

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. N DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG SADEWA RSUD BANYUMAS

Nurhani Pujiasih¹

Politeknik Yakpermas Banyumas, Diploma III Keperawatan
Email : jurnalyakpermas@gmail.com

Wiwik Priyatin²

Politeknik Yakpermas Banyumas, Diploma III Keperawatan
Email : jurnalyakpermas@gmail.com

Roni Purnomo³

Politeknik Yakpermas Banyumas, Diploma III Keperawatan
Email : jurnalyakpermas@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Berdasarkan data RSUD Banyumas klien dengan gangguan jiwa pada bulan Januari 2009 di temukan sebanyak 62 kasus (68%) alasan masuk klien yaitu dengan perilaku kekerasan. Tindakan kekerasan itu akan menimbulkan penderita cenderung mempunyai sikap perusak, marah dan mengakibatkan penderita muncul perilaku kekerasan jika tidak bisa dikontrol. Tujuan : Asuhan Keperawatan Pada Tn. N Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Sadewa RSUD Banyumas. Metode : Metode yang digunakan oleh penulis dalam mengumpulkan data adalah dengan wawancara dengan pasien dan keluarga pasien, mengobsevasi keadaan pasien dan melakukan pemeriksaan fisik secara lengkap Head to toe, membaca buku status pasien serta mencari informasi tentang pasien dari perawat yang ada di ruang Sadewa RSUD Banyumas. Hasil : Diagnosa yang muncul pada pasien adalah resiko perilaku kekerasan sebagai Core Problem, gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai Cause, dan isolasi sosial sebagai Effect. Pada diagnosa ke dua dan ke tiga yaitu perilaku kekerasan dan gangguan persepsi sensori: halusinasi penulis tidak memunculkan di implementasi karena waktunya terbatas, maka dari itu penulis hanya fokus pada diagnosa yang pertama yaitu resiko perilaku kekerasan. Kesimpulan : Evaluasi yang telah dilakukan oleh penulis dengan evaluasi formatif, evaluasi pada tahapan akhir dapat disimpulkan bahwa evaluasi yang dilakukan tercapai dan berhasil, pasien mampu melakukan serta menerapkan implementasi yang telah dilatih pasien. Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Resiko Perilaku Kekerasan

ABSTRACT

Background: Based on data from Banyumas Regional Hospital, clients with mental disorders in January 2009 found 62 cases (68%) of reasons for entering clients, namely violent behavior. Such acts of violence will make the sufferer tend to have a destructive, angry attitude and cause the sufferer to appear violent behavior if it cannot be controlled. Purpose: Nursing Care at Mr. N With the main problem of the risk of violent behavior in the Sadewa Room, Banyumas Hospital. Methods: The method used by the author in collecting data is by interviewing the patient and the patient's family, observing the patient's condition and doing a complete physical examination Head to toe, reading the patient's status book and seeking information about the patient from the nurses in the Sadewa room of the Banyumas Hospital. Result: The diagnosis that appears in the patient is the risk of violent behavior as a core problem, sensory perception disorders: hallucinations as the cause, and social isolation as an effect. In the second and third diagnoses, namely violent behavior and sensory perception disorders: the author's hallucinations did not appear in implementation because of limited time, therefore the author only focused on the first diagnosis, namely the risk of violent behavior. Conclusion: The evaluation that has been carried out by the author with formative evaluation, evaluation at the final stage can be concluded that the evaluation has been achieved and was successful, the patient is able to carry out and implement the implementation that has been trained by the patient.

Keywords: Nursing Care, Risk of Violent Behavior

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa menurut UU No.3 tahun 1996 kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangannya itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Dari berbagai penyelidikan dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai marah dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati, 2010).

Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, perjalanan penyakit bipolar sangat bervariasi dan biasanya kronik. Kekambuhan yang terjadi akan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, perkawinan bahkan meningkatkan resiko bunuh diri. 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia jangka panjang (KEMENKES RI, 2016).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Kementrian Kesehatan RI, 2013)

menunjukkan angka prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia 1.7 permil, artinya ada sekitar 1.7 kasus gangguan jiwa berat di antara 1000 orang penduduk Indonesia. Menurut data prevalensi gangguan jiwa di Jawa Tengah sebanyak 0,23 % untuk usia 15 tahun keatas dari jumlah penduduk 24.089.433 orang berarti sekitar 55.406 orang di provinsi Jawa Tengah mengalami gangguan jiwa berat, dan lebih dari 1 juta orang di Jawa Tengah mengalami gangguan mental emosional. Pada kategori gangguan mental emosional penduduk berusia di atas 15 tahun, DIY berada pada peringkat ketiga.

Berdasarkan data RSUD Banyumas klien dengan gangguan jiwa pada bulan Januari 2009 di temukan sebanyak 62 kasus (68%) alasan masuk klien yaitu dengan perilaku kekerasan.

Tindakan kekerasan itu akan menimbulkan penderita cenderung mempunyai sikap perusak, marah dan mengakibatkan penderita muncul perilaku kekerasan jika tidak bisa dikontrol.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka penulis tertarik membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Tn. N dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Sadewa RSUD Banyumas.

Mampu mengaplikasikan ilmu dan teori yang telah penulis peroleh selama perkuliahan berupa melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn. N Dengan Masalah Utama Resiko

Perilaku Kekerasan di Ruang Sadewa RSUD Banyumas.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan oleh penulis dalam mengumpulkan data adalah dengan wawancara dengan pasien dan keluarga pasien, mengobsevasi keadaan pasien dan melakukan pemeriksaan fisik secara lengkap Head to toe, membaca buku status pasien serta mencari informasi tentang pasien dari perawat yang ada diruang teratai RSUD Margono Soekarjo.

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan hasil diagnose dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan penulis melakukan pengkajian pada tanggal 05 April 2018 sampai 09 April 2018 bertempat di Ruang Sadewa Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas,

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada Tn. N dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan penulis melakukan pengkajian pada tanggal 05 April 2018 sampai 09 April 2018 bertempat di Ruang Sadewa Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, pada bab ini akan di bahas secara sistematis mencakup tahap keperawatan yang di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi.

Penulis mengelola Tn. N laki – laki usia 36 tahun dengan masalah resiko perilaku kekerasan yang

dilaksanakan selama 5 hari dari tanggal 05 April – 09 April 2018 di Ruang Sadewa Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas dan penulis menegakkan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas pertama. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 03 April 2018, berdasarkan pengkajian pada tanggal 05 April 2018 pasien mengatakan masuk ke rumah sakit karena dirinya mengamuk, merusak barang, merusak mobil tetangga dengan menggunakan golok. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa sebanyak 4 kali, sebelumnya pasien mengalami gangguan jiwa pada 13 tahun yang lalu sekitar tahun 2005, dengan diagnosa yang sama yaitu resiko perilaku kekerasan.

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan sebagai prioritas kedua berdasarkan data subjektif pada Tn. N yaitu Tn. N mengatakan terkadang melihat makhluk halus seperti kuntilanak, isi penglihatan itu menunjukkan bahwa makhluk halus itu ada dan selalu mengajak pasien untuk pergi keluar rumah untuk merusak barang dan melukai orang lain, waktu pasien melihat makhluk halus pada saat malam hari dan saat dirinya sedang sendiri, frekuensinya kurang lebih 1 hari 1-2 kali, situasi yang menimbulkan pasien melihat makhluk halus pada saat pasien sedang duduk sendirian, respon pasien terkadang merasa terganggu dan marah.

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan isolasi sosial sebagai

prioritas ketiga berdasarkan data subjektif pada Tn. N yaitu Tn. N mengatakan lebih senang duduk daripada berbicara dengan orang lain, pasien malas untuk berbincang-bincang dengan yang lain karena merasa tidak penting, pasien lebih senang tiduran daripada berkumpul dengan yang lainnya, pasien mau bicara apabila di tanya dan jarang bicara dengan temannya.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan bahwa diagnosa yang ditegakkan sesuai teori yang telah dibuat oleh penulis adalah Resiko Perilaku Kekerasan sebagai Core Problem, Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan sebagai Cause, dan Isolasi Sosial Effect, dari data yang berhasil didapatkan oleh penulis.

Resiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol (Yosep dan Sutini, 2014). Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai dimana seseorang melakukan tindakan-tindakan yang dapat membahayakan/mencederai diri sendiri, orang lain bahkan merusak lingkungan (Prabowo, 2014). Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditunjukkan untuk melukai atau membunuh orang lain (Yusuf, Ah., Fitryasari, RPK. & Nihayati, HE. 2015). Perilaku

kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif (Yosep dan Sutini, 2014).

Penulis menegaskan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan berdasarkan data yang ditemukan pada pasien antara lain : data subjektif adalah Tn. N mengatakan masuk rumah sakit karena mengamuk, merusak barang, merusak mobil tetangga dengan menggunakan golok. Data objektifnya adalah nada bicara dengan intonasi sedang dan jelas, pasien terlihat gelisah, muka merah, tegang, nada suara tinggi dan tangan mengepal, kontak mata kurang, tatapan mata tajam ke arah lawan bicara, emosi pasien masih labil, wajah pasien merah. Berdasarkan data tersebut, maka penulis merumuskan bahwa diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan. Secara umum bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai dimana seseorang melakukan tindakan-tindakan yang dapat membahayakan/mencederai diri sendiri, orang lain bahkan merusak lingkungan (Prabowo, 2014).

Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan: resiko perilaku kekerasan menurut Yosep, I & Sutini, T. (2014) yaitu muka tampak merah dan tegang, mata melotot ataupun dengan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, tampak mondar-mandir,

suara tinggi, suara keras, dan merusak lingkungan. Alasan penulis mengangkat diagnosa resiko perilaku kekerasan sebagai diagnosa pertama karena Tn. N dalam pengkajian ditemukan data-data yang menunjang diagnosa resiko perilaku kekerasan.

Penulis mengembangkan hasil pengkajian mengenai riwayat keperawatan pasien meliputi dua faktor yaitu faktor presipitasi dan predisposisi. Faktor presipitasinya adalah pada saat itu dirinya mengamuk karena tidak suka dengan warga baru yang datang ke desa banjaranyar karena dianggap bahwa orang tersebut terlihat seperti orang yang dicurigai oleh pasien. Kejadian itu terjadi pada 1 minggu yang lalu. Faktor predisposisinya adalah pasien mengatakan saat ini pasien dirawat ke 4 kalinya, pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya yaitu 13 tahun yang lalu sekitar tahun 2005.

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit jiwa seperti pasien. Pasien juga mengatakan beragama islam, pasien juga mengatakan sebelumnya jarang untuk menjalankan sholat dan pasien mengatakan tidak pernah membaca Al-Qur'an atau mengaji, akan tetapi jika mendengarkan orang lain mengaji hatinya merasa tenang. Saat di rumah pasien mau menunaikan sholat jum'at, saat di rumah pasien tidak sholat, pasien hanya tiduran di tempat tidur yang di sediakan di rumah sakit.

Penulis memprioritaskan resiko perilaku kekerasan menjadi

masalah utama karena jika seseorang mengalami perilaku yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan dan apabila tidak dapat dicegah akan mengalami resiko perilaku kekerasan. Penulis menyusun rencana keperawatan selama 5 x 8 jam dengan tujuan yaitu diharapkan dapat membantu dan menangani masalah pasien resiko perilaku kekerasan yang sesuai dengan situasi dan kebutuhan pasien, dan dapat di jadikan sistem pendukung yang efektif untuk pasien dan kemampuan perawatan dalam keluarga serta peran dan fasilitas yang ada. Tujuan untuk pasien sendiri yaitu pasien mampu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat perilaku kekerasan, pasien dapat mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan. Intervensi yang penulis lakukan menggunakan strategi pelaksanaan yaitu Strategi Pelaksanaan (SP) untuk pasien.

