

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah gangguan psikotik kronik yang ditandai dengan gangguan pada proses berpikir, berkomunikasi, emosi dan perilaku serta gangguan menilai realita, pemahaman diri buruk dan kemunduran hubungan interpersonal (Caturini & Handayani, 2014).

Skizofrenia merupakan gangguan yang umumnya ditandai oleh distorsi pikiran dan persepsi yang mendasar dan khas, dan oleh afek yang tidak wajar atau tumpul. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang berlangsung menahun, sering kambuh dan kondisi kejiwaan penderita semakin lama semakin merosot (Kusumawati, 2010).

Skizofrenia merupakan suatu gangguan psikiatrik ditandai dengan disorganisasi pola pikir yang signifikan dan dimanifestasikan dengan masalah komunikasi dan kognisi, gangguan persepsi terhadap realitas yang dimanifestasikan dengan halusinasi dan waham dan terkadang penurunan fungsi yang signifikan (Patricia, 2013).

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa dengan gangguan utama pada proses berpikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses berpikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distrosi kenyataan trauma karena waham dan halusinasi, asosisasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohereni (Direja, 2011).

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008).

Berdasarkan definisi *skizofrenia* disimpulkan bahwa gangguan jiwa yang terjadi karena seseorang tidak dapat menilai realitas dengan baik dan pemahaman diri yang buruk dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku aneh dan terganggu.

2.1.2 Etiologi

1) Faktor Keturunan

Dapat dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya *skizofrenia*. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita *skizofrenia* dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9-1,8%; bagi saudara kandung 7- 15%; bagi anak dengan salah satu orang-tua yang menderita *skizofrenia* 7-16%; bila kedua orang tua menderita *skizofrenia* 40-68%; bayi kembar dua telur (*heterozigot*) 2-15%; bayi kembar satu telur (*monozigot*) 61-86%. Tetapi pengaruh keturunan tidak sederhana. Disangka bahwa potensi untuk mendapatkan *skizofrenia* diturunkan (bukan penyakit itu sendiri) melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi *skizofrenia* atau tidak (mirip hal genetik pada diabetes melitus).

2) Faktor Endokrin

Dahulu dikira bahwa *skizofrenia* mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya *skizofrenia* pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium.

3) Faktor Metabolisme

Ada orang yang menyangka bahwa *skizofrenia* disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita dengan *skizofrenia* tampak pucat dan tidak sehat. Ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun.

4) Faktor Susunan Saraf Pusat

Ada yang mencari penyebab *skizofrenia* ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada *diensefalon* atau *kortex* otak. Tetapi kelainan patologis yang ditemukan itu mungkin disebabkan oleh perubahan-perubahan *postmortem* atau merupakan *artefakt* pada waktu membuat sediaan.

5) Faktor Psikogenik

Skizofrenia dianggap sebagai suatu gangguan fungsional dan penyebab utama ialah konflik, stres psikologik dan hubungan antar-manusia yang mengecewakan (Maramis, 2005).

2.1.3 Klasifikasi

Pembagian *skizofrenia* menurut Kraepelin dibagi menjadi beberapa jenis berdasarkan gejala utama antara lain:

1) *Skizofrenia simplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis *simplex* ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang sekali didapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan.

2) *Skizofrenia Hebefrenik* (skizofrenia hebefrenik atau hebefrenia)

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada hebefrenia. Waham dan halusinasi banyak sekali.

3) *Skizofrenia Katatonik*

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik.

4) *Skizofrenia Paranoid*

Gejala yang menyolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

5) *Episode skizofrenia akut*

Gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya (disebut keadaan oneiroid).

6) *Skizofrenia skizo-afektif*

Disamping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (*skizo-depresif*) atau gejala-gejala mania (*skizo-manik*). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi (Maramis, 2005).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gambaran gangguan jiwa skizofrenia beraneka ragam mulai dari gangguan pada alam pikir, perasaan, dan perilaku yang mencolok sampai yang tersamar. Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer dan gejala sekunder (Maramis, 2010).

1) Gejala Primer

- a) Delusi, yaitu suatu keyakinan yang tidak masuk akal tapi diyakini kebenarannya
- b) Kekacauan dalam pola pikir.

- c) Halusinasi pendengaran yaitu misalnya mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan.
- d) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e) Merasa dirinya orang besar.
- f) Pikirannya penuh dengan kecurigaan.

2) Gejala Sekunder

- a) Alam perasaannya (affect) yang tumpul dan mendatar. Ini terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi
- b) Menarik diri atau mengasingkan diri, tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain dan suka melamun.
- c) Kontak emosional sangat minim, sukar diajak bicara, pendiam
- d) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e) Kesulitan dalam berpikir abstrak.
- f) Tidak ada upaya dan usaha, tidak ada dorongan kehendak atau inisiatif, tidak ada spontanitas, monoton serta tidak ingin apa-apa.
- g) Pola pikir stereotif (asumsi terhadap seseorang berdasarkan pengalaman atau keyakinan yang dimiliki sebelumnya).

2.1.5 Patofisiologi

Menurut Buchanan (2010), perjalanan penyakit *skizofrenia* sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis *skizofrenia*

berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan premorbid, prodromal, fase aktif dan keadaan residual. Pola gejala premorbid merupakan tanda pertama penyakit *skizofrenia*, walaupun gejala yang ada dikenali hanya secara retrospektif. Karakteristik gejala *skizofrenia* yang dimulai pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala prodromal *skizofrenia* dapat berupa cemas, gelisah, merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap klien dengan *skizofrenia* menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan.

Fase aktif *skizofrenia* ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian klien *skizofrenia* terhadap realita terganggu dan pemahaman diri buruk sampai tidak ada. Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis *skizofrenia*, yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, seperti dapat berupa penarikan diri (*withdrawal*) dan perilaku aneh (Erviani, 2018).

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, dan terapi psikososial.

1) Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala *skizofrenia*. Obat yang digunakan adalah *chlorpromazine (thorazine)* dan *fluphenazine decanoate (prolixin)*. Kedua obat termasuk kelompok obat *phenothiazines*, *reserpine (serpasil)*, dan *haloperidol (haldol)*. Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Maramis, 2007).

