

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan kepribadian yang terbelah, yaitu hilangnya sebagian besar hubungan kesadaran yang logis antara tubuh dan jiwa (disintegrasi), sehingga dalam beberapa keadaan perilakunya tidak sejalan dengan keadaan emosinya. Hal ini terjadi karena secara mental, kepribadian penderita gangguan ini memang terbelah sehingga mempunyai kecenderungan tubuhnya hidup pada satu dunia tetapi jiwanya berada pada dunia yang lain yang menyebabkan penderita cenderung dianggap "gila" (Ardani, 2008).

Skizofrenia adalah gangguan kronis yang melemahkan dan menyentuh setiap aspek kehidupan orang yang terpengaruh. Orang dengan *skizofrenia* secara tidak langsung akan terpisah dari masyarakat sekitar. Mereka gagal menjalankan fungsi dan peran yang diharapkan sebagai siswa, pekerja, atau pasangan, dan keluarga serta komunitas. Serta orang-orang disekitarnya pun menjadi tidak toleran dengan perilaku dan sikap menyimpang yang dimunculkan (Nevid, dkk., 2018). *Skizofrenia* umumnya berkembang saat masa remaja akhir atau dewasa awal, saat dimana anak muda sedang mencari jalan dari keluarga ke dunia luar. *Skizofrenia* lebih sering menimbulkan ketakutan, kesalah pahaman, dan kecemasan dari pada simpati dan

perhatian. *Skizofrenia* menyerang perasaan seseorang, memisahkan pikiran dari hubungan mendalam antara pikiran dan emosi, dan mengisinya dengan persepsi yang terganggu, gagasan palsu, dan konsepsi yang tidak logis.

2.1.2 Etiologi

Videbeck (2020) menyatakan bahwa *skizofrenia* dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

1) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari *skizofrenia*. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita *skizofrenia* tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat *skizofrenia* masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita *skizofrenia* memiliki resiko 15% angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita *skizofrenia*.

2) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita *skizofrenia* memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau

kehilangan jaringan selanjutnya. Computerized Tomography (CTScan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan Positron Emission Tomography (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita *skizofrenia*.

3) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita *skizofrenia*. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita *skizofrenia*, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. *Skizofrenia* yang

parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini

3) Faktor sosial kultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala *skizofrenia* lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor presipitasi

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan Ambang

Toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

4) Faktor genetik

Kejadian *skizofrenia* dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor pertama genetik adalah keturunan bahwa seseorang yang memiliki kekerabatan dekat dengan penderita *skizofrenia*, maka semakin besar risiko seseorang tersebut untuk mengalami gangguan *skizofrenia* (Handayani et al., 2017).

5) Faktor biokimia

Faktor biokimia terdiri atas aktivitas dopamin. *Skizofrenia* disebabkan karena terlalu banyaknya aktivitas dopaminergik. Neuron dopaminergik dalam jalur mesokortial dan jalur mesolimbik berjalan dari badan selnya diotak tengah menuju neuron dopaminseptik disistem limbik dan korteks serebral (Fitra, 2013).

6) Faktor psikososial

Faktor ketiga stresor psikososial adalah setiap keadaan yang menimbulkan perubahan dalam hidup seseorang sehingga memaksa seseorang untuk melakukan penyesuaian diri (adaptasi) guna menanggulangi stresor (tekanan mental). Masalah stresor psikososial dapat digolongkan dalam masalah perkawinan, masalah hubungan interpersonal, faktor keluarga dan faktor psikososial lain (penyakit fisik, korban kecelakaan atau bencana alam, masalah hukum, perkosaan, dan lain-lain) (Handayani et al., 2017).

2.1.3 Klasifikasi *Skizofrenia*

Pembagian *Skizofrenia* yang dikutip dalam buku (Prabowo, 2014), antara lain :

1. *Skizofrenia Simplex*

Sekizofrenia ini sering terjadi saat pertama kali pada masa pubertas. Gejalanya seperti ketidakstabilan emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi sulit untuk ditemukan dan dievaluasi.

2. *Skizofrenia Hebefrenik*

Biasanya timbul pada masa remaja antara umur 15 sampai 25 tahun. Gejala yang sering terlihat yaitu gangguan proses berfikir dan adanya depersenalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada *skizofrenia* hebefrenik. Waham dan halusinasi sering terjadi.

3. *Skizofrenia Katatonia*

Seseorang dengan *skizofrenia* katatonik dicirikan dengan perilaku yang tidak normal dalam bentuk keadaan tidak bergerak sama sekali seperti orang pingsan, namun sebenarnya sepenuhnya sadar terhadap lingkungan dan dirinya sendiri. Timbul pada umur 15-30 tahun dan kadang kala bersifat akut serta sering di dahului oleh stress emosional.

4. *Skizofrenia* Paranoid

Gejala yang paling terlihat yaitu waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

5. *Skizofrenia* Akut

Gejalanya muncul tiba-tiba dan pasien seperti dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar - samar, keadaan ini muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. *Skizofrenia* Residual

Gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali mengalami *skizofrenia*.

7. *Skizofrenia* Skizo Afektif

Afektif gejala yang paling terlihat secara bersamaan gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (psiko-manik). Jenis ini cenderung

untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.1.4 Manifestasi Klinis

a. *Skizofrenia Simpleks*

- 1) Hilangnya hasrat dan ambisi secara perlahan dan bertahap
- 2) Penarikan diri dari situasional
- 3) Penurunan fungsi okupasional dan akademik
- 4) Muncul secara berkala gejala negatif seperti afek mendatar, agolia, dan avolition
- 5) Hubungan interpersonal yang buruk
- 6) Gangguan mood
- 7) Gangguan ansietas
- 8) Demensia, atau retardasi mental dan bukan disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat atau kondisi medis umum

b. *Skizofrenia Hebefrenik*

- 1) Regresi kacau
- 2) Sikap nonkonstruktif dan tak bertujuan
- 3) Gangguan pikir
- 4) Kontak dengan realitas buruk
- 5) Perilaku sosial berantakan
- 6) Respons emosional yang tidak sesuai
- 7) Tertawa tanpa alasan yang jelas

c. *Skizofrenia Katatonik*

- 1) Gangguan fungsi motorik (stupor, rigiditas, negativisme, eksitasi,

atau berpostur)

2) Beresiko menyakiti diri sendiri atau orang lain

3) Manerisme (perbuatan yang dilakukan berulang dan bersifat aneh)

d. *Skizofrenia Paranoid*

1) Waham dan halusinasi audiotori

2) Respons emosional maladaptif

3) Regresi Kemampuan Mental

4) Tegang

5) Mudah Curiga

6) Terkadang Bersikap Agresif

7) Pengendalian Diri Masih Adekuat

e. *Skizofrenia Akut*

Pada penderita ditemukan gejala psikotik yang menonjol, tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid katatonik, hebefrenik, residual dan depresi pasca- *skizofrenia*

f. *Skizofrenia Residual*

1) Perlambatan psikomotor

2) Aktivitas menurun

3) Afek menumpul

4) Pasif

5) Gangguan komunikasi verbal yang buruk

g. *Skizofrenia Skizo Afektif*

1) Gejala skizofrenia masih ada meski tidak dominan

- 2) Gejala sangat menyerupai skizofrenia residual dan efek pengobatan antipsikotik yang bisa digunakan

2.1.5 Patofisiologi

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 (Buchanan, 2010). 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 demifrenia menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Buchanan, 2010).

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 hilangnya beberapa gejala klinis *skizofrenia*, yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, seperti

dapat berupa penarikan diri (whitdrawal) dan perilaku aneh (Buchanan, 2010).

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut (Nurarif & Kusuma Hardhi, 2015) dalam Aplikasi Nanda NIC-NOC, sebagai berikut :

- a. Penggunaan obat antipsikosis Terdapat 3 macam obat antipsikotik, yaitu:

- a) Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional. Contoh obat antipsikotik konvensional yaitu antara lain :

- 1) Haldol (haloperidol) Sediaan haloperidol tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari.

- 2) Stelazine (trifluoperazine) Sediaan trifluoperazine tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.

- 3) Mellaril (thioridazine) Sediaan thioridazine tablet 50 dan 100 mg, dosis 150-600 mg/hari.

- 4) Thorazine (chlorpromazine) Sediaan chlorpromazine tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.

- 5) Trilafon (perphenazine) Sediaan perfenazin tablet 2,4,8mg, dosis 12-24 mg/hari.

- 6) Prolixin (fluphenazine)

b) Newer atypical antipsychotics

Obat yang termasuk golongan ini disebut atipikal karena cara kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Beberapa contoh newer atypical antipsychotics yang tersedia, antara lain :

Risperido, Seroquel (quetiapine)., Zyprexa (olanzapine).

c) Clozaril (clozapine)

Clozaril memiliki efek samping yang jarang namun sangat serius dimana pada kasus yang jarang ada 1 persen, clozaril dapat menurunkan sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Ini artinya, pasien yang mendapat clozaril harus memeriksa sel darahnya secara reguler.

- b. Terapi elektro konvulsif (ECT) Terapi ini digunakan dalam menangani klien skizofrenia dengan intensitas 20 - 30 kali terapi. Biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali).
- c. Pembedahan bagian otak (lobotomi)
- d. Perawatan di rumah sakit (Hospitalization)
- e. Psikoterapi
 - a) Psikoanalisis tujuan terapi psikoanalisis ini menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasannya.

b) Terapi perilaku (Behavioristik) Terapi perilaku menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku nyata. Paul dan lentz menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian :

1. Social learning

program Menolong penderita *skizofrenia* untuk mengajari perilaku-perilaku yang sesuai.

2. Social skill training

Terapi ini digunakan untuk melatih keterampilan sosial pasien.

c) Terapi humanistik

d) Terapi kelompok dan terapi keluarga.

2.2 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Risiko Perilaku kekerasan merupakan suatu perilaku yang rentan dimana seseorang dapat membahayakan fisik baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan dimana perilaku kekerasan ini dapat dilakukan secara verbal maupun fisik dengan tingkah laku yang tidak terkontrol. Risiko Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Sedangkan risiko perilaku kekerasan pada orang lain adalah tindakan agresif yang ditunjukkan untuk melukai atau membunuh orang lain. Dan risiko perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, gunting,

dan semua yang ada di sekitar lingkungan tersebut. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015).

Risiko perilaku kekerasan menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) adalah suatu individu yang rentan melakukan perilaku yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain secara fisik dan emosional. Perilaku kekerasan dapat berupa verbal, fisik, dan lingkungan.

2.2.2 Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teori dan aplikasi praktik klinik (Azizah et al., 2016). Ada beberapa faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan, yaitu :

1. Faktor Predisposisi

A. Faktor Biologis

(a.) Neurologic factor

Beragam komponen dari sistem syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbic sangat terlibat dalam menstimulasikan timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

(b.) Faktor genetik

Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif.

(c.) Faktor biokimia

Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetikolin, dan serotonin). Peningkatan hormon androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebrata dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

(d.) *Instinctual Drive Theory* (Teori dorongan naluri) Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

B. Faktor Psikologis

(a.) Teori psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungan.

(b.) Imitation, modeling, and information processing theory

Menurut teori ini Risiko perilaku kekerasan biasa berkembang dalam lingkungan yang ditoleransi kekerasan. Adanya contoh, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.

(c.) Learning theory

Risiko Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya, mereka dengan resiko perilaku kekerasan mengamati bagaimana respons ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respons ibu saat marah atau sebaliknya. Ia juga belajar bahwa agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan.

(d.) Existensi theory (Teori Eksistensi)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat di penuhi melalui perilaku konstruktif maka individu akan memenuhi kebutuhan melalui perilaku destruktif.

C. Faktor Social cultural

(a.) Social environment theory (teori lingkungan)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah, budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan control sosial yang tidak pasti terhadap

perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

(b.) Social learning theory (teori belajar sosial)

Risiko perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi

2. Faktor Presipitasi

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal, dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tindak kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidak mampuan menempatkan dirinya sebagai orang dewasa
- e. Adanya riwayat perilaku antisosial meliputi penyalahgunaan obat, alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga

3. Faktor lainnya menurut (Keliat, Budi Anna, Dkk. (2019)):

- a. Waham

Frustrasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif

Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya.

Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.

Amuk : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol.

2.2.4 Manifestasi Klinis Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Keliat et al., (2015) tanda dan gejala seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan yaitu bermuka tegang dan memerah, menatap dengan pandangan tajam, rahang dikatupkan secara kuat, tangan dikepalkan, berjalan dengan mondar-mandir, berbicara kasar, berbicara dengan nada tinggi dan berteriak, melakukan ancaman dengan cara verbal dan fisik, melukai orang lain dengan melempar benda, merusak barang milik orang lain di sekitar, dan tidak mampu mengendalikan rasa marah. Menurut PPNI (2016) tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi:

1. Subjektif
 - a) Mengancam baik secara fisik maupun verbal
 - b) Berbicara dengan kasar
 - c) Bersuara keras dan nada tinggi
 - d) Berbicara dengan nada yang ketus
2. Objektif

- a) Menyerang di sekitar
- b) Meyakiti dan melukai diri sendiri dan orang lain
- c) Merusak lingkungan dengan membanting barang disekitar
- d) Mempunyai sikap agresif dan mudah mengantuk
- e) Memandang dengan tajam dan melotot
- f) Tangan mengepal dan menggenggam dengan erat
- g) Rahang yang dan memerah
- h) Wajah tegang dan memerah
- i) Postur tubuh terlihat kaku

2.2.5 Penatalaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Putri, V. S., & Fitrianti, S. (2018). Penatalaksanaan resiko perilaku kekerasan dibagi atas :

1. Medis

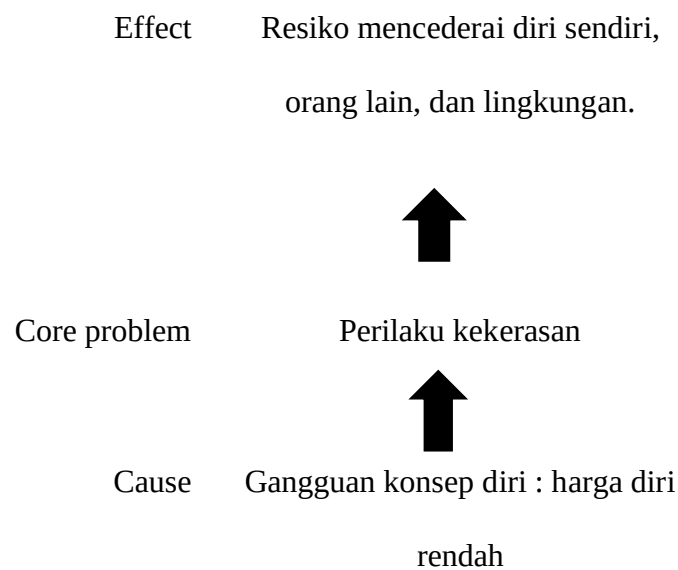
- a). Nozinan yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
- b). Haloperidol yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri.
- c). ECT (Elektro Convulsive Therapy) yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk.
- d). Thrihexiphenidil yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.

2. Penatalaksanaan keperawatan

- a). Psiko terapeutik

- b). Lingkungan terapeutik
- c). Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
- d. Pendidikan Kesehatan

2.2.6 Pohon Masalah



Gambar pohon masalah (Ah. Yusuf, 2015)

2.2.7 Mekanisme Koping

Menurut Dwi Prastya, & Arum (2017). Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represi, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain:

a) Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltic gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b) Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

c) Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d) Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2009)

1. Identitas klien

Identitas pada klien meliputi inisial nama, usia, pekerjaan Alamat, jenis kelamin, agama, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, pendidikan terakhir, status perkawinan, tanggal pengkajian (Nursalam, 2009)

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat, Budi Anna & Pawrowsyona, Akemat, 2016).

3. Faktor Presipitasi

Menurut yusuf (2015), mengungkapkan bahwa hal – hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau amuk antara lain :

a. Internal

a) Kelemahan

b) Rasa percaya menurun

- c) Takut sakit
- d) Hilang kontrol

b. Eksternal

- a) Penganiayaan fisik.
- b) Kehilangan orang yang dicintai.
- c) Kritik.

4. Faktor Predisposisi

a. Adanya Riwayat gangguan jiwa

Menurut Patricia (2013), menyatakan bahwa gejala tersebut muncul disebabkan kurangnya motifasi dari lingkungan baik dari keluarga sendiri, jika dibiarkan secara terus menerus akan menimbulkan berbagai masalah seperti waham atau suatu keyakinan yang kuat, isolasi sosial, halusinasi, harga diri rendah, deficit perawatan diri dan perilaku kekerasan.

b. Pengobatan sebelumnya yang tidak atau kurang berhasil

Menurut (Keliat, 2010) pentingnya keluarga sebagai faktor pendukung kesembuhan klien sebagai proses penerimaan dan menerima informasi kesehatan jiwa untuk menentukan jalan keluar agar membatasi kekambuhan yang akan muncul kemudian hari.

c. Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), menyatakan bahwa seseorang dengan gangguan jiwa disebabkan oleh faktor psikogenik atau trauma pada masa lalu, hal-hal yang

mengecewakan hingga timbulnya depresi maupun stress, ataupun hubungan dengan orang lain yang kurang harmonis.

5. Riwayat Gangguan Fisik

Seseorang yang pernah mengalami gangguan fisik, riwayat nafza, dan riwayat trauma kemungkinan besar mengalami gangguan pada otak yang berhubungan dengan gangguan cerebral dibuktikan dengan adanya perilaku agresif dan tindak kekerasan (Nurarif & Kusuma, 2015).

6. Riwayat Penyakit Keturunan

Faktor genetik penyebab skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia (Keliat, 2010)

7. Gangguan Kemauan

Banyak penderita dengan skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan. Mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. Mereka selalu memberi alasan, meskipun alasan itu tidak jelas dan tepat, umpamanya apabila ditanyai mengapa tidak maju dengan pekerjaan atau atau tepat, umpamanya bila ditanyai mengapa terus tiduran saja. Atau mereka menganggap hal itu biasa saja dan tidak perlu diterapkan (Maramis, 2005)

8. Psikomotor

Gejala katatonik atau gangguan perbuatan. Kelompok gejala ini oleh Bleuler dimasukkan ke dalam kelompok gejala *skizofrenia*

yang sekunder sebab didapati juga pada penyakit lain. Sebetulnya gangguan katatonik mencerminkan gangguan kemauan. