2.3.5.4 Sesi IV

Pada sesi keempat ini melatih dalam menyampaikan keinginan dan harapan dalam mengambil keputusan dengan cara yang baik.

2.3.5.5 Sesi V

Pada sesi kelima ini melatih mengatakan “tidak untuk hal-hal yang tidak rasional”

2.3.5.6 Sesi VI

Pada sesi keenam yaitu menceritakan dalam mempertahankan perubahan asertif dalam berbagai situasi.

2.4 Konsep Hidroterapi

2.4.1 Definisi Hidroterapi

Hidroterapi (terapi air) adalah metode terapi menggunakan air untuk meringankan tubuh dengan pendekatan *lowtech* yang mengandalkan respon-respon tubuh terhadap air. Manfaat yang dapat diperoleh dari terapi ini yaitu dapat

meningkatkan imunitas serta membantu kelancaran sirkulasi darah. Manfaat lainnya yang disampaikan oleh para pakar syaraf bahwa hidroterapi dapat mendinginkan ujung-ujung syaraf jari-jari tangan dan kaki yang berguna untuk memantapkan konsentrasi pikiran sehingga menjadikan rileks (Akrom, (2010) dalam Herlambang (2016)).

Menurut Stevenson (dalam Pranata, 2014) hidroterapi memiliki efek relaksasi bagi tubuh karena mampu merangsang pengeluaran hormon endorphin serta menekan hormon adrenalin. Hidroterapi juga memberikan efek yang sejuk sehingga pikiran dapat rileks, dengan pikiran yang rileks tingkat konsentrasi seseorang akan meningkat. Air yang masuk ke pori-pori kulit memiliki sifat yang mendinginkan ujung-ujung syaraf tangan dan kaki sehingga dapat meningkatkan konsentrasi seseorang. Dalam Islam terdapat kegiatan yang disebut hidroterapi. Kegiatan hidroterapi dalam agama islam yaitu wudhu, prinsip wudhu yaitu relaksasi yang mengendorkan otot atau urat syaraf pada tertentu di muka, tangan dan kaki (Mujib, 2006 dalam Herlambang 2016).

2.4.2 Prosedur Hidroterapi

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2011), cara melakukan hidroterapi seperti merendam kaki di air hangat dengan suhu 40-43 derajat celcius, sesuai dengan standar internasional. Suhu air tersebut meningkatkan kelenturan jaringan otot ikat, kelenturan pada stuktur otot, mengurangi nyeri, dan memberikan pengaruh pada sistem pembuluh darah yaitu fungsi jantung dan pernafasan atau paru-paru.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dilianti (2017) penerapan hidroterapi dapat dilakukan selama 6 hari dalam waktu 10 menit setiap pagi dan sore yang hasilnya efektif untuk meredakan tekanan darah sehingga agresivitas seseorang dapat menurun.

2.3.3 Kelebihan dan Kekurangan

Kelebihan dan kekurangan menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1205/Menkes/Per/2004)

1. Untuk menurunkan hipertensi.
2. Untuk menurunkan perilaku kekerasan.
3. Untuk mengatasi insomnia.

Kekurangan:

1. Tidak bisa dilakukan pada orang dengan penyakit kulit dan luka bakar.
2. Tidak bisa dilakukan pada ibu hamil, lansia dan orang yang dalam pengaruh alkohol atau obat.
3. Tidak bisa dilakukan pada orang yang mengalami gangguan sensasi rasa, yang mereka tidak dapat merasakan perubahan suhu air.

2.3.4 Indikasi

Untuk pasien dengan perilaku kekerasan, kecemasan, tekanan darah tinggi, insomnia.

2.3.5 Teknik Hidroterapi

2.3.5.1 Persiapan

- a) Tempat yang akan digunakan dicek kebersihannya meliputi air yang digunakan.
- b) Persiapkan alat yang digunakan secara lengkap termasuk kelayakan oprasionalnya.
- c) Mempersiapkan pasien, cek keadaan umum pasien.

2.3.5.2 Pelaksanaan

- a) Penerapan hidroterapi yang digunakan seperti wudhu.
- b) Waktu pelaksanaan dilakukan 2x dalam sehari selama 6 hari
- c) Ph air sekitar 7 atau normal
- d) Air yang digunakan air dingin yang mengalir langsung melalui kran.

2.5 Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan

Menurut Purba (2008) strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ada 5 diantaranya:

a. SP 1

Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengidentifikasi perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (latihan napas dalam).

b. SP 2

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (evaluasi latihan napas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 (pukul Kasur dan bantal, menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).

c. SP 3

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial atau verbal (evaluasi jadwal kegiatan harian tentang kedua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal).

d. SP 4

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial atau verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah atau berdoa).

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar, disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur.

2.6 Tahap Pelaksanaan KTI

2.6.1 Perijinan

Dalam pengambilan data pasien yang akan dilakukan sebagai pasien kelolaan untuk Karya Tulis Ilmiah, pertama-tama penulis akan minta surat ijin atau surat rekomendasi dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, selanjutnya mengurus surat perijinan di Puskesmas Mungkid Magelang untuk mendapatkan ijin mengambil data dan informasi klien di desa Paremono Mungkid Magelang kemudian meminta ijin pada Kadus kemudian kepada Kader Jiwa Desa Paremono untuk mengambil data dan informasi pasien yang akan dikelola serta untuk mendampingi meminta ijin ke keluarga pasien.

2.6.2 Seleksi pasien

Pasien yang akan dikelola dengan menerapkan inovasi Terapi Latihan Asertif dan Hidroterapi yaitu pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

2.5.3 Tahapan asuhan keperawatan

2.6.2.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara observasi dan wawancara kepada pasien dan *caregiver* untuk mengetahui informasi tentang pasien, keadaan pasien, kebiasaan pasien, penyebab pasien mengalami gangguan jiwa, dan lain sebagainya

2.6.2.2 Diagnosa

Diagnosa ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan dari hasil pengkajian.

