

Penatalaksanaan Secara Konstruktif Dengan *Crossword Puzzle* Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta

Constructive Management with Crossword Puzzle for Patients with the Risk of Violent Behavior at RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta

Deden Dermawan
Poltekkes Bhakti Mulia Sukoharjo
deden_abm@yahoo.co.id

Abstract: *The risk of violent behavior is a condition in which a person takes action that can physically harm himself, others, and the environment. Symptoms of the risk of violent behavior are red face, tension, bulging eyes, clenched fists, clenched jaw, stiff body posture, loud talk, cursing with dirty words, throwing objects / other people attacking others and injuring themselves / people. The purpose of this study was to determine the crossword puzzle filling nursing management in controlling violent behavior in patients at risk of violent behavior. A qualitative descriptive research design with a nursing process approach. Population is patients at risk of violent behavior. The sampling technique was non-probability sampling with a purposive sampling approach with 4 research subjects with inclusion criteria of patients with a risk of violent behavior, and cooperative. The research instrument used interview guides, observation sheets, recorders, books and stationery. The analysis technique used interview transcripts and source triangulations. Data collection techniques by means of interviews, observation, and documentation study. The development of the 4 subjects after filling in the crossword puzzle for 2 weeks were as follows: 4 subjects wanted to fill in the easy question model and after being given the difficult question model the patient did not want to fill in and vent their emotions. Crossword puzzle is not effective for the risk of violent behavior.*

Keywords: *crossword puzzle, risk of violent behavior*

Abstrak: Resiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Tanda gejala dari risiko perilaku kekerasan adalah muka merah, tegang, mata melotot, tangan menggepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, bicara keras, mengumpat dengan kata-kata kotor, melempar benda/orang lain menyerang orang lain melukai diri sendiri/orang. Tujuan dari penelitian ini adalah Untuk mengetahui penatalaksanaan keperawatan pengisian crossword puzzle dalam mengendalikan perilaku kekerasan pada pasien resiko perilaku kekerasan. Desain penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan proses keperawatan. Populasi adalah pasien resiko perilaku kekerasan. Teknik pengambilan sampel *non probability sampling* pendekatan *purposive sampling* dengan 4 subjek penelitian dengan kriteria inklusi pasien dengan resiko perilaku kekerasan, dan kooperatif. Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, perekam, buku dan alat tulis. Teknik Analisa menggunakan transkrip wawancara dan Triangulasi Sumber. Teknik pengumpulan data dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Perkembangan 4 subjek setelah dilakukan pengisian *crossword puzzle* selama 2 minggu sebagai berikut: 4 subjek mau mengisi model soal mudah serta setelah diberikan model soal sulit pasien tidak mau mengisi serta meluapkan emosinya. *Crossword puzzle* tidak efektif untuk risiko perilaku kekerasan.

Kata kunci: *crossword puzzle, risiko perilaku kekerasan*

I. PENDAHULUAN

Perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditujukan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut (Purba, 2008). Menurut Stuart dan Laraia (2005), perilaku kekerasan dapat dimanifestasikan secara fisik (mencederai diri sendiri, meningkatkan mobilitas tubuh), psikologis (emosional, marah, mudah tersinggung, dan menentang), spiritual (merasa dirinya sangat berkuasa, tidak bermoral). Perilaku kekerasan merupakan suatu tanda dan gejala dari

gangguan skizofrenia akut yang tidak lebih dari satu persen (Purba, 2008).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu jenis gangguan jiwa. WHO (2001) menyatakan, paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Pada masyarakat umum terdapat 0,2 – 0,8 % penderita skizofrenia dan dari 120 juta penduduk di Negara Indonesia terdapat kira-kira 2.400.000 orang anak yang mengalami gangguan jiwa. Data WHO (2006) mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk

Indonesia atau kira-kira 12-16 persen mengalami gangguan jiwa.

Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta orang. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti melalui survey awal penelitian di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Tengah bahwa jumlah pasien gangguan jiwa pada tahun 2008 tercatat sebanyak 1.814 pasien rawat inap yang keluar masuk rumah sakit dan 23.532 pasien rawat jalan. Pada tahun 2009 tercatat sebanyak 1.929 pasien rawat inap yang keluar masuk rumah sakit dan 12.377 pasien rawat jalan di rumah sakit tersebut. Sedangkan untuk pasien rawat inap yang menderita skizofrenia paranoid sebanyak 1.581 yang keluar masuk rumah sakit dan 9.532 pasien rawat jalan. Pasien gangguan jiwa skizofrenia paranoid dan gangguan psikotik dengan gejala curiga berlebihan, galak, dan bersikap bermusuhan. Gejala ini merupakan tanda dari pasien yang mengalami perilaku kekerasan. Peran perawat dalam membantu pasien perilaku kekerasan adalah dengan memberikan asuhan keperawatan perilaku kekerasan. Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan pasien, keluarga dan atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Keliat, 2010).

II. METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta pada tanggal 27 Maret 2019 – 8 April 2019. Desain penelitian ini deskriptif kualitatif dengan pendekatan proses keperawatan (nursing proses). Populasi penelitian adalah pasien resiko perilaku kekerasan, Penentuan sampel dilakukan saat memasuki lapangan dan selama penelitian berlangsung (*emergent sampling design*), dengan cara dengan memilih orang tertentu yang dipertimbangkan akan memberikan data yang diperlukan (Sugiono, 2010). Teknik pengambilan sampel *non probability sampling* pendekatan *purposive sampling* dengan 4 subjek penelitian dengan kriteria inklusi pasien dengan resiko perilaku kekerasan, dan kooperatif. Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, perekam, buku dan alat tulis. Teknik Analisa menggunakan transkrip wawancara dan Triangulasi Sumber. Teknik pengumpulan data dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

III. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Arif Zainudin Surakarta. Pelaksanaan diruang Rawat Inap Bangsal Arjuna dengan melibatkan pasien khususnya resiko perilaku kekerasan untuk dijadikan subyek.

2. Karakteristik Subjek Penelitian

a. Jenis Kelamin

Karakteristik subyek menurut jenis kelamin yang digunakan adalah klien dengan jenis kelamin laki-laki dan perempuan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	%
1.	L	4	100 %
2.	P	0	0 %
Jumlah		4	100 %

Sumber: Data Primer 2019

b. Umur

Karakteristik subyek menurut kategori umur disajikan pada tabel 2 sebagai karakteristik subyek berdasarkan usia.

Tabel 2. Karakteristik subyek berdasarkan usia

No	Usia	Jumlah	%
1.	20 – 30	1	12,5 %
2.	30 – 40	1	12,5 %
3.	40 – 50	2	50 %
Jumlah		4	100 %

Sumber: Data Primer 2019

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan formal yang pernah ditempuh subyek, yaitu SD, SMP, SMA. Karakteristik subyek tersebut disajikan dalam bentuk tabel 3.

Tabel 3. Karakteristik subyek berdasarkan pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah	%
1.	SD	2	50 %
2.	SMP	1	12,5 %
3.	SMA	1	12,5 %
Jumlah		4	100 %

Sumber: Data Primer 2019

d. Pekerjaan

Karakteristik subyek menurut kategori pekerjaan adalah pedagang, petani, dan pengangguran. Karakteristik subyek tersebut disajikan dalam bentuk tabel 4.

Tabel 4. Karakteristik subyek berdasarkan pekerjaan

No	Pekerjaan	Jumlah	%
1.	Pedagang	2	50 %
2.	Petani	1	12,5 %
3.	Pengangguran	1	12,5 %
Jumlah		4	100 %

Sumber: Data Primer 2019

Pengambilan data menggunakan pendekatan asuhan keperawatan sebagai berikut:

Subyek 1

Pengkajian hari-1, pasien menunjukkan perilaku suara yang lantang dan singkat, sambil mata melotot, dan susah untuk dilakukan pengkajian, membutuhkan waktu berjam – jam agar mau diajak komunikasi. Alasan pasien marah dan berbicara kotor jika tempat tidurnya dipakai oleh temannya sendiri. Hasil observasi menunjukkan perilaku klien yang mudah marah Pemeriksaan fisik: TD: 120/70 mmHg R: 23 kali/menit N: 90 kali/menit S: 36,7°C. Studi dokumentasi pada R1 riwayat pasien ke rumah sakit sejak 8 tahun yang lalu. Klien sudah 4 kali dibawa ke rumah sakit jiwa. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil.