1. Strategi Pelaksanaan (SP) 1 Pasien :
 - a. Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab, tanda dan gejala yang dirasakan, resiko perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat resiko perilaku kekerasan.
 - b. Menjelaskan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan (fisik, obat, verbal, spiritual).
 - c. Latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik (tarik nafas dalam dan memukul bantal dan kasur).
 - d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.

2. Strategi Pelaksanaan (SP) 2 Pasien :
 - a. Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian.
 - b. Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan benar jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).
 - c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.
3. Strategi Pelaksanaan (SP) 3 Pasien :
 - a. Mengevaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian.
 - b. Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal ada 3 cara yaitu :
 - Meminta dengan baik
 - Menolak dengan baik
 - Mengungkapkan perasaan marah secara verbal
4. Strategi Pelaksanaan (SP) 4 Pasien :
 - a. Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, obat, verbal, beri pujian.
 - b. Melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual ada 2 kegiatan yaitu :
 - Berdoa
 - Sholat
 - c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.
5. Strategi Pelaksanaan (SP) 5 Pasien :
 - a. Mengevaluasi kegiatan latihan fisik (tarik nafas dalam dan memukul bantal dan kasur) obat, verbal, dan spiritual, beri pujian.
 - b. Menilai kemampuan yang telah mandiri.
 - c. Menilai apakah resiko

perilaku kekerasan terkontrol.

Tindakan yang dilakukan penulis mengacu pada intervensi yang telah direncanakan untuk membantu pasien menangani masalah resiko perilaku kekerasan. Tindakan yang penulis lakukan yaitu menggunakan strategi pelaksanaan (SP), SP dilakukan setiap pertemuan dengan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan.

Penulis menuliskan intervensi untuk diagnosa keperawatan sesuai prioritas yang muncul pada hari pertama. Dengan melihat diagnosa diatas yang telah penulis tetapkan dan penulis prioritaskan, maka penulis menetapkan suatu intervensinya yaitu sesuai dengan fokus intervensi yang telah ada. Penulis berharap agar semua intervensi dapat terlaksana, tetapi sebagian intervensi dari diagnosa tersebut yang tidak dapat dilaksanakan, oleh penulis sehingga penulis menetapkan satu diagnosa.

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 05 April 2018 pada pukul 10.00 WIB dan melakukan implementasi selama 4 hari yaitu pada tanggal 06-09 April 2018. Implementasi pertama dilakukan pada tanggal 06 April 2018 pada pukul 09.00 WIB, pertemuan ke-1 penulis melakukan SP I pada diagnosa resiko perilaku kekerasan yaitu membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik. Tujuan komunikasi terapeutik yaitu membantu pasien untuk menjelaskan

dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif, dan mempertahankan kekuatan egonya serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri (Afnuhazi, 2015).

Penulis melaksanakan Bina Hubungan Saling Percaya dengan menyapa pasien dengan ramah, kemudian memperkenalkan diri penulis dengan berjabat tangan dan menanyakan nama lengkap pasien, alamat pasien dan nama panggilan kesukaan pasien. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam bina hubungan saling percaya yaitu perkembangan, persepsi, nilai, latar belakang sosial budaya, emosi, jenis kelamin, pengetahuan, pendidikan, peran dan hubungan, lingkungan, jarak (Afnuhazi, 2015).

Penulis menjelaskan maksud dan tujuan pertemuan dengan pasien. Penulis menyapa pasien dengan sopan dan ramah, "Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Nurhani Pujiasih, bapak bisa panggil saya Hani saja. Kalau boleh saya tau, siapa nama bapak? Alamat rumah bapak dimana? Bapak suka dipanggil siapa? Pasien menjawab " Nama saya Tn. N, alamat rumah saya Banjaranyar, saya suka dipanggil Tn. N". Kemudian penulis menjelaskan tujuan datang ke pasien dengan menjalin kontrak waktu, tempat dan topik yang akan dibicarakan. Penulis dan pasien

memulai mendiskusikan penyebab, tanda dan gejala dan akibat dari perilaku kekerasan yang dialami pasien.

Dengan menanyakan penyebab pasien masuk rumah sakit, pasien mengatakan bisa masuk rumah sakit karena mengamuk, merusak barang, merusak mobil tetangga dengan menggunakan golok. Selanjutnya penulis mengajarkan teknik nafas dalam dan pukul bantal. Nafas dalam yaitu teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan diantaranya adalah teknik relaksasi. Alasannya adalah jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang relaks, maka hasil dan prosesnya akan optimal. Salah satu cara terapi relaksasi adalah bersifat respiratoris yaitu dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat dan dalam.

Keteraturan dalam bernapas, menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku (Videbeck, 2008).

Selanjutnya, teknik memukul bantal dimasukkan untuk memulihkan gangguan perilaku yang terganggu (maladaptif) menjadi perilaku yang adaptif (mampu menyesuaikan diri). Kemampuan adaptasi penderita perlu dipulihkan agar penderita mampu berfungsi kembali secara wajar (Kaplan dan Sadock, 2010). Untuk mengurangi resiko melakukan menciderai diri atau orang lain dikarenakan status emosi pasien, maka perlu dilakukan terapi yang berguna

untuk menyalurkan energi yang konstruktif dengan cara fisik, salah satunya teknik memukul bantal (Keliat, 2011). Teknik ini digunakan agar energi marah yang dialami oleh pasien dapat tersalurkan dengan baik sehingga tidak menciderai sendiri orang lain dan adaptasi menjadi adaptif. Setelah penulis mengajarkan teknik nafas dalam dan memukul bantal, pasien terlihat kooperatif dan mampu mempraktekkan dengan baik.

Pada tanggal 07 April 2018 pada jam 09.30 WIB. penulis melakukan SP II Pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan pertama yang telah dilakukan yaitu mengajarkan teknik nafas dalam dan memukul bantal yang dimasukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien. Pasien sudah mampu melakukan kegiatan pertama yang telah diajarkan sehari dua kali. Setelah itu penulis membantu melatih pasien untuk kegiatan kedua yaitu dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu pemberian). Dalam pemberian obat terdapat prinsip 5 benar merupakan tindakan yang dapat dijadikan pedoman sebelum obat diberikan kepada pasien, untuk memberikan keamanan dan kesembuhan pasien dalam menghindari kesalahan pemberian obat (Hidayat, 2010). Perawat harus bisa mengontrol pasien agar mau minum obat secara teratur. Penulis melakukan pertemuan ke-2 melatih SP II pasien yang melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat dengan

prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu pemberian). Setelah dilakukan tindakan SP II pasien kooperatif mau dan bersedia di latih cara mengontrol marahnya dengan cara minum obat secara teratur dan pasien terlihat mempraktikannya.

Pada jam 13.00 WIB penulis melakukan SP III Pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan kedua yang telah dilakukan yaitu dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu pemberian), yang dimasukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien. Pasien sudah mampu melakukan kegiatan kedua yang telah diajarkan sehari dua kali dilakukan tindakan SP III pasien yaitu mengucapkan salam terapeutik, mendiskusikan perasaan pasien, mengevaluasi 2 cara yang telah diajarkan, mengajarkan pasien mengungkapkan perasaan marah dengan cara verbal. Setelah dilakukan tindakan untuk SP III, pasien kooperatif dan mau mempraktikkan cara yang sudah diajarkan yaitu dengan cara nafas dalam dan memukul bantal dan minum obat secara teratur. Pasien melakukan dengan 3 cara verbal yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik. Penulis menganjurkan kepada pasien untuk memasukkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik, minum obat dan verbal kedalam jadwal harian.

Pada tanggal 08 April 2018 pada jam 14.00 WIB. Dilakukan

tindakan SP IV yaitu evaluasi kembali cara mengontrol resiko perilaku kekerasan yang sudah diajarkan (kegiatan latihan fisik, obat dan verbal), mengajarkan cara ke-4 yaitu dengan cara spiritual. terapi spiritual merupakan salah satu upaya untuk memenuhi kebutuhan spiritual yaitu kebutuhan untuk terhubung dengan kekuatan tuhan. Teknik ini direncanakan untuk mengeksplorasi masalah dan konflik yang dialami klien dari perspektif spiritual. Terapi spiritual diberikan kepada klien untuk membangkitkan memperkuat spirit, semangat hidup pasien, biasanya akan dikaitkan dengan keyakinan dan agamanya. Sebagai contoh pasien pemeluk agama islam cenderung untuk melakukan terapi spiritualnya sesuai dengan ajaran islam, misalnya berdzikir, berdoa, berpuasa, dan sholat (Hamid, 2010).