2) Terapi *Elektrokonvulsif* (TEK)

Terapi *elektrokonvulsif* juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. *Electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk *skizofrenia* tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia. Menurut Fink dan Sackeim (1996) antusiasme awal terdapat ECT semakin memudar karena metode ini kemudian diketahui tidak menguntungkan bagi

sebagian besar penderita *skizofrenia* meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan hingga saat ini. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan pasien. pasien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta sering kali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Maramis, 2007).

3) Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan *skizofrenia* yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada pasien *skizofrenia*, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Maramis, 2005).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan therapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberi *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami.

Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh lagi. Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negative secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Dari beberapa penelitian, ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita (Isaacs, 2005).

2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi

Perilaku Kekerasan (PK) adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Kusumawati, 2010).

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Direja, 2011).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif (Stuart dan Sundeen, 2013)

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Yusuf, 2015).

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini, perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Keliat, 2009).

2.2.2 Etiologi

1) Faktor predisposisi

Menurut Townsend (1996) terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang faktor predisposisi perilaku kekerasan, di antaranya adalah sebagai berikut:

a) Teori Biologik

Berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:

(1) Neurobiologik

Ada 3 area pada otak yang berpengaruh terhadap proses impuls agresif, system limbic, lobus frontal dan hypothalamus. Neurotransmitter juga mempunyai peranan dalam memfasilitasi atau menghambat proses impuls agresif. Sistem limbic merupakan system informasi, ekspresi, perilaku, dan memori. Apabila ada gangguan pada system ini maka akan meningkatkan atau menurunkan potensial perilaku kekerasan. Adanya gangguan pada lobus frontal maka individu tidak mampu membuat keputusan kerusakan pada penilaian, perilaku tidak sesuai, dan agresif. Beragam komponen dari system neurologis mempunyai implikasi memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbic terlambat dalam menstimulasi timbulnya perilaku agresif. Pusat otak atas secara konstan berinteraksi dengan pusat agresi, yang dijelaskan oleh townsend (Iyus Yosep, 2008).

(2) Biokimia

Menurut Goldstein dalam Townsend (1996) menyatakan bahwa berbagai *neurotransmitter* (*epinefrin*, *norepinefrin*, *dopamin*, *asetilkolin*, dan *serotonin*) sangat

berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.

(3) Genetik

Menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XYY.

(4) Gangguan otak

Sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit *ensefalitis*, *epilepsi* (epilepsi lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b) Teori Psikologik

(1) Teori psikoanalitik

Teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindak kekerasan

merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

(2) Teori pembelajaran

Anak belajar melalui perilaku meniru dari contoh peran mereka, biasanya orang tua mereka sendiri. Contoh peran tersebut ditiru karena dipersepsikan sebagai prestise atau berpengaruh, atau jika perilaku tersebut diikuti dengan pujian yang positif. Anak memiliki persepsi ideal tentang orang tua mereka selama tahap perkembangan awal. Namun, dengan perkembangan yang dialaminya, mereka mulai meniru pola perilaku guru, teman, dan orang lain. Individu yang dianiaya ketika masih kanak-kanak atau mempunyai orang tua yang mendisiplinkan anak mereka dengan hukuman fisik akan cenderung untuk berperilaku kekerasan setelah dewasa. (Kusumawati, 2010).

(3) Teori Sosiokultural

Pakar sosiolog lebih menekankan pengaruh faktor budaya dan struktur sosial terhadap perilaku agresif. Ada kelompok sosial yang secara umum menerima perilaku kekerasan secara cara untuk menyelesaikan masalahnya. Masyarakat juga berpengaruh pada perilaku tindak kekerasan, apabila individu mentadari bahwa kebutuhan

dan keinginan mereka tidak dapat terpenuhi secara *konstruktif*. Penduduk yang ramai / padat dan lingkungan yang rebut dapat berisiko untuk perilaku kekerasan. Adanya keterbatasan sosial dapat menimbulkan kekerasan dalam hidup individu (Yoseph, 2009)

2) Faktor Presipitasi

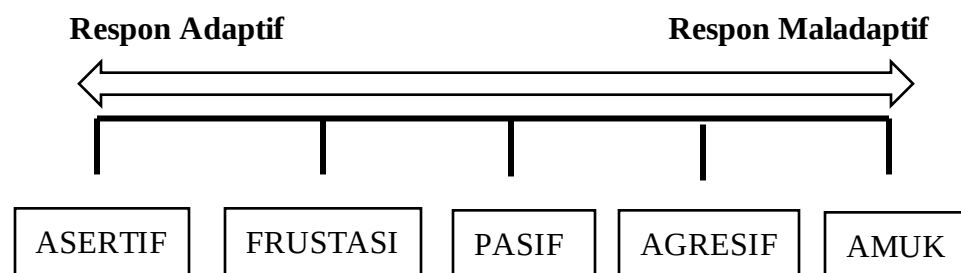
Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan (Yosep, 2009):

- a) Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- b) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.

- f) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga (Yosep, 2009).

2.2.3 Rentang Respon

Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang di manifestasikan dalam bentuk fisik. Rentang respon kemarahan individu di mulai dari respon normal (adaptif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1 Rentang Respon

Sumber : Keliat (1999)

Keterangan:

- a. Asertif : Mengemukakan pendapat atau ekspresi tidak senang atau tidak setuju tanpa menyakiti lawan bicara. Hal ini menimbulkan ketegangan.

