

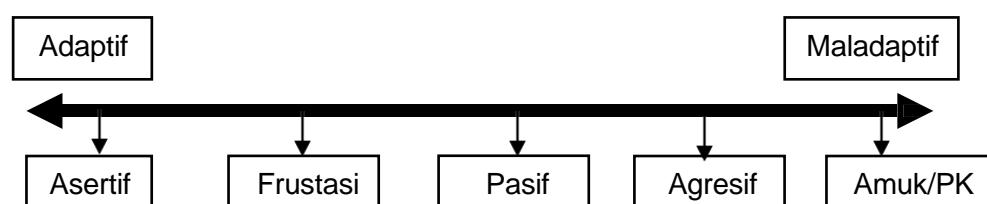
- kekerasan.
- 3) Sosial budaya, budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pas terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan yang diterima (permissive).
 - 4) Bioneurologis, banyak bahwa kerusakan sistem limbik, lobus fontal, lobus temporal dan ketidakseimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.

b. Faktor Presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- 1) Klien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.
- 2) Interaksi: penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
- 3) Lingkungan: panas, padat, dan bising.

3. Rentang Respon Marah



Sumber : Kusumawati & Yudi, 2011

Gambar 2.1 Rentang respon perilaku kekerasan

Keterangan gambar:

- Asertif : klien mampu mengungkapkan rasa marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan
- Frustasi: klien gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.
- Pasif: klien merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.
- Agresif: klien mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
- Amuk/PK: perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol disertai amuk, merusak lingkungan.

a. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain, individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif (Damaiyanti & Iskandar, 2012):

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
- 4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
- 5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon Maladaptif

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik.

- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan status yang timbul dari hati
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

4. Patofisiologi

Stress, cemas, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat di ekspresikan secara external maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dapat dengan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain memberikan rasa lega, ketegangan akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah di ekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif, menantang, biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang ditunjukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Yosep, 2011)

Perilaku yang submisif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura-pura tidak marah atau mlarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Dermawan & Rusdi, 2013)

5. Tanda dan Gejala

Menurut (Fitria, 2010) tanda dan gejala perilaku kekerasan antara lain:

- a. Fisik : mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.
- b. Verbal : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus.
- c. Perilaku : menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

- d. Emosi : tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.
- e. Intelektual : mendominasi cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.
- f. Spiritual : merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat.
- g. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.
- h. Perhatian : bolos, melarikan diri dan melakukan penyimpangan sosial.

6. Penatalaksanaan Medis

- a. Farmakoterapi
 - 1) Obat anti psikosis, Chlorpromazine.
 - 2) Obat anti depresi, Amitriptyline.
 - 3) Obat anti ansietas, Diazepam, Bromazepam, Clobazam.
 - 4) Obat anti insomnia, Phenobarbital.
- b. Terapi Modalitas
 - 1) Terapi KeluargaKeluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan pasien. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif, menanggulangi perilaku maladaptif dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif sehingga derajat kesehatan pasien dapat ditingkatkan secara normal.
 - 2) Latihan Asertif
 - Dalam bentuk terapi tingkah laku, klien belajar mengungkapkan perasaan marah secara tepat atau asertif sehingga mampu berhubungan dengan orang lain, mampu menyatakan apa yang dinginkan, apa yang disukai, apa yang ingin dikerjakan, dan kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri.

B. Konsep Dasar Latihan Asertif Secara Verbal

1 Pengertian

Latihan asertif merupakan komponen dari terapi perilaku dan suatu proses dimana individu belajar mengkomunikasikan kebutuhan, menolak permintaan dan mengekspresikan perasaan positif dan negatif secara terbuka, jujur, langsung dan sesuai dengan pemahaman (Fortinash & Patricia, 2012).

Latihan asertif adalah suatu terapi modalitas keperawatan dalam bentuk terapi tingkah laku, klien belajar mengungkapkan perasaan marah secara tepat atau asertif sehingga mampu berhubungan dengan orang lain, mampu menyatakan apa yang diinginkan, apa yang disukai, apa yang ingin dikerjakan, dan kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri (Suryanta & Dwi, 2015)

2 Cara mengontrol resiko perilaku kekerasan

- a. Melakukan latihan cara fisik satu yaitu tarik nafas dalam
- b. Meminum obat dengan benar
- c. Melakukan latihan cara fisik dua yaitu pukul bantal/kasur
- d. Melakukan latihan cara verbal atau latihan asertif
- e. Melakukan latihan secara spiritual.

3 Tujuan Penerapan Asertif Secara Verbal

Tujuan diberikan penerapan asertif secara verbal adalah agar pasien mampu mengungkapkan rasa marah atau hal-hal yang sebenarnya ingin disampaikan dengan baik atau asertif, yaitu seperti meminta keinginan dengan baik, menolak perintah atau ajakan dengan baik dan mengungkapkan perasaannya.

4 Tahapan Penerapan Asertif Secara Verbal

- a. Menjelaskan cara berperilaku asertif
- b. Mencontohkan cara menolak yang baik, meminta dan mengungkapkan perasaan dengan baik
- c. Meminta pasien memperagakan ulang.
- d. Membantu memasukkan kedalam jadwal kegiatan klien.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan jiwa. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Prabowo, 2017). Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah:

a. Identitas pasien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan pasien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan, tanyakan dan catat usia pasien dan No. RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

b. Alasan masuk

Apa yang menyebabkan pasien atau Kelarga datang, atau, dirawat dirumah sakit, apakah sudah tahu penyakit sebelumnya. Apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

c. Riwayat penyakit sekarang dan factor presipitasi

Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa.

Factor yang memperberat kejadian seperti putus pengobatan.

d. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

e. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien.

f. Pengkajian psikososial

1) Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh

2) Konsep diri

- a) Gambaran diri. Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.
 - b) Identitas diri. Status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki dan perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.
 - c) Fungsi peran. Tugas atau peran pasien dalam keluarga/pekerjaan/ kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.
 - d) Ideal diri. Harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.
 - e) Harga diri. Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan/ penghargaan orang lain
- 3) Hubungan sosial. Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

- 4) Spiritual. Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

g. Status mental

- 1) Penampilan. Melihat penampilan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapih, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan pasien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/ berpakaian terhadap status psikologis pasien.
- 2) Pembicaraan. Amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan.
- 3) Aktivitas motorik
 - a) Lesu, tegang, gelisah.
 - b) Agitasi: gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan
 - c) Tik: gerakan-gerakan kecil tot muka yang tidak terkontrol
 - d) Grimase: gerakan tot muka yang berubah-ubah yang tidak terkontrol pasien
 - e) Tremor: jari-jari yang bergetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari
- 4) Afek dan Emosi

Kaji afek pasien yang meliputi:

 - a) Adekuat: perubahan roman roman muka sesuai dengan stimulus eksternal
 - b) Datar: tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
 - c) Tumpul: hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat
 - d) Labil: emosi pasien cepat berubah-ubah
 - e) Tidak sesual: emosi bertentangan atau berlawanan dengan stimulus

f) Emosi. Pada status emosi pasien perlu dikaji apa pasien merasakan kesepian, apatis, marah, anhedonia, euforia, depresi/ sedih dan cemas.

5) Interaksi selama wawancara

- a) Kooperatif: berespon dengan baik terhadap pewawancara
- b) Tidak kooperatif: tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan mudah tersinggung
- c) Bermusuhan: kata-kata tau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah
- d) Kontak kurang: tidak mau menatap lawan bicara
- e) Curiga: menunjukan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

6) Persepsi Sensori

- a) Halusinasi : Ditanyakan apakah pasien mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi diantaranya: pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman
- b) Ilusi : Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami ilusi
- c) Depersonalisasi : Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami depersonalisi-sasi
- d) Derealisasi : Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami derealisasi

7) Proses Pikir

a) Bentuk pikir

- 1. Otistik : Hidup dalam dunianya sendiri dan cenderung tidak memperdulikan lingkungan sekitarnya.
- 2. Dereistik : Proses mental tidak dikuti dengan dengan kenyataan, logika atau pengalaman.
- 3. Non realistik : Pikiran yang tidak didasarkan pada kenyataan.

b) Arus pikir

- 1. Sirkumtansial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan

2. Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan
 3. Kehilangan asosiasi: pembicaraan tidak adahubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya
 4. Flight of ideas: pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya.
 5. Bloking: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali
 6. Perseferasi: kata-kata yang dilang berkali-kali
 7. Perbigerasi: kalimat yang diulang berkali-kali
- c) Isi pikir
1. Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya.
 2. Phobia: ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek/ situasi tertentu.
 3. Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ tubuh yang lain.
 4. Depersonalisasi: perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
 5. Ide yang terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna yang terkait pada dirinya.
 6. Pikiran magis: keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal-ha yang mustahil atau diluar kemampuannya

8) Waham

Berikut dijelaskan jenis-jenis waham yaitu sebagai berikut:

- a) Agama: keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan berulang- ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
- b) Somatik: keyakinan pasien terhadap tubuhnya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan keyakinan
- c) Kebesaran: keyakinan pasien yang berlebihan terhadap kemampuannya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan

- d) Curiga: keyakinan pasien bahwa ada seseorang yang berusaha merugikan, mencederai dirinya, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
- e) Nihilistik : pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia/ meninggal yang dinyatakan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan waham yang bizaar
- f) Sisip pikir: pasien yakin ad aide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikirannya, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
- g) Siar pikir: pasien yakin ada orang lain yang mengetahui apa yang pasien pikirkan walaupun pasien tidak pernah menceritakannya kepada orang, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai kenyataan
- h) Kontrol pikir: pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

9) Tingkat Kesadaran

- a) Bingung: tampak bingung dan kacau (perilaku yang tidak mengarah pada tujuan).
- b) Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar
- c) Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap yang canggung dan dipertahankan pasien tapi pasien mengerti semua yang terjadi dilingkungannya

10) Orientasi

Jelaskan apa yang dikatakan klien saat wawancara

11) Memori

- a) Gangguan mengingat jangka panjang: tidak dapat
- b) mengingat kejadian lebih dari 1 bulan.

- c) Gangguan mengingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir.
- d) Gangguan mengingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
- e) Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

12) Tingkat konsentrasi

- a) Mudah beralih: perhatian mudah berganti dari satu objek ke objek lainnya.
- b) Tidak mampu berkonsentrasi: pasien selalu minta agar pertanyaan diulang karena tidak menangkap apa yang ditanyakan atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- c) Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda yang nyata

13) Kemampuan penilaian

Kaji bagaimana kemampuan pasien dalam melakukan penilaian terhadap situasi, kemudian dibandingkan dengan yang seharusnya.

14) Daya tilik diri

- a) Mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/ pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya
- b) Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang

15) Kebutuhan persiapan pulang

- a) Makan : Tanyakan frekuensi, jumlah, variasi, macam dan cara makan, observasi kemampuan pasien menyiapkan dan membersihkan alat makan.
- b) Buang Air Besar dan Buang Air Kecil : Observasi kemampuan pasien untuk Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK), pergi menggunakan WC atau membersihkan WC.
- c) Mandi : Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, observasi kebersihan tubuh dan bau badan pasien.
- d) Berpakaian : Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian, observasi penampilan dandanan pasien.
- e) Istirahat dan tidur : Observasi dan tanyakan lama dan waktu tidur siang atau malam, persiapan sebelum tidur dan aktivitas sesudah tidur.
- f) Penggunaan obat : Observasi penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian.
- g) Pemeliharaan kesehatan : Tanyakan kepada pasien tentang bagaimana, kapan perawatan lanjut, siapa saja sistem pendukung yang dimiliki.
- h) Aktivitas di dalam rumah : Tanyakan kemampuan pasien dalam mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri, mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.
- i) Aktivitas di luar rumah : Tanyakan kemampuan pasien dalam belanja untuk keperluan sehari-hari, aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah.

16) Mekanisme coping

Data didapat melalui wawancara dengan pasien atau keluarganya.

17) Masalah psikososial dan lingkungan

Perlu dikaji tentang masalah dengan dukungan kelompok masalah berhubungan dengan lingkungan dan masalan dengan pendidikan, pekerjaan, perumahan ekonomi, pelayanan kesehatan

18) Pengetahuan kurang tentang

Apakah pasien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang: penyakit/gangguan jiwa, sistem pendukung, faktor predisposisi dan presipitasi, mekanisme coping, penyakit fisik, obat-obatan dan lain-lain.