Menanyakan kegiatan ibadah pasien selama di rumah sakit, dimana pasien selama dirumah sakit jarang beribadah. Latihan cara spiritual belum tercapai karena keridakmampuan pasien untuk mencoba. Pasien diajarkan untuk mengucapkan istighfar "Astaghfirullah" saat marah, pasien terlihat tenang dan kooperatif, kemudian menganjurkan pasien untuk selalu rutin melakukan ibadah 5 waktu untuk mengontrol rasa marah. Pada pukul 15.00 WIB, dilakukan tindakan SP IV yaitu melatih kembali cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual, pasien megatakan sudah mau berdoa agar cepat sembuh dan cepat pulang, lalu pasien mengatakan mau

mengucapkan Istighfar saat marah, tetapi pasien belum mau sholat.

Pada tanggal 09 April 2018 jam 09.00 WIB. dilakukan tindakan SP V yaitu evaluasi jadwal kegiatan harian pasien untuk mencegah resiko perilaku kekerasan yang sudah dilatih (kegiatan latihan fisik, obat, verbal, dan spiritual), selanjutnya menilai kemampuan yang telah mandiri dan pasien mengatakan bisa dan mau mempraktikkan yang telah di latih untuk mengontrol perilaku kekerasan. SP V selanjutnya menilai apakah resiko perilaku kekerasan terkontrol, pasien mengatakan mampu mempraktikkan secara langsung tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dan akan masukkan ke dalam jadwal harian pasien tentang apa yang sudah di latih untuk cara mengontrol perilaku kekerasaanya dan akan melakukannya setiap rasa marah itu muncul.

Setelah melakukan implementasi yang dilakukan penulis selama 4 kali pertemuan pada tanggal 06-09 April 2018, penulis melakukan evaluasi bahwa masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan yang dijadikan prioritas oleh penulis teratasi dengan hasil yaitu pasien mampun melakukan bina hubungan saling percaya dengan penulis dibuktikan dengan pasien mau bercerita tentang masalah yang dialaminya. Pasien mampu mengontrol rasa marah dengan cara nafas dalam, memukul bantal, minum obat secara teratur dan dengan cara verbal yang dibuktikan dengan pasien mampu mempraktikkan secara langsung teknik untuk

mengontrol marahnya dan pasien mampu memasukkan kedalam jadwal harian pasien dengan mengatakan akan melakukan setiap rasa marah itu muncul. Pasien sudah mulai tidak berbicara kasar, mampu meminta dan menolak dengan baik, dan pasien sudah mau sholat walaupun belum 5 waktu.

Penulis tidak melakukan strategi pelaksanaan keluarga karena di ruang Sadewa tidak ditemani atau ditunggu oleh keluarganya, pasien tinggal bersama pasien yang lainnya, pasien laki-laki khusus dengan pasien laki-laki dan pasien perempuan khusus dengan pasien perempuan. Selama 4 kali pertemuan dengan pasien, keluarga pasien tidak pernah menjenguk jadi penulis hanya melakukan strategi pelaksanaan pada pasien saja.

Keluarga adalah sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien dan dianggap paling banyak tahu kondisi pasien serta dianggap paling banyak memberi pengaruh pada pasien (Yosep dan Sutini, 2014). Alasan utama pentingnya keluarga merupakan lingkup yang paling banyak berhubungan dengan pasien, keluarga (dianggap) paling mengetahui kondisi pasien, keluarga merupakan pemberi perawatan utama dalam mencapai pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi pasien.