Subyek 2

Pengkajian hari-1, pasien menunjukkan perilaku tidak mau diajak mengobrol, kadang marah sendiri tanpa sebab, mengeluarkan kata – kata kotor dan suka membuang bantal. Pengkajian hari ke-2, perilaku pasien sama seperti hari sebelumnya, emosi tidak terkontrol dan masih labil. Pengkajian hari ke-3 pasien mulai dapat diajak berkomunikasi hanya mengatakan hal yang singkat dengan ucapan lantang serta kasar di bangsal. Pemeriksaan fisik: TD: 120/80 mmHg N: 86 kali/menit R: 24 kali/menit S: 36,8° C. Studi dokumentasi pada R2 riwayat pasien ke sejak 3 tahun yang lalu. Klien sudah 2 kali ini dibawa ke rumah sakit jiwa. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil.

Subyek 3

Observasi hari-1 pasien menunjukkan perilaku pada saat diajak bicara pasien tidak menunjukkan tanda – tanda resiko perilaku kekerasan. Sempat tertawa pada saat dilakukan pengkajian, selama 20 menit dilakukan pengkajian mengenai identitas diri, tiba-tiba pasien menghentakkan tangannya di atas meja lalu mengeluarkan kata-kata kotor dan pergi begitu saja. _Pengkajian hari ke-2, terlihat wajah yang penuh emosi, pasien tidak mau bergabung mengikuti rutinitas senam pagi. Setelah jam 12 sehabis makan siang, pasien mendekati penulis dan ingin mengajak berbicara hingga pengkajian selesai. Pemeriksaan fisik: TD: 130/60 mmHg N:

84 kali/menit R: 24 kali/menit S: 36°C. Studi dokumentasi pada R3 pasien mengalami marah sejak 6 bulan yang lalu. Ini adalah 2 kalinya klien dibawa ke rumah sakit jiwa, pengobatan sebelumnya kurang berhasil.

Subyek 4

Pengkajian hari-1 pasien mengamuk karena merasa asing dengan penulis, menggunakan bahasa kasar dan suara yang keras dan menyuruh penulis untuk pergi. Membutuhkan cukup waktu banyak untuk mengkaji subyek 4. Hari ke-2 pasien masih sulit untuk diajak komunikasi, ketika penulis mendekati pasien menjauh dan pergi. Hari ke-3 pasien hanya terdiam saat ditanya kabar pasien, serta mata melotot. Hari ke-4 pasien masih emosi, ketika dikaji pasien sempat berkelahi dengan temannya. Hari ke-5 mulai dapat diajak komunikasi tetapi pasien menjawab dengan nada lantang serta muka yang penuh emosi. Pemeriksaan fisik: TD: 120/70 mmHg N: 86 kali/menit R: 24 kali/menit S: 36°C. Studi dokumentasi pada R4 riwayat pasien ke RS pasien mengalami marah sejak 2 tahun yang lalu. Ini adalah 2 kalinya klien dibawa ke rumah sakit jiwa, pengobatan sebelumnya belum berhasil.

Diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan dengan data pendukung tidak mau diajak mengobrol, terkadang marah-marah sendiri tanpa sebab, mengeluarkan kata – kata kotor dan suka membuang bantal, suara yang lantang dan singkat, mata melihat tajam. Susah untuk dilakukan pengkajian, setelah dibujuk dapat diajak komunikasi.

Perencanaan Keperawatan yang dilakukan berdasarkan *Nursing Intervensi Classification / (NIC)* Restrukturisasi kognitif dengan memilih tindakan mengisi *crossword puzzle* karena penulis mengharapkan dengan mengisi *crossword puzzle* dapat mengalihkan emosi/marah secara konstruktif sebagai penatalaksanaan resiko perilaku kekerasan, aktifitas kognitif yang dilakukan berupa mengisi *crossword puzzle*.

Pelaksanaan Keperawatan, interpersonal implementasi berupa tindakan komunikasi terapeutik, mengungkapkan perasaan dan memberi aktifitas kognitif mengisi *crossword puzzle*. Observasi tindakan dilakukan setiap hari sesuai dengan perencanaan. Data yang diperoleh selama observasi sebagai berikut:

Subyek 1 Mengisi 2 model paket. 1 model mudah pada hari pertama. Pasien hanya mengisi 2 jenis model paket *crossword puzzle*, pasien terlihat senang dan tidak ada tanda - tanda ingin marah. Pengisian pada hari ke dua dengan model paket *crossword puzzle* sukar, pasien hanya mengisi 1 paket, terlihat mulai

marah karena tidak dapat menjawab beberapa pertanyaan pada *crossword puzzle* dengan mengeluarkan kata – kata yang kotor dan suara nada yang keras postur tubuh kaku serta tegang.

Subyek 2 hanya mengisi 1 model paket mudah pada hari ketiga dan hari ke empat hanya mengisi 1 model paket sukar.

Pada hari ketiga, sebelum dilakukan pengisian *crossword puzzle* mudah, pasien terlihat biasa tanpa ada tanda - tanda ingin marah, hasil pengamatan pasien hanya mengisi 1 jenis model paket *crossword puzzle*, tidak ada tanda - tanda ingin marah,

Pada hari ke-empat dengan model paket *crossword puzzle* sukar, pasien hanya mengisi 1 paket, pasien terlihat mulai marah karena tidak dapat menjawab beberapa pertanyaan pada *crossword puzzle* dengan berbicara dengan nada keras, pasien tidak ingin mengisi *crossword puzzle*, pasien mengatakan bahwa *crossword puzzle* adalah permainan yang konyol dan menyesatkan dengan nada yang keras dan sikap tubuh pasien kaku serta tegang posisi tangan mengepal.

Subyek 3 hanya mengisi 1 model paket mudah pada hari ke-tiga dan hari ke-empat tidak mengisi model paket sukar.

Kondisi pasien sebelum dilakukan pengisian *crossword puzzle*: terlihat muka merah dan postur tubuh kaku, hari ke-tiga dengan model soal yang mudah, hasil pengamatan hanya mengisi 1 jenis model paket *crossword puzzle* pasien terlihat postur tubuh masih kaku, disertai tangan mengepal,

Pengisian pada hari ke-empat dengan model paket *crossword puzzle* sukar, pasien tidak mau mengisi serta pasien masih sikap tubuh kaku serta tegang, tangan mengepal. Pada hari ke-lima pasien berbicara dengan nada keras pada saat dilakukan pengkajian.

Subyek 4 hanya mengisi 1 model paket mudah pada hari ke-enam dan hari ke-tujuh tidak mengisi model paket sukar.

Pengisian hari ke enam pasien terlihat biasa tanpa ada tanda - tanda ingin marah. setelah dilakukan pengisian *crossword puzzle* pada hari ke-enam dengan model soal yang mudah hasil pengamatan pasien hanya mengisi 1 jenis model paket *crossword puzzle*, pasien terlihat mata melotot dengan sikap tubuh kaku, dan pada saat dilakukan pengkajian setelah dilakukan pengisian *crossword puzzle* pasien berbicara dengan nada keras serta menyobek salah satu lembar model *crossword puzzle*.

Pengisian berikutnya pada hari ke-tujuh dengan model paket *crossword puzzle* sukar, pasien tidak mau mengisi dan sikap tubuh pasien terlihat kaku, tegang dan mata melotot, disertai dengan suara nada yang keras.

IV. PEMBAHASAN

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan. Untuk pengambilan data peneliti melakukan pengkajian dengan cara mengamati (observasi), wawancara, dan studi dokumentasi. Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data tentang pasien antara lain dengan menggunakan: komunikasi (wawancara), pengamatan (observation), pemeriksaan fisik dan studi kasus (Dermawan, 2012).

Peneliti melakukan pengkajian mengenai resiko perilaku kekerasan kepada seluruh responden dengan melakukan observasi rata-rata klien mengalami tanda dan gejala yang sama yaitu muka murung dan menggunakan nada bicara yang kasar, marah tanpa sebab. Hal ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Damayanti (2012), tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan adalah pasien sering marah tanpa sebab serta muka yang tegang dengan mata yang melotot.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, seluruh responden berjenis kelamin laki-laki. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sulahyuningsih (2016), pada laki-laki jumlah reseptor dopamin berkurang dengan tajam pada usia antara 30 sampai 50 tahun, sedangkan pada wanita reseptor dopamin tersebut akan berkurang secara perlahan-lahan. Penurunan reseptor dopamin pada wanita yang secara perlahan dapat menjelaskan bahwa wanita lebih lama menderita resiko perilaku kekerasan dibandingkan dengan laki-laki.

Berdasarkan pengkajian dari seluruh responden, sebanyak 2 responden berusia antara 40-50 tahun, hal itu dikarenakan masalah yang dialami oleh responden lebih sulit. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dijelaskan oleh Pieter dan Namora (2010) usia dewasa muda beresiko lebih tinggi mengalami gangguan jiwa terutama resiko perilaku kekerasan karena pada tahap ini kehidupan penuh dengan stressor, masa dewasa muda mengalami masa ketegangan emosi dan itu berlangsung hingga usia 30-an. Dalam usia tersebut individu akan mudah mengalami ketidakmampuan menghadapi masalah sehingga akan lebih mudah emosi.

Pengkajian yang dilakukan kepada seluruh responden umumnya berpendidikan SD sebanyak 2. Menurut Notoatmodjo (2003) seseorang yang berpendidikan lebih rendah cenderung mempunyai ilmu pengetahuan lebih sempit dan pemikirannya kurang meluas

dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

Pengkajian yang dilakukan kepada seluruh responden, faktor yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit adalah terdapat masalah dengan keluarganya. Hal ini diperkuat dengan pendapat yang diungkapkan oleh Yosep (2007) bahwa salah satu penyebab dari masalah resiko perilaku kekerasan adalah faktor perkembangan yang terganggu misalnya rendah kontrol dan kehangatan keluarga yang menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan merupakan keputusan klinis dari respon individu, keluarga dan masyarakat yang diakibatkan oleh masalah kesehatannya atau proses kehidupannya baik yang aktual maupun yang potensial/ risiko (Wahid dan Suprpto, 2012). Perumusan diagnosa menentukan masalah keperawatan yang dialami oleh klien dan harus segera di tangani. Tujuan dari perumusan diagnosa adalah mengidentifikasi masalah melalui respon klien, menyelidiki dan menentukan faktor penunjang (penyebab, tanda dan gejala), mengidentifikasi kemampuan pasien dalam mengatasi masalah (wahid dan Suprpto, 2012)

Hasil penelitian berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada seluruh responden didapatkan keluhan yang hampir sama antara R1, R2, R3, R4 yaitu marah-marah tanpa sebab serta ingin mencederai diri sendiri serta orang lain. Hal ini sesuai dengan pendapat yang diungkapkan oleh Kusumawati & Hartono (2011) perilaku kekerasan adalah sesuatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik diri sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol.

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu kerentanan melakukan perilaku yang individu menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan orang lain secara fisik, emosional, dan/ atau seksual mempunyai factor resiko antara lain terjadinya gangguan kognitif, gangguan neurologis, gangguan psikosis, perilaku bunuh diri, pola ancaman kekerasan, pola perilaku kekerasan anti sosial, pola perilaku kekerasan terhadap orang lain (Herdman, 2015). Sependapat dengan penelitian sebelumnya hal ini sesuai dengan fenomena yang ada di sebuah bangsal psikiatri rumah sakit, bahwa sebagian besar alasan masuk klien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan sebanyak 62% dari keseluruhan. Keluarga membawa klien ke rumah sakit karena melakukan perilaku kekerasan seperti mengamuk, melukai orang lain, merusak lingkungan dan marah-marah.

Intervensi/tindakan keperawatan adalah catatan tentang tindakan yang di berikan perawat kepada klien yang berisikan catatan pelaksanaan rencana perawatan, pemenuhan kriteria hasil dari rencana tindakan keperawatan mandiri dan tindakan kolaboratif (Wahid dan Suprpto, 2012).

Tahap perencanaan menentukan keberhasilan asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Sesuai *Nursing Intervention Classification (NIC)* beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk pasien resiko perilaku kekerasan salah satunya dengan memberikan aktifitas restrukturisasi kognitif yang mungkin dapat mengalihkan perhatian dari resiko perilaku kekerasan

Tindakan restruksi kognitif melalui tindakan mengisi *crossword puzzle* dapat dilakukan oleh semua orang termasuk keluarga responden. *Crossword puzzle* yang dilakukan tidak harus dengan pertanyaan-pertanyaan yang sulit. Tindakan ini dilakukan untuk mengalihkan emosi responden kepada tindakan yang positif salah satunya mengisi crossword puzzle.

Untuk mengalihkan resiko perilaku kekerasan yang dialami oleh responden peneliti menggunakan tehnik pengalihan dengan cara mengisi *crossword puzzle*, agar responden dapat mengalihkan resiko perilaku kekerasan yang dialami responden untuk merasakan ketentraman jiwa. Dengan dilakukannya pengisian *crossword puzzle* diharapkan resiko perilaku kekerasan yang dialami responden akan teratasi dengan frekuensi berkurang, durasi berkurang, gejala resiko perilaku kekerasan berkurang. Sejalan penelitian oleh Khalilullah (2012) bahwa mengisi sebuah teka-teki silang membuat seseorang berpikir untuk mencari jawaban. Dan apabila belum menemukan jawabannya maka perasaan penasaran melanda dan mencari cara untuk memecahkannya.

Pelaksanaan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pemenuhan kebutuhan fisik dan emosional adalah variasi, tergantung individu dan masalah yang spesifik (Handayani, 2007). Dalam implementasi terdapat pedoman yang harus diperhatikan oleh setiap perawat diantaranya: (a) tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan terjadi setelah validasi rencana tersebut, (b) ketrampilan interpersonal, intelektual, dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai, (c) keamanan fisik dan psikologis klien dilindungi, (d) dokumentasi tindakan dan respons klien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan (Dermawan, 2012).

Penulis berasumsi tindakan pengisian *crossword puzzle* berdampak dengan emosi responden. Dengan banyaknya waktu luang yang dimiliki oleh responden maka peneliti berharap emosi dapat tersalurkan melalui kegiatan pengisian *crossword puzzle*, pada implementasi dengan mengisi paket *crossword puzzle* yang gampang responden 1,2, dan 3 dapat mengalihkan emosinya. Selama implementasi dilakukan ketiga responden memiliki waktu luang untuk mengisi *crossword puzzle*, hal ini sependapat dengan penelitian yang dilakukan oleh Khalilullah (2011), bahwa biasanya orang mengisi teka-teki silang dalam keadaan santai dan mengisi teka-teki silang untuk mengisi waktu luang.

Evaluasi adalah catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang di capai. Pernyataan evaluasi terdiri dari dua komponen, yaitu data yang tercatat (yang menyatakan efek dari tindakan yang di berikan pada pasien). Peneliti melakukan evaluasi dengan membandingkan wawancara sebelum dan sesudah klien diberikan intervensi tentang *crossword puzzle*, menurut Handayaningsih (2007) evaluasi sebagian yang direncanakan, dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien.

Tujuan dari evaluasi antara lain: untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk meneliti pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik, sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Dermawan, 2012)

Hasil implementasi yang dilakukan kepada seluruh responden, sebagian besar responden tidak terjadi penurunan resiko perilaku kerasan pada responden 1,2,3 dan 4 setelah membaca paket soal yang sukar, mereka langsung meluapkan dengan emosi seperti mata melotot, muka tegang, berbicara kasar serta berbicara kotor, sebagian besar responden tidak mau mengisi *crossword puzzle* yang sukar dikarenakan pada saat mengisi paket yang sukar pasien tidak dapat berpikir atau memecahkan jawaban yang berakibat menimbulkan emosi lalu meluapkannya dengan marah – marah dan tambah emosi. Restrukturisasi kognitif merupakan salah satu teknik yang menitikberatkan pada perubahan tingkah laku melalui interaksi dengan diri sendiri dan perubahan struktur kognitif. Restrukturisasi kognitif pada dasarnya merupakan suatu bentuk penyusunan kembali kognitif, memfokuskan pada pengubahan verbalisasi diri remaja dan restrukturisasi berperan sentral.

V. SIMPULAN

Berdasarkan hasil pada 4 subjek penelitian didapatkan data bahwa subjek menjawab dengan suara yang lantang dan singkat sambil mata meloto, pasien susah dilakukan pengkajian waktu berjam - jam agar pasien mau diajak komunikasi tidak mau diajak berbicara, tampak marah marah sendiri tanpa sebab, mengeluarkan kata kata kotor, suka membuang bantal. Hasil pemeriksaan fisik TD: (120/70 mmHg, 120/80 mmHg, 130/60mmHg, 120/70mmHg) N: (90 kali/menit, 86 kali/menit, 84 kali/menit, 86 kali/menit) R (23 kali/menit, 24 kali/menit), S: (36,7° C, 36,8°C, 36°C). Pada Subjek 1: riwayat pasien ke rumah sakit menderita marah sejak 8 tahun yang lalu subjek sudah 4 kali di bawa ke rumah sakit jiwa, Subjek 2: riwayat subjek ke RS pasien mengalami marah sejak 3 tahun yang lalu. Subjek 3: sudah 2 kali dibawa ke RS, pasien mengalami marah 6 bulan yang lalu ini adalah ke-dua kalinya dibawa ke RS jiwa, Subyek 4: riwayat pasien ke RS pasien mengalami marah 2 tahun yang lalu pengobatan sebelumnya belum berhasil.

Pelaksanaan Keperawatan dengan dilakukan tindakan mengisi *crossword puzzle* kepada 4 subjek didapatkan hasil subjek hanya mengisi beberapa soal yang mudah serta tidak mau mengisi soal yang sulit, pada saat mengisi soal yang sulit pasien langsung meluapkan emosinya.

Perkembangan 4 subjek setelah dilakukan pengisian *crossword puzzle* selama 2 minggu sebagai berikut: 4 subjek mau mengisi model soal mudah serta setelah diberikan model soal sulit pasien tidak mau mengisi serta meluapkan emosinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Dermawan, Deden 2012 . *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta : Gosityen Publishing
- Damayanti, Mukhrimah dan Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama
- Herdman. 2015. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC
- Keliat, B. A. 2010 *Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan*, FIK, UI: Jakarta.
- Keliat, B.A. 2005 *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Edisi 2, Jakarta : penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kusumawati, F dan Hartono, Y. 2011 *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta : penerbit Salemba Merdeka.

- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pieter, Herri Zan dan Namora, Lubis Lumongga,. 2010. *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. Jakarta : Kencana.
- Purba. 2008 *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa*, Medan : USU Press.
- Stuart & Laraia. 2005. *Buku Saku Keperawatan Jiwa (terjemahan)*. Jakarta: EGC.
- Sugiono. 2010. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta
- Sulahyuningsih, Evie & Sahuri Teguh K. 2016. Pengalaman perawat dalam mengimplementasikan Strategi Pelaksanaan (SP) Tindakan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi . *Jurnal Keperawatan Vol 7*
- Yosep, Iyus. 2009, *Keperawatan Jiwa*, Bandung : Refika Aditama
- Wahid, Abd. dan Suprpto, Imam. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Tras Info Media. Jakarta