2.6.2.3 Intervensi

Intervensi dilakukan dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) sebagai tindakan keperawatan yang akan diterapkan kepada pasien.

2.6.2.4 Inovasi

Inovasi yang akan dilakukan sebagai tindakan untuk mensupport tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien gangguan jiwa dengan masalah resiko perilaku kekerasan yaitu dengan terapi latihan asertif dilakukan dalam 10 kali pertemuan dan hidroterapi, dimana pelaksanaan terapi latihan asertif dan

hidroterapi dilakukan setelah dilakukannya strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien.

2.6.3 Penerapan Prinsip Etik

2.5.4.1 Prinsip keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan yaitu prinsip yang tidak membeda-bedakan pasien satu dengan yang lain dari segi fisik, agama, suku, jenis kelamin dan lainnya. Pasien mendapat perlakuan yang sama dan adil sebelum, selama, dan setelah ikut berpartisipasi pelaksanaan intervensi.

2.5.4.2 Tidak merugikan (*non-malficience*)

Dalam prinsip ini berarti tidak membahayakan, memperhatikan dan menghormati hak, martabat dan privasi pasien. Pasien berhak memperoleh kenyamanan fisik, psikologis dan sosial. Penulis melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang ditetapkan.

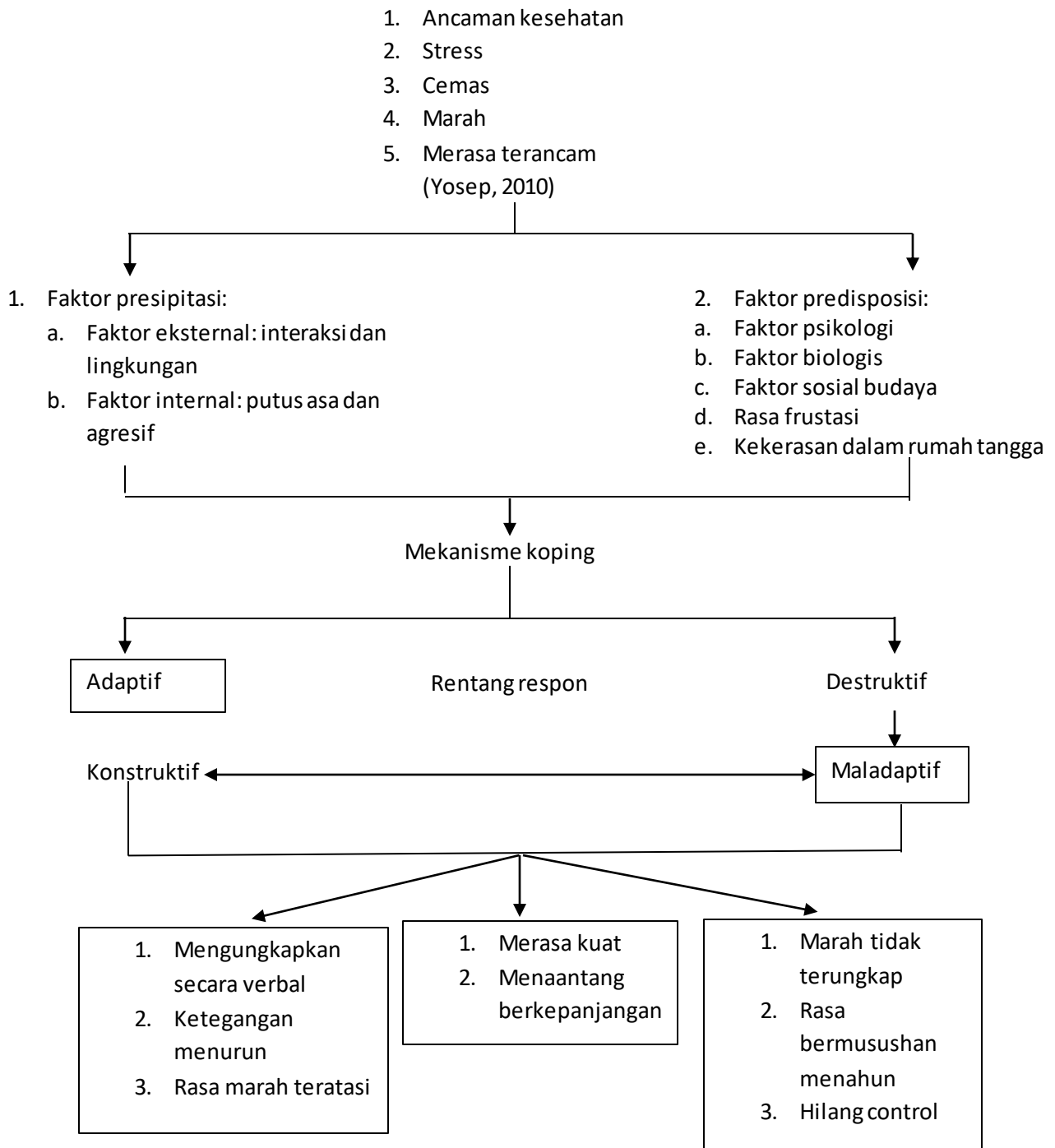
2.5.4.3 Kerahasiaan

Tanggung jawab penulis untuk melindungi semua informasi serta data selama dilakukan asuhan keperawatan. Data serta informasi tersebut hanya akan diketahui oleh penulis dan oembimbing atas persetujuan pasien dan pihak rumah sakit.

2.5.4.4 Berbuat baik (*Beneficience*)

Prinsip ini akan menjadikan penulis dalam melakukan hal yang baik kepada semua orang khususnya pasien, karena dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan.

2.7 Pathways



Gambar 2.1 Pathway

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab 3 laporan kasus akan membahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di dusun Mertan, Paremono, Mungkid, Magelang pada tanggal 12 juli sampai dengan 27 juli 2018 yang terdiri dari pengkajian pada klien, analisa dari data yang diperoleh, intervensi, implementasi keperawatan serta evaluasi dari hasil implementasi keperawatan.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 juli 2018 jam 14.00 dengan metode wawancara dan pengamatan tingkah laku klien, dari pengkajian tersebut didapatkan data sebagai berikut, Ny. P yang berusia 26 tahun, jenis kelamin perempuan bertempat tinggal di dusun Mertan, Paremono, Mungkid, Magelang. Ny. P beragama islam, status klien belum menikah, Ny. P tidak bekerja, klien juga tidak tamat SD karena keluar pada kelas 3 SD, Ny.P tinggal hanya dengan kakeknya.

Pengkajian presdiposisi didapatkan data klien belum pernah mengalami aniaya fisik. Keluarga mengatakan Ny.P pada waktu kelas 3 SD mengeluhkan pusing dan bingung dan menjadi seperti sekarang ini. Faktor persipitasi, keluarga Ny. P mengatakan marahnya karena kadang tidak sesuai dengan apa yang diinginkan atau telat dan bahkan tidak minum obat sama sekali. Keluarga klien mengatakan Ny. P pernah dirawat di RSJ sudah beberapa kali. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 82 kali permenit, suhu 36°C, berat badan 50 kg, tinggi badan 155 cm, bentuk kepala *mesocephal*, rambut pendek, hitam, dan bersih, mata simetris antara kanan dan kiri, hidung simetris, tidak ada *polip*, telinga simetris, sedikit serumen, dan tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid*.

Berdasarkan pengkajian Ny. P merupakan anak kedua dari dua bersaudara dan tinggal serumah hanya dengan kakeknya, karena kedua orangtuanya sudah meninggal dan kakaknya pergi tidak ada kabar. Di dalam anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa, yaitu kakaknya sendiri. Keluarga Ny. P mengatakan kalau kakanya sering mengamuk dengan menggunakan benda tajam. Ny. P biasanya dekat dengan ibunya, namun semenjak ibunya meninggal Ny. P hanya dekat dengan kakeknya, Ny. P tidak pernah mengikuti kegiatan kemasyarakatan, karena malas, keluarga mengatakan Ny. P tidak pernah beribadah dan jika diajak beribadah selalu menolak.

Ny. P mengatakan suka dengan seluruh anggota tubuhnya karena klien merasa bersyukur atas apa yang telah diberikan oleh Tuhan. Ny. P mengatakan sebagai anak kedua dari 2 bersaudara, klien juga mengatakan tidak pernah melakukan kegiatan apapun di rumah dan hanya makan, mandi tidur saja. Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya dan tidak bingung lagi. Ny. P diterima dimasyarakat dengan baik, dan Ny. P juga sering main kerumah tetangganya dan sering diberikan makanan dengan tetangganya, klien hanya tinggal dengan kekeknya, klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun di dalam masyarakat. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain tidak ada, tetapi klien mengatakan tidak pernah menjalankan sholat lima waktu, karena merasa susah untuk mengenakan mukena.

Berdasarkan pengkajian penampilan klien selama di rumah berpakaian sesuai dengan jenis kelaminnya dan rapi sering mengenakan rok panjang dan kaos. Pembicaraan klien agak keras, intonasi nada tinggi, berkata kasar dan kadang tidak mau menjawab ketika di tanya serta klien ketika di wawancara jawabannya terkadang tidak nyambung dengan apa yang di bahas. Didapatkan data aktivitas motorik, Ny. P terlihat tegang, marah, gelisah, mata melotot, ketika berinteraksi dengan kakeknya di rumah terkadang terlihat marah, dan tampak melihat dengan pandangan tajam. Pada saat pengkajian klien tampak terlihat sedih saat mengingat atau labil, dibuktikan dengan dirinya merasa jengkel dan marah saat meminta

sesuatu serta jika di tanya terus menerus dan kadang senang . Interaksi selama wawancara Ny. P cukup kooperatif, dan kadang pandangan tidak fokus dengan orang yang sedang bicara dengannya namun terlihat menyembunyikan sesuatu, hal ini dibuktikan dengan ketika ditanya oleh kakeknya hanya menjawab tidak apa-apa. Didapatkan data klien mengatakan tidak pernah mendengar suara-suara atau bisikan serta melihat bayangan.

Berdasarkan pengkajian proses pikir Ny. P sirkumtansial ditandai dengan selama wawancara Ny. P dalam menjawab pertanyaan selalu berbelit-belit dan mengulang-ulang pertanyaan, klien tidak mengalami gangguan isi pikir. Ny. P mengalami gangguan di memori jangka pendek namun cukup baik di memori jangka panjang. Pada jangka pendek klien sering lupa dalam menyebutkan apa yang baru saja diberitahu sebagai contoh yaitu nama seseorang, untuk jangka panjang klien mampu mengingat temannya dulu waktu sekolah. Didapatkan data tingkat konsentrasi, klien mudah beralih pembicaraan selama wawancara.

Pengkajian kemampuan penilaian, klien mengatakan bahwa dirinya tidak sakit dan tidak harus diobati terus. Didapatkan data daya tilik diri Ny. P mengatakan bahwa dirinya tidak sakit, tidak pusing. Pada kebutuhan sehari-hari klien mengatakan mandi 2x dalam sehari siang hari dan sore hari, makan 2x sehari dan kadang 3x sehari sesuai keinginannya, bab dan bak klien mengatakan BAB di kali dan BAK di kamar mandi rumah, istirahat klien teratur klien sering tidur siang dan tidur malam sekitar jam delapan malam. Berdasarkan mekanisme koping, klien memiliki koping maladaptif yaitu ketika keinginannya tidak sesuai ia merasa jengkel sehingga barang atau makanan yang ada ditangannya di banting dan sering marah-marah. Klien mendapatkan obat *Haloperidol* 2x5mg, *trihexypenidil* 2x2mg, *Chloropromazin* 1x25mg.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian diatas penulis melakukan analisa data kemudian merumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas menggunakan Standar

Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016). Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan dari hasil pengkajian adalah resiko perilaku kekerasan, diagnosa keperawatan tersebut didukung dengan data subyektif klien mengatakan sering marah-marah dan melampiaskanya dengan membanting dan membuang makanan. Data obyektif klien terlihat marah, tampak tegang, dan berbicara dengan nada tinggi, bicara ketus, pandangan tajam, mata merah dan melotot.

3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan yang penulis susun akan dilakukan 10 kali pertemuan dengan strategi pelaksanaan yang terdiri dari terapi individu, terapi psikofarmaka dan terapi untuk keluarga, untuk rencana tindakan keperawatan akan diaplikasikan sesuai pada asuhan keperawatan dengan harapan tercapai kemampuan yang lebih baik dan kemandirian bagi klien serta mempertajam terapi inovasi yang penulis pelajari.

Diagnosa resiko perilaku kekerasan penulis membuat rencana keperawatan yang akan muncul dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko perilaku kekerasan dapat teratasi dengan kriteria hasil, klien dapat mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik napas dalam (SP I) , klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik pukul bantal atau kasur (SP II), Klien dapat mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (SP III), klien dapat mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual (SP IV), klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat (SP V), keluarga dapat mendukung klien dalam mengontrol perilaku kekerasan, klien dapat mengikuti dan mempraktikkan terapi inovasi latihan asertif dan hidroterapi. Dilakukan terapi latihan asertif selama 4x pertemuan, sedangkan yang hidroterapi dilakukan selama 5x pertemuan.

3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan dilaksanakan pada tanggal 12 juli 2018 pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan strategi pelaksanaan I yaitu mengajari dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik napas dalam. Penulis melakukan bina hubungan saling percaya (BHSP), mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala yang dialami klien, mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan, membantu mendemonstrasikan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam, dan membantu klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Dari implementasi diatas didapatkan respon klien yaitu klien mengatakan mau melakukan tarik napas dalam , Ny. P mau berjabat tangan, klien mau menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya, klien mengatakan akan mengikuti cara fisik napas dalam untuk mengontrol marahnya, klien mengatakan lebih tenang setelah melakukan napas dalam.

Implementasi yang kedua dilakukan pada tanggal 14 juli 2018 pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan strategi pelaksanaan II yaitu mengajari mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik pukul bantal atau kasur. Penulis menanyakan perasaan klien, mengevaluasi latihan cara fisik napas dalam di jadwal kegiatan harian, melatih dan mengajari cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik pukul bantal atau kasur, memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Dari implementasi diatas didapatkan respon Ny.P yaitu klien mengatakan bersedia di latih cara mengontrol marah dengan cara pukul bantal atau kasur, klien mengatakan mau mempraktikkan dengan baik dan benar cara mengontrol marah dengan pukul bantal atau kasur.

Implementasi yang ketiga dilakukan pada tanggal 16 juli 2018 pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan strategi pelaksanaan III yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal atau sosial dan latihan asertif sesi 1. Penulis menanyakan perasaan klien, mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal, menganjurkan klien

untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Dalam latihan asertif sesi 1 penulis menggali pengetahuan klien mengenai perbedaan perilaku asertif, pasif dan agresif, menjelaskan perbedaan perilaku asertif, pasif dan agresif. Dari implementasi diatas didapatkan respon klien yaitu Ny. P mengatakan bersedia dilatih mengontrol marah dengan cara verbal dan latihan asertif sesi I, klien tampak mau mempraktikkan cara verbal untuk mengontrol marah, namun kurang maksimal. Dari data yang diatas didapatkan respon klien yaitu klien mengatakan akan mengikuti latihan asertif sesi I dan cara verbal untuk mengontrol rasa marah, klien mengatakan akan mempraktikkan cara verbal untuk mengontrol marahnya.

Implementasi yang keempat dilakukan pada tanggal 18 juli 2018 pukul 14.00 WIB. Penulis mengulangi strategi pelaksanaan III mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal dan mengevaluasi latihan asertif sesi I. penulis menanyakan perasaan klien, mengajarkan ulang mengontrol marah dengan cara verbal, memasukkan dalam jadwal harian. Dalam latihan asertif sesi I penulis mengevaluasi mengenai pengetahuan klien tentang perbedaan perilaku asertif, pasif dan agresif. Dari implementasi diatas didapatkan respon klien yaitu Ny.P mengatakan bersedia untuk mengikuti latihan ulang cara verbal, klien mengatakan bersedia diberikan pengetahuan mengenai latihan asertif sesi I, klien tampak melakukan cara verbal untuk mengontrol marah dengan baik dan benar, klien tampak mampu membedakan perilaku asertif, pasif dan agresif di dalam latihan asertif sesi I. dari data diatas didapatkan respon klien yaitu klien mengatakan mau melakukan kembali cara verbal mengontrol rasa marah.

Implementasi yang kelima dilakukan pada tanggal 20 juli 18 pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan strategi pelaksanaan IV spiritual dan menerapkan terapi inovasi hidroterapi. Penulis menanyakan perasaan klien, mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Dalam terapi inovasi hidroterapi, penulis melatih dan mengajari klien melakukan hidroterapi yaitu langkah-langkah saat melakukan hidroterapi, membimbing untuk

memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Dari implementasi diatas di dapatkan respon klien yaitu klien mengatakan mau mengikuti cara spiritual dan Hidroterapi untuk mengontrol marah, klien mengatakan mau melakukan cara spiritual dan hidroterapi dalam mengontrol marahnya, klien mengatakan setelah melakukan cara spiritual dan hidroterapi menjadi tenang dan lega.

Implementasi yang keenam dilakukan pada tanggal 22 juli 2018 pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan strategi pelaksanaan V cara mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat dan menerapkan hidroterapi seperti hari sebelumnya. Penulis menanyakan perasaan klien, mengevaluasi klien latihan cara verbal dalam jadwal kegiatan harian, menyebutkan apa saja manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat, mendiskusikan 5 benar minum obat, memasukkan ke dalam jadwal harian. Dalam terapi inovasi hidroterapi, penulis mendampingi klien melakukan hidroterapi. Dari implementasi diatas didapatkan respon klien yaitu Ny.P mengatakan mau melakukan hidroterapi kembali, klien mengatakan mau belajar tentang manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat dan 5 benar minum obat, klien tampak melakukan hidroterapi dengan benar, klien mengatakan lebih tenang perasannya setelah minum obat.

Implementasi yang ketujuh dilakukan pada tanggal 23 juli 2018 pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan pengulangan pada strategi V cara mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat, membantu klien mendemonstrasikan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat serta 5 benar minum obat, membantu klien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Dari implementasi diatas didapatkan respon klien yaitu Ny. P mengatakan bersedia untuk mendiskusikan kembali mengenai manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, dan 5 benar minum obat, klien tampak konsentrasi, klien mengatakan bisa menjawab apa saja manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat dan 5 benar minum obat, klien mengatakan perasaan lebih tenang setelah minum obat.

Implementasi hari ke delapan dilakukan pada tanggal 24 juli 2018 pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan latihan asertif sesi II (mengungkapkan keinginan dan kebutuhan dengan baik) dan terapi inovasi hidroterapi. Penulis menanyakan perasaan klien, mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien SP V atau patuh minum obat, mengajarkan cara membedakan antara keinginan dan kebutuhan dan memberikan contoh cara mengungkapkan keinginan dan kebutuhan dengan cara yang baik, membimbing klien untuk mengatakan keinginan dan kebutuhan klien, menganjurkan klien untuk mengungkapkan keinginan dan kebutuhan dengan cara yang baik, membimbing klien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Dalam hidroterapi, penulis mengevaluasi hidroterapi yang dilakukan klien. Menganjurkan klien melakukan hidroterapi secara mandiri, membantu klien dalam memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Dari implementasi diatas didapatkan respon yaitu klien mengatakan mau mengikuti latihan sertif, klien mengatakan mau melakukan hidroterapi, klien mengatakan lebih tenang setelah melakukan hidroterapi.

Implementasi yang ke sembilan dilakukan pada tanggal 25 juli 2018 pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan pengulangan latihan asertif sesi II dan terapi inovasi hidroterapi. Penulis menanyakan perasaan klien, melakukan evaluasi latihan asertif sesi II, mendampingi klien melakukan hidroterapi, memberikan edukasi kepada klien dan keluarga manfaat minum obat dan kerugian minum obat, menganjurkan keluarga untuk segera kontrol karena obat sudah tinggal 3 butir saja. Dari implementasi diatas didapatkan respon klien yaitu klien mengatakan mau melakukan latihan asertif, klien mengatakan mau melakukan hidroterapi, klien mengatakan paham yang disampaikan, klien mengatakan lebih tenang setelah melakukan hidroterapi.

Implementasi yang ke sepuluh dilakukan pada tanggal 27 juli 2018 pukul 10.00 WIB. Penulis melakukan edukasi keluarga. Penulis mengedukasikan kepada keluarga untuk segera kontrol ke rumah sakit karena obatnya sudah habis, melakukan terminasi kepada keluarga. Dari implementasi diatas didapatkan

respon keluarga yaitu keluarga mengatakan akan membawa ke rumah sakit untuk diperiksa kembali

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dapat dikatakan berhasil atau tidak dengan cara mengetahui perkembangan pada klien dan apakah masalah sudah teratasi atau belum, maka perlu dilakukan evaluasi. Pertemuan pertama strategi pelaksanaan I tanggal 12 juli 2018 pukul 15.00 WIB. Didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan nama lengkapnya, nama panggilan dan mau berjabat tangan, klien mengatakan marah ketika keinginannya tidak terpenuhi, klien mengatakan ketika merasa jengkel maka barang-barang dibanting dibuang bahkan makanan yang sedang ditangannya akan dibuang juga., klien mengatakan tidak paham apa yang dilakukan itu dapat menyebabkan kerugian atau tidak, klien mengatakan bersedia diajarkan napas dalam untuk mengontrol marahnya, klien mengatakan mau melakukan napas dalam sendiri, klien mengatakan akan melakukan napas dalam 1x saja dalam sehari pada pagi hari.

Didapatkan hasil data obyektif yaitu klien tampak mau berjabat tangan dan menyebutkan nama panjang serta nama panggilannya, pandangan klien tajam, klien tampak kooperatif, klien tampak mampu melakukan napas dalam dengan benar. Analisa dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah resiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan I teratasi karena klien mau dan mampu melakukan napas dalam dengan benar. Perencanaan perawat yaitu evaluasi strategi pelaksanaan I di dalam jadwal kegiatan harian, dan lanjut strategi pelaksanaan II cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal atau kasur, sedangkan perencanaan klien mampu dan mau melakukan napas dalam untuk mengontrol rasa marah.

Pada strategi pelaksanaan II tanggal 14 juli 2018 pukul 15.00 WIB. Didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan dirinya baik-baik saja, klien mengatakan tadi pagi setelah bangun tidur melakukan napas dalam, klien mengatakan

bersedia diajarkan cara mengontrol marah dengan cara fisik pukul bantal atau kasur, klien mengatakan mau melakukan pukul bantal atau kasur, klien mengatakan akan melakukan pukul bantal atau kasur 1 kali pada siang hari.

Didapatkan hasil data obyektif yaitu klien tampak melakukan teknik napas dalam, klien tampak kooperatif saat diajarkan cara pukul bantal atau kasur untuk mengontrol rasa marah, klien tampak melakukan cara mengontrol rasa marah dengan pukul bantal atau kasur dengan baik sesuai dengan yang diajarkan. Analisa dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah resiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan II teratasi (klien mampu dan mau melakukan cara mengontrol marah dengan pukul bantal atau kasur). Perencanaan perawat yaitu evaluasi strategi pelaksanaan II di dalam jadwal kegiatan harian, dan lanjut strategi pelaksanaan III cara mengontrol marah dengan cara verbal atau sosial. Sedangkan perencanaan untuk klien yaitu klien mampu melakukan cara mengontrol marah dengan cara pukul bantal atau kasur di dalam jadwal kegiatan harian.

Pada strategi pelaksanaan III dan latihan asertif sesi I tanggal 16 juli 2018 pukul 15.00 WIB. Didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol marah dengan pukul bantal atau kasur tadi setelah bangun tidur pagi 1 kali, klien mengatakan bersedia diajarkan cara verbal untuk mengontrol rasa marah dan latihan asertif sesi I, klien mengatakan tidak tau perbedaan perilaku asertif, pasif dan agresif serta perilaku klien selama ini termasuk perilaku yang baik atau tidak, klien mengatakan akan melakukan cara verbal atau meminta sesuatu dengan cara yang baik kepada kakeknya. Didapatkan data obyektif yaitu klien tampak kooperatif ketika diberikan pengetahuan mengenai perbedaan perilaku asertif, pasif dan agresif, klien tampak mencoba meminta sesuatu kepada kakeknya dengan baik namun klien masih tampak terlihat sedikit emosi, klien tampak konsentrasi.

Analisa dari hasil dapat disimpulkan bahwa masalah resiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan III dan latihan asertif sesi I belum teratasi (klien belum mampu melakukan cara verbal dengan baik, klien belum paham tentang perbedaan perilaku asertif, pasif dan agresif. Perencanaan untuk perawat evaluasi strategi pelaksanaan III, ulangi strategi pelaksanaan III dan latihan asertif sesi I. Sedangkan untuk klien yaitu klien mampu melakukan cara verbal dengan baik dan mampu mengenali perbedaan perilaku asertif, pasif, dan agresif.

Pada pengulangan strategi pelaksanaan III dan latihan sertif sesi I tanggal 18 juli 2018 pukul 15.00 WIB. Didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan dirinya baik-baik saja, klien mengatakan bersedia diajarkan kembali cara mengontrol marah dengan cara verbal, klien mengatakan mau belajar cara verbal dengan kakeknya, klien mengatakan sudah mengerti perbedaan perilaku asertif, pasif dan agresif. Didapatkan data obyektif yaitu klien tampak kooperatif saat diberikan pengertian perbedaan perilaku asertif, pasif dan agresif, klien tampak mengikuti dan mempraktikkan cara verbal dengan kakeknya dengan baik, klien tampak menyebutkan perbedaan perilaku asertif, pasif, dan agresif. Analisa dari hasil dapat di simpulkan bahwa masalah resiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan III dan latihan sertif sesi I teratasi (klien mampu mempraktikkan cara verbal dengan baik, klien mampu memahami perbedaan perilaku asertif, pasif, dan agresif). Perencanaan untuk perawat evaluasi strategi pelaksanaan III dan latihan asertif sesi I, lanjut strategi pelaksanaan IV spiritual. Sedangkan untuk klien yaitu klien mampu menerapkan cara verbal dalam jadwal kegiatan harian.

Pada Strategi pelaksanaan IV dan Hidroterapi tanggal 20 juli 2018 pukul 15.00 WIB. Didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan mengatakan saat ini dirinya sedang tidak jengkel, klien mengatakan sudah melakukan cara verbal dengan kakeknya, klien mengatakan bersedia diajarkan cara spiritual dan hidroterapi untuk mengontrol rasa marah, klien mengatakan mau mempraktikkan cara spiritual dan hidroterapi, klien mengatakan akan melakukan cara spiritual dan hidroterapi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari sebelum mandi. Data obyektifnya

yaitu klien tampak kooperatif saat dibimbing dan diajarkan cara spiritual dan hidroterapi, klien tampak mempraktikkan cara spiritual dan hidroterapi. Analisa: dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah resiko kekerasan strategi pelaksanaan IV dan hidroterapi teratasi (klien mampu dan mau melakukan cara spiritual dan hidroterapi untuk mengontrol rasa marahnya.

Perencanaan untuk perawat yaitu evaluasi strategi pelaksanaan IV dan hidroterapi dalam jadwal kegiatan harian, lanjut strategi pelaksanaan V cara mengontrol marah dengan patuh minum obat dan mengulang hidroterapi. Sedangkan untuk klien yaitu klien dapat menerapkan cara spiritual dan hidroterapi dalam jadwal kegiatan harian.

Pada strategi pelaksanaan V dan mengulang Hidroterapi tanggal 22 juli 2018 pukul 15.00 WIB. Didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan melakukan cara spiritual dan hidroterapi dibantu dengan kakeknya, klien mengatakan mengetahui manfaat minum obat, klien mengatakan belum mengetahui kerugian tidak minum obat dan 5 benar minum obat, klien mengatakan obatnya pahit dan tidak enak. Data obyektifnya yaitu klien tampak kooperatif saat didampingi melakukan hidroterapi, klien tampak kooperatif dan konsentrasi saat diberikan pengertian tentang manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat serta 5 benar minum obat, klien tampak mampu menyebutkan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat namun hanya beberapa saja, klien tampak belum bisa menyebutkan 5 benar minum obat yang sudah diberitahukan.

Analisa dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah resiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan V belum teratasi (Ny. P belum mampu menyebutkan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat dan 5 benar minum obat). Perencanaan untuk perawat yaitu evaluasi strategi pelaksanaan V dan ulangi strategi pelaksanaan V, lakukan hidroterapi. Sedangkan perencanaan untuk klien yaitu Ny.P mampu menyebutkan dan mengerti tentang manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat serta 5 benar minum obat.

Pada pengulangan strategi V dan hidroterapi tanggal 24 pukul 15.00. di dapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan sudah melakukan hidroterapi 1 kali pada pagi hari, klien mengatakan sudah tau manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat 5 benar minum obat. Data obyektifnya yaitu klien tampak mampu menyebutkan 5 benar minum obat, manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat, klien tampak melakukan hidroterapi secara mandiri. Analisa dari data di atas dapat disimpulkan bahwa masalah resiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan V teratasi (klien mampu menyebutkan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat dan 5 benar minum obat). Perencanaan untuk perawat evaluasi strategi pelaksanaan V, evaluasi hidroterapi lanjutkan inovasi asertif sesi 2. Sedangkan perencanaan untuk klien yaitu klien mampu mengingat manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat dan 5 benar minum obat.

Pada latihan asertif sesi 2 dan evaluasi hidroterapi tanggal 25 pukul 15.00. di dapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan masih ingat 5 benar minum obat, manfaat minum obat, kerugian minum obat, klien mengatakan mau melakukan hidroterapi, klien mengatakan bersedia dilatih latihan asertif sesi 2, klien mengatakan akan mencoba mengungkapkan keinginan dan kebutuhannya yang sesuai dengan baik tapi tidak sekarang. Data obyektif yaitu klien tampak tidak kooperatif, klien tampak melakukan hidroterapi secara mandiri dengan benar, klien tampak melakukan cara mengungkapkan keinginan dan kebutuhannya namun dengan kata kasar. Analisa dari data di atas dapat disimpulkan bahwa masalah resiko perilaku kekerasan dengan latihan asertif sesi 2 belum teratasi (klien belum paham tentang kebutuhan dan keinginan klien). Perencanaan untuk perawat evaluasi latihan asertif sesi 2 ulangi latihan asertif sesi 2, edukasi keluarga dan klien untuk patuh minum obat. Sedangkan perencanaan untuk klien yaitu klien mampu dan paham tentang keinginan dan kebutuhannya.

Pada evaluasi latihan asertif sesi 2, pengulangan latihan asertif sesi 2 dan edukasi keluarga dan klien untuk patuh minum obat pada tanggal 26 pukul 15.00. Di dapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan tidak mau di ganggu dan di tanya-

tanya, klien mengatakan obatnya tinggal 3 dan mau di minum saat ini, keluarga mengatakan akan mengontrolkan klien besok. Data obyektifnya yaitu klien tampak tidak kooperatif, klien berbicara dengan nada keras dan membentak, klien tampak menatap dengan tajam. Analisa dari data di atas dapat disimpulkan bahwa masalah resiko perilaku kekerasan dengan latihan asertif sesi 2 belum teratasi: klien tidak mau melakukan apapun yang diajarkan. Perencanaan untuk perawat yaitu edukasi keluarga untuk mengontrolkan klien. Sedangkan untuk klien yaitu klien kooperatif dan mau diajarkan terapi kembali (latihan asertif dan hidroterapi).

Pada pelaksanaan selanjutnya edukasi keluarga untuk membawa klien kontrol ke rumah sakit pada tanggal 27 juli 2018 pukul 10.00. di dapatkan data subyektif yaitu keluarga mengatakan klien susah saat diajak bicara, keluarga mengatakan hari ini akan dibawa ke rumah sakit lagi karena tadi pagi marah-marah. Data obyektifnya yaitu klien tampak gelisah, klien tampak marah-marah, pandangan mata klien tajam. Analisa dari data diatas dapat disimpulkan masalah resiko perilaku kekerasan tidak teratasi: klien kambuh dan di bawa ke rumah sakit lagi. Perencanaan untuk perawat pertahankan strategi pelaksanaan yang sudah pernah diajarkan. Sedangkan untuk klien yaitu klien mampu mengikuti terapi dengan kooperatif.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

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

5.1.1 Setelah penulis melakukan pengkajian pada Ny.P di Dusun Mertan, Mungkid, Magelang berdasarkan teori dan konsepnya dapat disimpulkan klien mengalami resiko perilaku kekerasan yang ditandai dengan tampak sering marah-marah tidak jelas, tegang, pandangan tajam, mondar-mandir dan membanting makanan atau barang ketika sedang marah, intonasi nada tinggi, suara keras. Dari hasil pengkajian muncul tanda gejala yaitu klien mengatakan tidak mau melakukan sholat atau ibadah karena kesusahan menggunakan mukena dan tidak menyukai ketika mengenakan mukena, sehingga penulis mencurigai adanya waham.

5.1.2 Diagnosa keperawatan prioritas yang ditegakkan adalah resiko perilaku kekerasan.

5.1.2 Intervensi yang telah penulis lakukan mengacu pada beberapa teori dan penerapan dari hasil penelitian. Dalam hasil penelitian mengenai latihan asertif disimpulkan bahwa klien yang dapat mengikuti latihan asertif adalah klien dengan resiko perilaku kekerasan secara verbal, depresi, kecemasan, klien dengan keterbatasan hubungan sosial dan klien dengan harga diri rendah. Sedangkan dalam hasil penelitian mengenai hidroterapi bahwa klien yang dapat mengikuti hidroterapi adalah klien dengan resiko perilaku kekerasan, kecemasan, tekanan darah tinggi dan insomnia.

5.1.3 Implementasi keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah disusun pada Ny. P. Selama penulis melakukan implementasi selama dua minggu dengan 10 kali pertemuan diberikan terapi individu strategi pelaksanaan dan terapi psikofarmakologi 7 kali pertemuan sedangkan terapi inovasi hidroterapi dilakukan selama 5 kali pertemuan dan latihan asertif selama 4 kali pertemuan. Dari hasil yang didapatkan dengan menggunakan terapi latihan asertif klien merasa bosan, dan susah untuk dipahami, sedangkan untuk hidroterapi klien merasa tidak bosan dan klien sangat antusias untuk melakukan terapi tersebut. Mengenai kelemahan dari latihan asertif yaitu meskipun sederhana namun latihan asertif ini membutuhkan waktu yang tidak sedikit, ini juga tergantung dari kemampuan dari individu itu sendiri, bagi konselor yang kurang dapat mengkombinasikannya dengan teknik lainnya, latihan asertif ini kurang dapat bekerja dengan baik atau bahkan akan membuat jenuh serta bosan.

5.1.4 Evaluasi

Dalam evaluasi tindakan kepada Ny.P penulis belum mampu menyelesaikan masalah keperawatan yang muncul pada Ny.P secara menyeluruh klien tidak maksimal melakukan tindakan yaitu mengontrol marah dengan patuh minum obat, dikarenakan keluarga Ny.P tidak peduli akan kesembuhan klien dan juga pada tindakan latihan asertif klien kurang kooperatif dan kurang konsentrasi disebabkan klien merasa bosan karena klien merasa kurang paham, namun tindakan hidroterapi klien melakukannya dengan maksimal karena klien merasa senang ketika diajak bersentuhan dengan air. Pada evaluasi yang penulis dapat klien tidak patuh minum obat sehingga klien mengalami kekambuhan dan harus di bawa ke rumah sakit jiwa kembali. Evaluasi indikasi klien dengan resiko perilaku kekerasan tidak dapat dilakukan dengan inovasi hidroterapi jika klien merupakan klien dengan waham agama.

5.2 Saran

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

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.2 Bagi Profesi Keperawatan

Mampu dijadikan sebagai sumber bacaan untuk pengembangan dan peningkatan kualitas keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan. Selain itu karya tulis ini dapat dijadikan perbandingan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan dan dapat dijadikan sebagai penerapan karya inovasi untuk melakukan perawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan. Untuk dilakukan terapi inovasi hidroterapi perawat harus mengetahui klien dengan adanya waham, walaupun indikasi hidroterapi untuk pasien resiko perilaku kekerasan.

5.2.3 Bagi Penulis

Mampu menambah pengetahuan dan wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami resiko perilaku kekerasan secara verbal dan fisik dengan menggunakan terapi mandiri untuk mengontrol perilaku kekerasan pada klien.

DAFTAR PUSAKA

- Afnuhazi, R. (2015). *Komunikasi Teraupetik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publising.
- Christiani, dkk. (2010). *Keamanan Obat Anti Psikotik Penderita Skizofrenia Di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Tahun 2009*. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Damaiyanti, Mukripah. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Samarinda : Refka Aditama.
- Dilianti, dkk. (2017). *Efektifitas Hidroterapi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Panti Wreda Al-Islah Malang*. Malang : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Tribhuwana Tunggadewi Malang.
- Direja. Ade Herman Surya. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Penerbit Buku Nuha Medika.
- Fathurrahman. (2015). *Asuhan Keperawatan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. T Dengan Skizofrenia Paranoid Di Wisma Kresna Rsj Prof. Dr Soerojo Magelang*. Magelang: Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Gowi. (2011). *Pengaruh Latihan Asertif Terhadap Perilaku Kekerasan Orang Tua Pada Anak Usia Sekolah Di Kelurahan Tanjungpura Kabupaten Karwang*. Karawang: Universitas Indonesia.
- Herlamabang, Virgiawan. (2016). *Pengaruh Hidroterapi Terhadap Agresivitas Pada Siswa Usia Sekolah Di SD 03 Magersari Kota Magelang*. Magelang: Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Irvanto. (2013). *Pengaruh Aktivitas Kelompok Asertif Terhadap Perubahan Perilaku Pada Pasien Perilaku Kekerasan*. Semarang: Stikes Tlogorejo Semarang.
- ISO. (2010). *Informasi Spesialite Obat*. Jakarta Barat: Penerbit Buku PT ISFI.
- Keliat, B. A, Wiyono, A. P, Susanti, H. (2009). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Keliat, B. A, Wiyono, A. P, Susanti, H. (2011). *Managemen Kasus Gangguan Jiwa: CMHN (Basic Course)*. Jakarta : EGC.

- Keliat, B. A, Wiyono, A. P, Susanti, H. (2013). *Managemen Kasus Gangguan Jiwa: CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : EGC.
- Kemenkes,RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta:Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes.RI, 2013;(online), (www.litbang.depkes.go.id, diakses tanggal 25 maret 2018). (Dalam Norsyehan.2015).
- Khusairi, Muhammad. (2017). *Pengaruh Latihan Asertif Terhadap Perilaku Asertif Anak Usia Sekolah Dasar Korban Bullying Di Sd N 1 Ringinanom 1 Kabupaten Magelang*. Magelang: Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Kustandi dan Widodo. (2008). Pengaruh Teknik relaksasi terhadap perubahan status mental klien skizofrenia di RSJD Amino Gondohutomo, <http://ppni-jateng.org/jurnal>-ilmiah-keperawatan, diperoleh 09 juli 2018.
- Kusumawati, Farida dan Yudi Hartono. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Mirza, Raihan & Hendra, K. (2015). Hubungan Lamanya Perawatan Pasien Skizofrenia dengan Stres Keluarga. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(3), 179–189.
- NANDA Internasional. (2015). *Diagnose Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017* (Edisi 10). Jakarta : EGC.
- Nuraenah. (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur*, 29-37.
- Purba, dkk. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa*. Medan: USSU Press.
- Rahman, fathul. (2017). *Upaya Penurunan Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Melatih Asertif Secara Verbal*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rekam Medik. (2017). *Laporan Kegiatan Bulanan Instalasi Rawat Inap*. Surakarta.
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data*. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2013.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.

- Stuart, G Wail. (2012). *Buku Saku Keperawatan jiwa*: Penerbit Buku : EGC.
- Sari,K. (2015). *Panduan Lengkap Praktik Klinik Keperawatan Jiwa*: Jakarta: Trans Info Media.
- W, Yuhanda, dkk. (2014). *Efektifitas Terapi Relaksasi Napas Dalam dan Tertawa Dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD. Dr. Amino GondoHutomo Semarang*. Semarang: Stikes Tlogorejo Semarang.
- Widiastuti. (2010). *Komunikasi Teraupetik dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Yosep, Iyus. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Penerbit Buku : PT Refika Aditama. Bandung.