Adapun beberapa penanganan keluarga terhadap penderita gangguan jiwa khususnya perilaku kekerasan

selama di rumah sakit antara lain keluarga membimbing (melatih) penderita untuk melakukan tindakan mengendalikan marah dengan cara tarik nafas dalam, memukul bantal dan kasur, dengan cara verbal atau bicara baik ketika pasien mengamuk atau marah, dengan cara spiritual : mengajak ibdah, keluarga memberikan obat sesuai rutin dan terus menerus ke penderita selama penderita masih mengalami gangguan jiwa, keluarga berusaha menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang, keluarga membiarkan penderita mengalami marah atau mengamuk dan ketika pasien mengamuk keluarga meminta tolong masyarakat untuk membantu menenangkan penderita lalu keluarga langsung membawa pasien ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan (Dermawan & Rusdi, 2013).

Menurut (Yosep dan Sutini, 2014), data yang ditemukan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah Data subjektif adalah pada saat itu Pasien mengamuk karena tidak suka dengan warga baru yang datang ke desa banjaranyar karena dianggap bahwa orang tersebut terlihat seperti orang yang dicurigai oleh pasien. Kejadian itu terjadi pada 1 minggu yang lalu. Data objektifnya adalah afek pasien tumpul, kontak mata kurang, pasien tampak tegang, pasien tampak gelisah, pasien tampak menahan rasa marah, saat interaksi kontak mata kurang, pembicaraan terdengar keras, pandangan tajam dan dari pengamatan pasien setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama 4 kali pertemuan

dari tanggal 06 April 2018 sampai dengan 09 April 2018, ciri dan tanda tersebut sudah tidak ditemukan lagi pada pasien juga telah mencantumkan kegiatan kebersihan diri dalam jadwal kegiatan sehari-hari.

SIMPULAN

Setelah penulis memaparkan dan membahas proses asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, dan evaluasi pada Tn. N dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan yang dilaksanakan selama 5 hari dari tanggal 05-09 April 2018 di Ruang Sadewa Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas adalah :

1. Dalam melakukan proses pengkajian semua data terkaji sesuai dengan teori yang ada, walaupun ada beberapa hambatan yaitu di hari pertama pengkajian pasien masih sulit di ajak komunikasi, tetapi penulis tetap melakukan pendekatan dengan bina hubungan saling percaya sehingga di dapatkan pada hari ke dua pasien sudah mau berinteraksi dan sudah lebih terbuka tentang masalahnya.
2. Diagnosa yang muncul pada pasien adalah resiko perilaku kekerasan sebagai Core Problem, gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai Cause, dan isolasi sosial sebagai Effect. Pada diagnosa ke dua dan ke tiga yaitu perilaku kekerasan dan gangguan persepsi sensori: halusinasi penulis tidak memunculkan di implementasi karena waktunya terbatas, maka dari itu penulis hanya fokus pada diagnosa yang

pertama yaitu resiko perilaku kekerasan.

3. Penyusunan rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan analisa data serta melibatkan pasien. Penulis merencanakan tindakan keperawatan berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian yang sesuai dengan keadaan pasien dan konsep teori yang ada melalui strategi pelaksanaan.
4. Dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien penulis berusaha membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik kepada pasien sehingga lebih mudah dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
5. Evaluasi yang telah dilakukan oleh penulis dengan evaluasi formatif, evaluasi pada tahapan akhir dapat disimpulkan bahwa evaluasi yang dilakukan tercapai dan berhasil, pasien mampu melakukan serta menerapkan implementasi yang telah dilatih pasien.

SARAN

1. Dalam melakukan pengkajian hendaknya perawat melakukan dengan cermat, melakukan pendekatan terus menerus terhadap pasien untuk menciptakan hubungan saling percaya. Pengkajian harus sesuai dengan data dan diteliti terlebih dahulu, agar mudah dalam menentukan prioritas diagnosa sehingga rencana tindakan yang disusun sesuai dengan kebutuhan pasien.
2. Dalam merumuskan diagnosa keperawatan sebaiknya penulis benar-benar melihat dari hasil

- pengkajian, sehingga masalah yang muncul benar-benar masalah yang ada pada pasien yang di kelola.
3. Jika pasien tidak ditunggu atau ditemani oleh keluarganya sebaiknya rumah sakit membuat jadwal kunjungan rutin, karena keluarga adalah orang-orang yang sangat dekat dengan pasien dan dianggap paling banyak tahu tentang kondisi pasien serta dianggap paling banyak memberi pengaruh pada pasien untuk kesembuhannya.
 4. Sebelum melakukan tindakan keperawatan hendaknya perawat menguasai teori dalam kasus di lapangan. Agar pada saat implementasi yang di laksanakan dapat terlaksana dengan baik sehingga keluarga nantinya mampu menindak lanjuti dengan melakukan tindakan keperawatan secara mandiri.
 5. Agar dalam proses evaluasi lebih mudah, sebaiknya perawat dalam proses evaluasi dilakukan dengan beberapa kriteria evaluasi sehingga dapat diketahui apakah yang sudah direncanakan dapat tercapai atau tidak.
3. Bapak Wahyu Purbo Juwono, SKM., M.Kes. (EPID)., selaku penguji I.
 4. Seluruh dosen, karyawan, dan staf Akademi Keperawatan "YAKPERMAS" Banyumas yang telah memberikan bimbingan, ilmu dan arahan kepada penulis.
 5. Ayah, ibu dan kakak-kakak saya yang selalu memberikan support, nasihat serta selalu mendoakan.
 6. Untuk Nur Arifin Ilyas yang selalu memberikan semangat, dukungan dan doanya selama ini.
 7. Keluarga kos orange Anita dan Evita yang selalu setia saling membantu dan menyemangati satu sama lain.
 8. Teman-teman seperjuangan kelas 3B khususnya Suli, Meida dan Cayatri , terima kasih atas semangat yang telah kalian berikan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, Ridhyalla. (2015). Komunikasi Terapeutik Dalam Jiwa. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Dermawan, D. & Rusdi. (2013). Buku Keperawatan Jiwa: Konsep Dan Kerangka Keraja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Gosyen Publishing.

UCAPAN TERIMA KASIH

Saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Roni Purnomo, M.Kep selaku pembimbing II dan Direktur Akademik Keperawatan "YAKPERMAS" Banyumas.
2. Ibu Wiwik Priyatin, S.Pd., S.Kep., selaku dosen pembimbing I yang telah bijaksana memberi masukan dan bimbingan kepada penulis dalam penulisan untuk menyempurnakan karya tulis ilmiah ini.

- Hamid, A.Y.S. (2010). Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC.
- Herdman, T. Heather & Kamitsuru, Shigemi (2015). NANDA inc, nursing Diagnoses : definition & classifications 2015-2017. Jakarta : EGC.
- Hidayat, A. Aziz Alimul, (2008), Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan Buku 2, Jakarta : Salemba Medika.
- Keliat, B. A. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunita. CMHN (basic course). Jakarta: EGC
- Kemenkes RI, (2016). Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat. Diperoleh pada tanggal 06 Oktober 2016. Dari : <http://www.depkes.go.id>[diakses 19 oktober 2017]
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar. <http://www.Litbag.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/laporan-riskesdas.2013.pdf>. (diakses tanggal 17 oktober 2017).
- Kusumawati, Farida.(2010). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Penerbit Buku: Salemba Medika Jakarta.
- Prabowo, Eko. (2014). Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riyadi, S. & Purwanto, T. (2013). Asuhan Keperawatan Jiwa. Edisi pertama Yogyakarta: Graha ilmu.
- RSUD Banyumas. (2009). Sistem informasi rumah sakit. Banyumas, Jawa Tengah.
- Sadock, Benjamin James Dan Sadock, Virginia Alcott. (2010). Gangguan Ansietas. Dalam Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis. Ed. Ke-2. EGC : Jakarta. Hal 230-233
- Sujono, R. & Teguh, P. (2009). Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sunaryo. (2013).Psikologi Untuk Keperawatan Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Videbeck, S. L. (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC.
- Yosep, I & Sutini, T. (2014). Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing. Bandung: Refika Aditama.
- Yusuf, Ah, Fitriyasaki, RPK. & Nihayati, HE. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.