- b. Frustrasi : Respon akibat gagal mencapai tujuan, kepuasan atau rasa aman. Individu tidak dapat menunda sementara atau menemukan alternatif lain.
- c. Pasif : Perilaku yang ditandai dengan perasaan tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya sebagai usaha mempertahankan hak-haknya. Merasa kurang mampu, harga diri rendah, pendiam, malu, sulit diajak bicara.
- d. Agresif : Suatu perilaku yang menyertai marah merupakan dorongan mental untuk bertindak dan masih terkontrol.
- e. Amuk : Rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri sehingga dapat merusak diri dan lingkungan.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Nita Fitria (2010) mengemukakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- 1) Fisik
 - a) Mata melotot/pandangan tajam
 - b) Tangan mengepal
 - c) Rahang mengatup
 - d) Wajah memerah dan tegang
 - e) Postur tubuh kaku
- 2) Verbal
 - a) Mengancam secara verbal atau fisik
 - b) Mengumpat dengan kata-kata kotor
 - c) Berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus

3) Perilaku

- a) Menyerang orang lain
- b) Melukai diri sendiri/orang lain
- c) Merusak lingkungan
- d) Amuk/agresif

4) Emosi

- a) Tidak adekuat
- b) Tidak aman dan nyaman
- c) Merasa terganggu, dendam, dan jengkel
- d) Tidak berdaya
- e) Bermusuhan
- f) Mengamuk, ingin berkelahi
- g) Menyalahkan dan menuntut

5) Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.

6) Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.

7) Sosial

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

8) Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

2.2.5 Penatalaksanaan

1) Psikofarmakologi

Anti-anxiety dan *Sedative-Hipnotics*. Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi akut. benzodiazepines seperti Lorazepam dan Clonazepam, sering digunakan dalam keadaan darurat psikiatrik untuk menenangkan perlawanan klien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan, juga bisa memperburuk simptom depresi. Selanjutnya, pada beberapa klien yang mengalami disinhibiting effect dari benzodiazepines, akan muncul perilaku agresif. Buspirone obat ansietas, efektif mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi.

Antidepressants, penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsif dan perilaku agresif klien yang berkaitan dengan perubahan mood. Amitriptyline dan Trazodone, efektif untuk menghilangkan agresivitas yang berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organik.

Pemberian Carbamazepines dapat mengendalikan perilaku agresif pada klien dengan masalah EEG (*Electroencepalograms*).

Antypsichotic, obat-obatan ini biasanya digunakan untuk perawatan perilaku agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat

ini akan membantu, namun diberikan hanya 1-2 minggu sebelum efeknya dirasakan.

Medikasi lain : banyak kasus menunjukkan bahwa pemberian Naltrexone (antagonis opiat), dapat membantu menurunkan perilaku mencederai diri. Betablockers seperti Propranolol dapat menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan pada klin dengan gangguan mental organik.

2) Pengekangan fisik

Ada 2 macam pengekangan fisik yaitu secara mekanik menggunakan manset, sprei pengekang, dan secara isolasi yaitu menempatkan klien dalam sebuah ruangan dimana klien tidak bisa keluar atas kemauannya sendiri.

Indikasi pengekangan:

- a) Perilaku amuk yang membahayakan diri sendiri atau orang lain.
- b) Perilaku agitasi yang tidak dapat dikendalikan diri sendiri atau orang lain.
- c) Ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakan klien untuk beristirahat, makan, dan minum.
- d) Permintaan klien untuk pengendalian perilaku eksternal.

Pastikan tindakan ini telah dikaji dan berindikasi terapeutik.

3) Pengekangan dengan sprei basah dan dingin.

Klien dapat di imobilisasi dengan membalutnya seperti mummi dalam lapisan sprei dan selimut. Lapisan paling dalam

terdiri atas sprei yang telah direndam dalam air es. Meskipun awalnya dingin, balutan akan segera menjadi hangat dan menenangkan. Hal ini dilakukan pada perilaku amuk atau agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan obat.

2.2.6 Mekanisme Koping

Menurut Yosep (2010), mekanisme koping adalah setiap upaya yang di implementasikan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

1) Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya orang yang sedang marah melampiaskan amarahnya dengan meninju tembok, memukul bantal, dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2) Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia memiliki perasaan suka terhadap rekan kerjanya, justru berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba untuk merayunya.

3) Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seorang anak yang benci pada orang tuanya, akan tetapi ia ingat bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya dapat dilupakan.

4) Reaksi formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

5) *Displacement*

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada objek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena mencoret-coret dinding, dia kan mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang di perlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008)

Data yang dikumpulkan bisa berupa data objektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat. Sedangkan data subjektif yaitu data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarganya. Data ini didapat melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarganya (Keliat, 2012).

Menurut Keliat (1998) dalam Azizah & dkk (2016), untuk dapat menyaring data yang diperlukan, umumnya yang dikembangkan adalah formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Sistematika pengkajian meliputi :

1. Identitas klien, meliputi :

Nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian nomor rekam medik, diagnosa medis dan identitas penanggung jawab.

2. Alasan masuk dan faktor presipitasi

- a) Alasan masuk

(1) Apa penyebab klien dibawa ke rumah sakit oleh keluarga?

(2) Apa penyebab klien melakukan kekerasan?

(3) Apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah tersebut? Biasanya pada klien risiko perilaku kekerasan keluarga akan melakukan tindakan mengurung klien atau memasung klien

(4) Bagaimana hasilnya ? Biasanya pada klien risiko perilaku kekerasan sering mengungkapkan kalimat yang bernada ancaman, kata-kata kasar atau kotor, ungkapan ingin

memukul atau memecahkan perabotan rumah tangga. Pada saat berbicara wajah klien tampak merah dan tegang, pandangan mata tajam, rahang mengatup, dan tangan mengepal.

b) Faktor presipitasi

Faktor pencetus atau penyebab langsung klien dibawa ke rumah sakit. Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda antara satu orang dengan yang lain. Bisa secara biologis seperti gangguan pada otak, putus obat. Bisa secara psikologis yaitu perasaannya terhadap stressor. Bisa juga secara sosial yaitu stressor di lingkungan seperti keluarga, pendidikan, ekonomi, dan pekerjaan

3. Faktor Predisposisi

- a) Menanyakan apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu?
- b) Bagaimana hasil dari pengobatan sebelumnya?
- c) Menanyakan kepada klien mengenai perasaan yang tidak menyenangkan seperti perasaan ditolak, dihina, dianiaya, atau saksi penganiyaan.
- d) Menanyakan kepada klien mengenai pengalaman yang tidak menyenangkan seperti kegagalan yang dapat menimbulkan halusinasi.