19) Aspek medis

Tulis diagnosa medis yang telah diterapkan oleh Dokter, tuliskan obat-obatan pasien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual/potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017). Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut:

- a. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi pendengaran (D.0146)
- b. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran (D. 0085)
- c. Isolasi sosial berhubungan dengan menarik diri (D. 0121)
- d. Gangguan konsep diri berhubungan dengan harga diri rendah (D. 0086)
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas (D. 0109)

3. Intervensi Keperawatan

Dalam intervensi keperawatan akan terlebih dahulu ditetapkan luaran dari diagnosis tersebut. Luaran untuk diagnosis gangguan persepsi sensori terdiri dari luaran utama yaitu persepsi sensori yang membaik dan luaran tambahan yaitu fungsi sensori, orientasi kognitif, proses informasi, status neurologis, status orientasi yang membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Intervensi gangguan persepsi sensori terdiri dari:

- a. Intervensi utama yaitu manajemen halusinasi, minimalisasi rangsangan dan pengekangan kimiawi.
- b. Intervensi pendukung yaitu dukungan pelaksanaan ibadah, dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi perawatan diri, edukasi Teknik mengingat, limit Setting, manajemen delirium, manajemen demensia, manajemen mood, manajemen penyalahgunaan zat, manajemen perilaku, manajemen stres, pencegahan bunuh diri, pencegahan perilaku kekerasan, promosi perawatan diri, restrukturisasi kognitif, skrining penganiayaan persekusi, skrining penyalahgunaan zat, teknik menenangkan, terapi aktivitas, terapi kelompok, terapi kognitif perilaku terapi relaksasi (Tim pokja SLKI, DPP PPNI, 2018). Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa menurut (Tim Pokja SIKI, DPP, PPNI).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Resiko perilaku kekerasan (D.0146) <i>Faktor Risiko :</i> 1. Pemikiran waham/ delusi 2. Curiga pada orang lain	Kontrol diri (L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko tinggi perilaku kekerasan menurun dan teratasi dengan kriteria hasil :	Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) Tindakan : <i>Observasi:</i> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam, tali)

	<p>3. Halusinasi</p> <p>4. Berencana bunuh diri</p> <p>5. Kerusakan kognitif</p> <p>6. Kerusakan kontrol impuls</p> <p>7. Persepsi pada lingkungan tidak akurat</p> <p>8. Alam perasaan depresi</p>	<p>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5)</p> <p>2. Perilaku menyerang menurun (5)</p> <p>3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun (5)</p> <p>4. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5)</p> <p>5. Perilaku agresif/amuk menurun (5)</p> <p>6. Suara keras menurun (5)</p> <p>7. Bicara ketus menurun (5)</p> <p>Keterangan:</p> <p>1. Meningkat</p> <p>2. Cukup Meningkat</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup Menurun</p> <p>5. Menurun</p>	<p>2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</p> <p>3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur)</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <p>1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>2. Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</p> <p>2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita, menolak dengan baik dan spiritual)</p>
--	---	---	---

2.	<p>Gangguan persepsi sensori (D.0085)</p> <p><i>Penyebab:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghiduan 4. Gangguan perabaan <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan <p><i>Objektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tidak sesuai 2. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu 	<p>Persepsi sensori (L.09083)</p> <p>Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah gangguan persepsi sensori menurun dan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (5) 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (5) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun (5) 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (5) 6. Verbalisasi merasakan 	<p>Manajemen halusinasi (I.09288)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
----	--	---	---

	<p>Gejala dan tanda Minor :</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Menyatakan kesal <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Menyendiri Konsentrasi buruk Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi Mondar Mandir Bicara sendiri 	<p>sesuatu melalui indra pengecapan menurun (5)</p> <p>7. Distorsi sensori menurun (5)</p> <p>8. Perilaku halusinasi menurun (5)</p> <p>9. Respon sesuai stimulus membaik (5)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Meningkat Cukup Meningkat Sedang Cukup Menurun Menurun 	<p>2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</p> <p>3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)</p> <p>4. Ajarkan pasien dan keluarga car mengontrol halusinasi.</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.</p>
3.	<p>Isolasi sosial (D. 0121)</p> <p><i>Penyebab:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan Perubahan status mental 	<p>Keterlibatan sosial (L.13115)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan isolasi sosial membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Minat interaksi meningkat (5) Minat terhadap aktivitas meningkat (5) 	<p>Promosi sosialisasi (I.13498)</p> <p><i>Tindakan :</i></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan rang lain

	<p>Gejala dan Tanda Minor:</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa berbeda dengan orang lain 2. Merasa asik dengan pikiran sendiri 3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afek sedih 2. Riwayat ditolak 3. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain 4. Tidak ada kontak mata 5. Tidak bergairah/lesu 	<p>3. Verbalisasi isolasi menurun (5)</p> <p>4. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun (5)</p> <p>5. Perilaku menarik diri menurun (5)</p> <p>6. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun (5)</p> <p>7. Kontak mata membaik (5)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkat 5. Meningkat, Menurun, Membaik 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 2. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. Jalan-jalan, ke toko buku) 3. Diskusian kekuatan dan Keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 4. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 5. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain 5. Anjurkan penggunaan
--	---	--	---

			<p>alat bantu (mis. kacamata dan alat bantu dengar)</p> <p>6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</p> <p>7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi</p> <p>8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat</p>
4.	<p>Harga diri rendah (D.0086)</p> <p><i>Penyebab :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kegagalan berulang 2. Kurangnya pengakuan dari orang lain 3. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan <p>Gelala dan Tanda Mayor</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu/ bersalah 	<p>Harga diri (L.09069)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah harga diri rendah menurun dan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat (5) 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (5) 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat (5) 4. Minat mencoba 	<p>Manajemen perilaku (I.12463)</p> <p>Tindakan :</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p><i>Terepeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang 7. Lakukan kegiatan

	<p>3. Merasa tidak mampu melakukan apapun</p> <p>4. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif</p> <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berjalan menunduk 2. Postur tubuh menunduk <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa sulit konsentrasi <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata kurang 2. Perilaku tidak asertif 3. Bergantung pada pendapat orang lain 	<p>hal baru meningkat (5)</p> <p>5. Berjalan menampakkan wajah meningkat (5)</p> <p>6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat (5)</p> <p>7. Perasaan malu menurun (5)</p> <p>8. Perasaan bersalah menurun (5)</p> <p>9. Perasaan bersalah menurun (5)</p> <p>10. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun (5)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkat 5. Meningkat dan Menurun 	<p>pengalihan (erhadap sumber agitasi</p> <p>8. Cegah perilaku pasif dan agresit</p> <p>9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</p> <p>10. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi</p> <p>11. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</p> <p>12. Hindari sikap mengancam dan berdebat</p> <p>13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan keluarga, bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan Kognitif
--	--	---	--

5.	<p>Defisit perawatan diri (D.0109)</p> <p><i>Penyebab:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelemahan 2. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 3. Penurunan motivasi/ minat <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan diri <p><i>Objektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan / ketoilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang 	<p>Perawatan diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan makan meningkat 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 6. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5) 7. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5) 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Tindakan :</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawat diri 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri
----	---	---	---

		<p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkat 5. Meningkat 	<p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2017). Dalam implementasi rencana tindakan keperawatan pada pasien jiwa dengan gangguan persepsi sensori adalah mengkaji keadaan klien dan melibatkan klien serta keluarga dalam penerapan terapi okupasi yang bertujuan untuk memberi motivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami sehingga pikiran pasien tidak terfokus dengan halusinasinya dan membantu keluarga dalam memberikan asuhan kepada klien (Fahmawati, dkk, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Budiono & Sumirah, 2015). Evaluasi adalah penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati). Tujuan dari evaluasi antara lain mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan. Ini adalah macam-macam evaluasi yaitu : Evaluasi proses (formatif) : evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai, dan evaluasi hasil (sumatif SOAP) : kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai wa ktu pada tujuan, ditulis pada catatan perkembangan. Hasil yang diharapkan pada pasien jiwa setelah dilakukan tindakan keperawatan terapi okupasi kerajinan tangan yaitu hasil pemeriksaan halusinasi pendengaran menurun dengan teknik non farmakologi.