- e) Menanyakan kepada klien atau keluarga, adakah anggota keluarga yang juga mengalami gangguan jiwa. Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan jiwa (Keliat, 2009).

4. Pemeriksaan fisik menurut Keliat (2009)

- a) Mengobservasi TTV : tekanan darah (mmHg), nadi (x/menit), suhu, pernapasan (x/menit)
- b) Ukur berat badan (kg), tinggi badan (cm)
- c) Adakah keluhan fisik yang dirasakan, bila ada kaji lebih lanjut tentang sistem dan fungsi organ sesuai dengan keluhan yang dirasakan klien.

Umumnya pada klien dengan risiko perilaku kekerasan tekanan darah akan meningkat, pernapasan meningkat, napas dangkal, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil (Azizah & dkk, 2016)

5. Psikososial

- a) Genogram

Biasanya menggambarkan klien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

(1) Genogram dibuat 3 generasi

(2) Gambarkan jika ada riwayat perceraian

- (3) Gambarkan jika ada anggota keluarga yang meninggal dan penyebab meninggal
- (4) Gambarkan klien tinggal serumah dengan siapa saja
- (5) Jelaskan bagaimana pola komunikasi antar anggota keluarga
- (6) Jelaskan siapa pengambil keputusan dalam keluarga
- (7) Tanyakan pola asuh orang tua terhadap anak terutama pada klien

b) Konsep diri

(1) Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Gambaran diri yang dimiliki klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah pandangan tajam, tangan mengepal, muka memerah.

(2) Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya. Biasanya identitas diri klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah, dan bermusuhan.

(3) Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada klien risiko perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku yang mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

(4) Ideal diri

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

(5) Harga diri

Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan,

kekalahan, dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga. Harga diri yang dimiliki klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah harga diri rendah karena penyebab awal klien marah adalah tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol serta beranggapan dirinya tidak berharga.

c) Hubungan sosial

Hubungan sosial pada klien dengan risiko perilaku kekerasan terganggu karena adanya risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak terkontrol. Selanjutnya dalam pengkajian dilakukan observasi mengenai siapa orang terdekatnya, adanya hubungan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

d) Spiritual

- (1) Nilai dan keyakinan, tanyakan pandangan dan keyakinan klien tentang gangguan jiwa sesuai dengan budaya dan agama yang dianut, pandangan masyarakat setempat mengenai gangguan jiwa.
- (2) Kegiatan ibadah, tanyakan kegiatan ibadah yang diikuti secara individu maupun kelompok, misalnya sholat, dan lain-lain.

(3) Kepuasan dalam menjalankan keyakinan, tanyakan kepada klien dan keluarga pandangannya terkait kegiatan ibadah. Pada klien dengan risiko perilaku kekerasan nilai spiritual dianggap tidak berguna.

6. Status Mental

a) Penampilan

Pada klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi dan kondisi, rambut kotor dan tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b) Pembicaraan

Amati pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan. Biasanya pada klien dengan risiko perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, menggunakan kata-kata kotor

c) Aktivitas motorik

(a) Lesu, tegang, gelisah, tidak bisa tenang

(b) Agitasi : Gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan seperti mondar mandir

(c) TIK : Gerakan-gerakan kecil pada otot wajah yang tidak terkontrol.

(d) Grimasen : Gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol klien.

(e) Tremor : jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menunjukkan tangan dan merentangkan tangan

(f) Kompulsif : pengulangan aktifitas seperti mencuci tangan berulang kali, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan lainnya (Keliat, 2010).

d) Afek dan Emosi

(a) Datar : tidak ada perubahan raut muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.

(b) Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat seperti ditepuk atau diberikan pertanyaan dengan intonasi yang keras.

(c) Labil : Labil : emosi yang cepat berubah-ubah.

(d) Tidak sesuai : emosi yang tidak sesuai dengan stimulus yang ada.

Pada klien dengan risiko perilaku kekerasan afek yang muncul adalah labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, melempar atau membanting barang, berteriak teriak, melukai diri sendiri maupun orang lain.

e) Interaksi selama wawancara

Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya tampak tidak kooperatif, mudah tersinggung, mudah marah, merasa pendapatnya paling benar atau defensif, curiga atau

menunjukkan sikap tidak percaya pada pewawancara, sinis, menolak dengan kasar. Bermusuhan :dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f) Persepsi

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya.

g) Proses fikir

(1) Sirkumstansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.

(2) Tengensial : pembicaraan yang berbelit-belit, namun tidak sampai tujuan pembicaraan.

(3) Kehilangan asosiasi : pembicaraan yang tidak berhubungan antara satu kalimat dengan kalimat lain dan klien tidak menyadari.

(4) *Flight Off Ideas* : pembicaraan yang mneloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis, dan tidak sampai tujuan pembicaraan.

(5) *Bloking* : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal, kemudian dilanjutkan Kembali.

(6) *Perseverasi* : pembicaraan yang di ulang berkali-kali

Proses pikir atau arus pikir pada klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah cenderung hidup dalam pikirannya sendiri,

hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham, dan halusinasi yang cenderung menyenangkan dirinya (Keliat, 2010).

h) Isi Pikir

(1) Obsesi : pikiran yang selalu muncul meskipun klien berusaha menghilangkannya

(2) Phobia : ketakutan yang tidak logis terhadap suatu objek/situasi tertentu.

(3) Depersonalisasi : perasaan klien asing terhadap diri sendiri, orang lain atau lingkungan.

(4) Ide yang terkait : keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.

(5) Waham:

(a) Agama: keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

(b) Somatik: klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

(c) Kebesaran: klien mempunyai keyakinan terhadap kemampuan yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

(d) Curiga: klien memiliki keyakinan bahwa seseorang atau kelompok yang berusaha untuk mencelakai yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

(e) Nihilistik: klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia yang secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

(f) Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.

(g) Pikiran magis: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil di luar kemampuannya.

i) Tingkat Kesadaran

(1) Bingung: tampak bingung dan kacau

(2) Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.

(3) Stupor : gangguan motorik seperti ketakutan, Gerakan gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat dikatakan dalam sikap canggung (kaku) dan dipertahankan klien, tetapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungan.

Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan cenderung disorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang.

j) Memori

(1) Gangguan daya ingat jangka panjang : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.

(2) Gangguan daya ingat jangka pendek : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir

(3) Gangguan daya ingat saat ini : tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi

(4) Konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita tidak benar untuk menuju gangguan daya ingat.

Memori klien dengan risiko perilaku kekerasan masih bisa mengingat kejadian jangka pendek maupun jangka panjang

k) Tingkat konsentrasi dan berhitung

a) Mudah dialihkan : pertahanan klien mudah bergantian dari satu objek ke objek lainnya

b) Tidak mampu berkonsentrasi : klien selalu meminta agar pertanyaan diulang atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.

c) Tidak mampu berhitung : tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan pada benda-benda nyata.

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

l) Kemampuan penilaian (Maramis, 2005)

- a) Kegagalan dalam mengabstrakkan sesuatu
- b) Tidak dapat mengambil keputusan
- c) Kurangnya penghayatan
- d) Kerusakan penilaian
- e) Pikiran tak logis
- f) Kurang keterampilan dan perencanaan
- g) Ketidakmampuan untuk melakukan tugas

Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

m) Daya Tilik Diri

- a) Mengingkari penyakit yang diderita : tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.
- b) Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : menyalahkan orang lain/lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.

7. Kebutuhan Perawatan Diri (Maramis, 2010)

a) Makan

Biasanya klien tidak mengalami perubahan.

b) BAB atau BAK

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan saat BAB/BAK.

c) *Personal hygiene*

Biasanya klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, tidak mencuci rambut, tidak menggunting kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau. Klien hanya merawat kebersihan ketika disuruh.

d) *Berpakaian*

Biasanya klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa menggunakan pakaian yang sesuai dan tidak bisa berdandan atau berhias. Klien juga jarang menggunakan alas kaki.

e) *Istirahat dan tidur*

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti gosok gigi, cuci muka, cuci kaki, dan berdoa. Begitu juga sesudah bangun tidur, klien tidak akan merapikan tempat tidur, gosok gigi, ataupun mandi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kualitas tidurnya pun berubah-ubah kadang nyenyak kadang gelisah.

f) *Penggunaan Obat*

Apabila klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur karena klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika berhenti minum obat.

g) *Pemeliharaan kesehatan*

Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, tidak peduli tentang bagaimana cara merawat dirinya dengan baik

h) Aktivitas di dalam rumah

Klien diharapkan mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri, dan mengatur pengeluaran sehari-hari.

i) Aktivitas di luar rumah

Klien gangguan jiwa mengalami kesulitan untuk beraktivitas di luar rumah seperti belanja keperluan sehari-hari.

8. Mekanisme Koping

a) Adaptif

Saat menghadapi suatu masalah, klien akan berbicara dengan orang lain, menerapkan teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, serta mampu menyelesaikan masalah.

b) Maladaptif

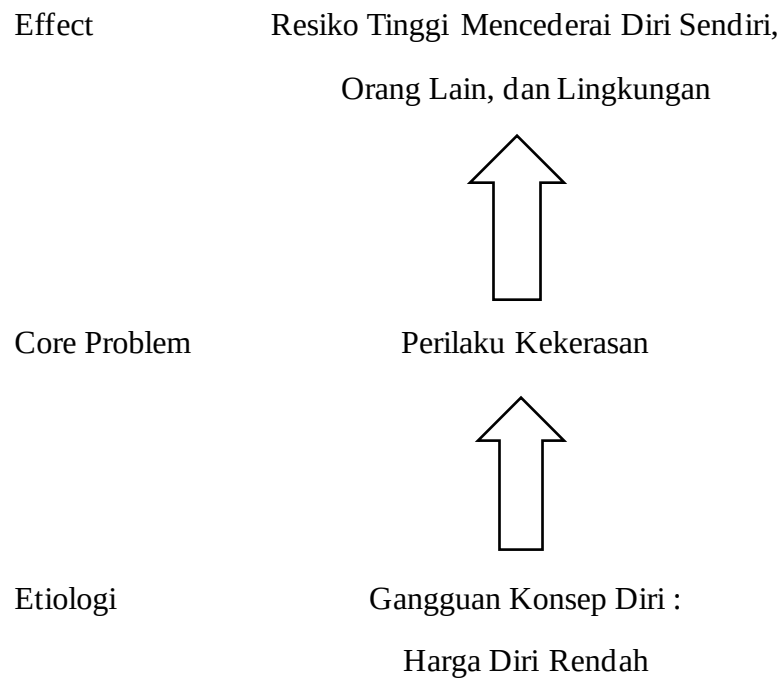
Saat menghadapi suatu masalah klien biasanya menunjukkan perilaku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul orang lain, atau merusak perabotan yang ada di rumah.

Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya menggunakan respon maladaptif saat menghadapi suatu permasalahan.

9. Pengetahuan

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan kurang mengetahui tentang penyakitnya, juga akibat dari berhenti konsumsi obat dan fungsi obat yang dikonsumsi (Hulu, 2022).

2.3.2 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

Keterangan :

Pada orang dengan gangguan konsep diri salah satunya adalah harga diri rendah yang disebabkan oleh adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari orang-orang atau lingkungan sekitar dan status sosial ekonomi yang rendah dapat menimbulkan adanya amarah sebagai sikap pertahanan diri individu. Namun karena rentang respon marah yang maladaptif, perilaku tersebut dapat menjadi perilaku kekerasan yang ditandai dengan nada bicara yang meninggi, sikap tubuh tegang, tangan mengepal, mata melotot dan

rahang mengeras, yang jika tidak di kontrol dengan benar dapat mengakibatkan resiko mencederai diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1) Perilaku kekerasan dapat diartikan sebagai keadaan ketika individu mengalami perilaku yang secara fisik dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain (Nita Fitria, 2009)

a) Data Subjektif

(1) Klien mengatakan benci atau kesal kepada seseorang.

(2) Klien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah.

(3) Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya

b) Data Objektif

(1) Mata merah, wajah agak merah.

(2) Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai : berteriak, menjerit, memukul diri sendiri/orang lain.

(3) Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam.

(4) Merusak dan melempar barang-barang.

2) Faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah perilaku kekerasan, antara lain sebagai berikut :

a) Ketidak mampuan mengendalikan dorongan marah

b) Stimulus lingkungan

c) Konflik interpersonal

- d) Status mental
- e) Putus obat
- f) Penyalahgunaan narkoba atau alkohol

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

2.3.4.1 Perilaku Kekerasan

A. Tindakan Keperawatan Pada Pasien (Keliat, 2010)

1. Tujuan Umum

Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan.

2. Tujuan Keperawatan

- a) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- b) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
- c) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- d) Pasien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- e) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya.
- f) Pasien dapat mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka.

3. Tindakan Keperawatan

- a) Bina Hubungan Saling Percaya

Dalam membina hubungan saling percaya, pasien harus merasa aman dan nyaman saat bertindak dengan perawat. Tindakan yang harus dilakukan perawat dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah:

- (1) Mengucapkan salam terapeutik
- (2) Berjabat tangan
- (3) Menjelaskan tujuan interaksi
- (4) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.

b) Diskusi bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan lalu.

c) Diskusi perasaan, tanda gejala dan yang dirasakan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.

- (1) Diskusi tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik.
- (2) Diskusi tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis.
- (3) Diskusi tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial.
- (4) Diskusi tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.

d) Diskusi bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat marah :

- (1) Verbal

- (2) Terhadap Orang lain.
- (3) Terhadap diri sendiri
- (4) Terhadap lingkungan
- e) Diskusi bersama pasien akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan.
- f) Diskusi bersama pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan, yaitu dengan cara berikut :
 - (1) Fisik: Pukul kasur/bantal, tarik napas dalam
 - (2) Obat
 - (3) Sosial/verbal
 - (4) Spiritual
- g) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal
 - (1) Latihan napas dalam dan pukul kasur/bantal.
 - (2) Susun jadwal latihan napas dalam dan pukul kasur/bantal.
- h) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal :
 - (1) Bantu mengungkapkan rasa marah secara verbal: Menolak dan meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
 - (2) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.

- i) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual:
 - (1) Bantu pasien mengendalikan marah secara spiritual: kegiatan ibadah yang biasa dilakukan.
 - (2) Buat jadwal latihan ibadah dan doa.
- j) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekepasan dengan patuh minum obat :
 - (1) Bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar waktu, minum obat, benar dosis, benar nama obat, dan benar cara minum obat).
 - (2) Susun jadwal minum obat secara teratur.
- k) Ikut sertakan pasien dalam TAK stimulasi persepsi untuk mengendalikan perilaku kekerasan.

2.3.5 Strategi Pelaksanaan Pada Pasien

1. Strategi Pelaksanaan 1

A. Proses Keperawatan

- 1) Kondisi klien :
 - a) Muka merah dan tegang, pandangan tajam
 - b) Mengatupkan rahang dengan kuat, mengepal tangan
 - c) Jalan mondar mandir, bicara kasar suara tinggi atau berteriak
 - d) Mengancam secara verbal dan fisik

- e) Melempar atau memukul benda/barang lain, merusak barang

2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

3) Tujuan umum klien tidak mencederai diri

- a) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- d) Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
- e) Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- f) Klien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik

B. Tindakan Keperawatan

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mendiskusikan bersama klien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- 3) Mendiskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- 4) Mendiskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah

- 5) Mendiskusikan bersama klien akibat dari perilakunya
- 6) Mendiskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan
- 7) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan

Orientasi :

“Selamat pagi pak perkenalkan nama saya Yessica Nafira, panggil saya Yessica. Saya perawat yang dinas di ruang ini. Hari ini saya dinas pagi mulai jam 7 sampai jam 2 siang. Saya akan merawat bapak, selama bapak di rumah sakit ini. Nama bapak siapa? Dan senang di panggil apa?”

“Bagaimana perasaan bapak saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah? Apa yang terjadi dirumah?”

“Baiklah pak, sekarang kita akan berbincang bincang tentang perasaan marah bapak”

“Berapa lama Bapak ingin kita berbincang-bincang tentang perasaan marah bapak? Bagaimana kalau 30 menit?”

“Bagaimana kalau kita mengobrol diruang tengah?”

Kerja :

“Apa yang menyebabkan Bapak A marah?”

“Apa yang bapak A lakukan jika sedang marah?”

“apakah dengan membanting perabotan rumah Bapak A merasa lega? Apa yang bapak rasakan saat sedang marah?

Jadinya Bapak merasa kesal, kemudian nafas bapak menjadi tidak beraturan, dan tangan bapak A terkepal ya.”

“ Apakah setelah membanting perabotan rumah, istri bapak A tidak lagi menghabiskan banyak waktu di luar? Apakah istri bapak jadi sering banyak berada di rumah?... Iya, tentu tidak. Apa kerugian dari cara yang Bapak A lakukan? Betul, istri dan anak bapak menjadi takut, barang-barang di rumah rusak.”Pak, ada beberapa cara untuk mengendalikan amarah.”

Bagaimana kalau kita belajar mengendalikan amarah satu per satu ? dimulai dengan kegiatan fisik dahulu?”

“Begini Pak Jika Bapak sudah merasa tanda-tanda marah seperti yang Bapak sebutkan tadi, Bapak berdiri kemudian tarik nafas panjang dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan perlahan-lahan melalui mulut. Bagaimana jika Bapak mencobanya?....

Iya, benar seperti itu. tahan sebentar kemudian hembuskan lewat mulut secara perlahan. Silakan ulangi sebanyak 5 kali pak... bagus sekali, Bapak A sudah dapat melakukannya. Bagaimana perasaan bapak?”

“Nah, sebaiknya Bapak A latihan ini secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah muncul, Bapak A sudah terbiasa melakukannya.”

Terminasi :

“ Bagaimana perasaan Bapak setelah mengontrol tentang rasa marah Bapak? bisa Bapak ulangi lagi hal apa yang menyebabkan bapak marah (...) dan yang Bapak rasakan saat marah (...)

kemudian yang Bapak lakukan saat marah (...), serta akibat yang ditimbulkan (...)"

"Sekarang, kita buat jadwal untuk latihan ini ya Pak. Bapak ingin melakukannya berapa kali dalam satu hari? " baik jadi dua kali sehari ya, Pak"

"Bapak, Bagaimana jika nanti siang kita bertemu lagi? Kita latihan cara yang lain untuk mengendalikan marah?"

"Baik siang nanti jam 11 ya, Pak..."

Bapak ingin kita bertemu lagi di sini atau di tempat lain?.... baik, kita bertemu lagi di sini."

" Kalau begitu saya pamit dulu, kita bertemu lagi jam 11 ya, Pak. Selamat Pagi"

2. Strategi Pelaksanaan 2

A. Proses keperawatan

1) Kondisi klien :

- a) Klien mengatakan masih ada rasa marah dan kesal
- b) Klien mau mencoba latihan fisik dengan tarik nafas dalam
- c) Klien kurang tenang, tidak kooperatif, bicara kurang terarah.

2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

3) Tujuan

Klien dapat mencegah dan mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik.

B. Tindakan keperawatan

- 1) Mengevaluasi latihan nafas dalam
- 2) Melatih klien secara fisik ke-2 pukul kasur dan bantal
- 3) Mengajarkan klien menyusun jadwal kegiatan harian ke-2

Orientasi :

“Selamat siang, Bapak A. sesuai janji kita tadi pagi. saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan Bapak kali ini? Adakah hal yang membuat Bapak marah?”

“Karena tadi kita sudah belajar mengendalikan amarah dengan cara napas dalam, sekarang kita latihan cara yang kedua ya Pak.”

“Bapak ingin berapa lama ? Baik, 15 menit.”

Kerja :

“Bapak, cara yang kedua adalah dengan memukul kasur atau bantal. Jika Bapak merasa dada berdebar-debar, mengepal tangan, dan merasa kesal, Bapak bisa memukul kasur atau bantal.”

“Sekarang kita latihan memukul bantal/ kasur, ya pak, kamar bapak di mana?”

“Nah, sekarang Bapak pukul kasur atau bantal. iya, betul sekali Bapak melakukannya.”

“Bapak bisa melakukan ini jika Bapak merasa marah. hal ini bisa jadi pelampiasan rasa marah bapak. kemudian jangan lupa untuk merapikan tempat tidur lagi ya, pak”

Terminasi :

“Bagaimana perasaan Bapak setelah menyalurkan rasa marah?”

“Bisa Bapak Sebutkan lagi cara apa saja yang sudah kita latih untuk melampiaskan rasa marah? (...) “Iya, ya betul sekali Pak!”

“Kau begitu, kita masukkan latihan ini dalam jadwal latihan harian ya Pak.”

“Bapak ingin melakukan latihan memukul kasur/bantal Pukul berapa? Baik, jam jam 10 pagi dan jam 4 sore ya pak. kemudian, jika ada rasa marah, Bapak lakukan kedua cara tadi ya Pak.”

“Bapak ingin bertemu lagi kapan pak? Kita akan berlatih cara yang lain untuk mengendalikan marah” (...) “ Besok siang jam 2 kita bertemu di ruang tengah lagi ya pak”

“Selamat Siang”

3. Strategi Pelaksanaan 3

A. Proses Keperawatan

1) Kondisi klien:

- a) Klien mau latihan memukul kasur/bantal
- b) Klien mengatakan perasaannya sudah tenang
- c) Klien tenang, kooperatif, bicara terarah.

2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

3) Tujuan

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal.

B. Tindakan keperawatan

- 1) Mengevaluasi latihan memukul kasur/bantal
- 2) Melatih klien mengungkapkan rasa marah secara verbal :
menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaannya dengan baik
- 3) Mengajarkan klien menyusun jadwal kegiatan harian (latihan secara verbal).

Orientasi :

“Selamat siang Pak A. Sesuai janji saya kemarin, kita bertemu lagi. Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Apakah Bapak A sudah makan? Bagaimana Pak, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur? Apa yang Bapak rasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Apakah berkurang rasa marahnya?”

“Boleh saya lihat jadwal harian bapak? wah, bagus sekali. Nah, sekarang kita tambahkan keterangan pada kolomnya ya pak. Jika Bapak latihan sendiri bisa ditulis M, jika dibantu perawat tulis B, jika tidak melakukan tulis T.”

“Bagaimana kalau hari ini kita latihan cara yang lain? kali ini kita berlatih mengendalikan amarah dengan bicara.”

“Bapak ingin berbicara di mana? Di sini saja? baiklah.”

“Bapak ingin berapa lama berbincang dengan saya? Bagaimana kalau 30 menit?”

Kerja :

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Jika Bapak A sudah menyalurkan marah dengan nafas dalam dan memukul bantal/kasur, kemudian merasa lega, kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah.

Caranya :

Yang pertama, meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin bapak bilang penyebab marah karena istri sering berada di luar rumah. Coba bapak bilang dengan baik, katakan, Bu, pekerjaan rumah belum beres, sebaiknya ibu melakukan pekerjaan rumah dahulu, baru berbincang dengan tetangga.”

“Coba bapak praktikkan. Betul, seperti itu Pak.”

“Yang kedua yaitu menolak dengan baik. Jika ada yang menyuruh dan Bapak tidak ingin melakukannya, katakan, “maaf, saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan.” Coba bapak praktikkan. Bagus Pak.”

“Dan yang ketiga mengungkapkan perasaan kesal. Jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal, Bapak dapat mengatakan, “saya jadi ingin marah Karena ucapanmu itu.” Coba Bapak praktikkan. Iya, bagus Pak.”

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita mengobrol tentang cara mengendalikan marah dengan bicara yang baik?”

“Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang sudah kita latih. Bagus sekali! Sekarang, mari kita tambahkan ke jadwal latihan harian ya Pak. Bapak ingin berlatih bicara berapa kali dalam sehari?”

“Coba bapak masukkan ke dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dan lain-lain. Nanti coba ya pak.”

“Kapan lagi kita bertemu untuk latihan cara yang lain Pak? bagaimana kalau 3 jam lagi?”

“Kita bertemu lagi di sini ya pak. Terima kasih untuk waktunya”

“Selamat Siang”

4. Strategi Pelaksanaan 4

A. Proses keperawatan

1) Kondisi klien

- a) Klien mau latihan bicara dengan baik
- b) Klien mengatakan perasaannya sudah tenang
- c) Klien tenang, kooperatif, bicara terarah

2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

3) Tujuan

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

B. Tindakan keperawatan

- 1) Mendiskusikan hasil mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal
- 2) Melatih klien sholat/berdoa

Orientasi :

“Selamat sore Pak. Sesuai janji saya tadi, kita bertemu lagi di sini.”

“Bagaimana dengan latihannya Pak? Apakah sudah dilakukan?”

“Bagaimana rasa marah bapak?”

“Jadi, kali ini kita berlatih mengendalikan marah dengan ibadah sesuai agama bapak.”

“Bagaimana ingin mengobrol di mana? Di sini saja?”

“Berapa lama Bapak A ingin kita berbincang? Bagaimana kalau 30 menit?”

Kerja :

“Coba bapak ceritakan, Ibadah apa saja yang biasa Bapak A lakukan”

“Baik, yang mana dulu yang ingin bapak coba?”

“Kegiatan Ibadah apa yang ingin Bapak lakukan di rumah sakit? Coba Bapak pilih dua kegiatan ya” “Mari kita coba lakukan. Bagus, sekarang bapak bisa melakukan ibadah secara teratur untuk meredakan amarah.”

Terminasi :

“Bagaimana perasaan Bapak setelah mengobrol dengan saya?”

“Jadi, Sudah berapa cara yang kita latih untuk mengendalikan amarah bapak?”

“Nah, Sekarang kita masukkan kegiatan ibadah kedalam jadwal harian ya pak. Bapak ingin berapa kali sehari melakukan ibadah?”

“Coba bapak sebutkan lagi kegiatan ibadah yang ingin Bapak A lakukan (...) Iya, bagus.”

“Setelah ini, coba bapak lakukan kegiatan ibadah sesuai yang kita telah buat. dan perhatikan apakah rasa marah Bapak sudah berkurang atau belum”

“Besok kita bertemu lagi ya pak. Kita latihan cara mengendalikan amarah dengan patuh minum obat. Bapak ingin bertemu jam berapa? baik, jam 8 pagi ya pak”

“Di mana bapak ingin bertemu lagi? Bagaimana kalau di sini?”

“Baik, Selamat Istirahat Pak. Selamat Sore”

5. Strategi Pelaksanaan 5

A. Proses keperawatan

1) Kondisi klien :

- a) Klien mampu latihan doa dan solat
- b) Klien mengatakan sudah tidak kesal lagi
- c) Klien tenang, kooperatif, dan mau melakukan kegiatan

2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

3) Tujuan

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat.

B. Tindakan keperawatan

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih

- 2) Melatih klien meminum obat secara teratur dengan 5 benar, disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti meminum obat.

Orientasi :

“Selamat pagi, Pak. kita bertemu lagi di sini, sesuai janji kita kemarin. Bagaimana Pak, sudah Bapak lakukan latihan tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur dan beribadah? Coba kita cek kegiatannya. Bagus!. Bagaimana dengan rasa marah yang Bapak rasakan? Apakah berkurang?”

“Kali ini, kita akan belajar mengendalikan amarah dengan meminum obat yang benar. Di mana kita mengobrol? di sini? Berapa lama Bapak ingin mengobrol? Bagaimana kalau 15 menit?”

Kerja :

(perawat membawa obat pasien)

“Bapak sudah mendapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang Bapak minum? warna apa saja? jam berapa Bapak minum obat?”

“Obatnya ada ada tiga macam Pak. warna orange namanya CPZ gunanya supaya pikiran Bapak tenang. Yang putih namanya THP agar Bapak merasa rileks dan tidak tegang. dan yang merah jambu ini namanya HLP agar rasa marah Bapak berkurang. Semua harus Bapak minum tiga kali sehari jam 7 pagi, jam 2 siang dan jam 8 malam.”

“Jika nanti setelah meminum obat mulut Bapak terasa kering, Bapak minum air putih, jika mata bapak berkunang-kunang sebaiknya Bapak istirahat dan jangan beraktivitas terlebih dahulu.”

“Nanti di rumah sebelum minum obat ini, ini bapak lihat dulu label nya, Apakah benar nama bapak tertulis di label itu, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja Bapak harus minum obat, baca juga Apakah nama obatnya sudah benar. Di sini, Bapak minta obat pada perawat kemudian cek lagi Apakah benar obatnya.”

“Jangan pernah berhenti minum obat sebelum konsultasi dengan dokter ya pak, karena dapat menyebabkan kekambuhan.”

“Sekarang kita masukkan minum obat ke dalam jadwal harian Bapak.”

Terminasi :

“Bagaimana perasaan Bapak setelah mengobrol dengan saya?”

“Coba Bapak Sebutkan lagi jenis obat yang Bapak minum apa saja? waktu minum nya masing-masing jam berapa?”

“Nah, sekarang Coba bapak Sebutkan lagi latihan apa saja yang sudah kita pelajari? kita tambahkan jadwal minum obat juga ya.”

“Jangan lupa untuk melaksanakan jadwal latihan secara teratur ya pak”

“Besok kita bertemu lagi untuk melihat seberapa jauh bapak melaksanakan kegiatan dan sejauh mana bapak dapat mencegah rasa marah. Sampai jumpa besok Pak”

“Selamat Pagi”

2.3.6 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan (Muhith, 2015).

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien didokumentasikan (Prabowo, 2014).

2.3.7 Evaluasi

Menurut Prabowo (2014), evaluasi adalah proses keberlanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam SOAP (Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning).

S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan pasien (apa saja yang dikatakan pasien, keluarga pasien dan orang terdekat pasien)

O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

A (Assessment) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi pasien

P (Planning) : yaitu rencana tindak keperawatan mengatasi masalah pasien selanjutnya

2.3.8 Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menemukan diagnose keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum.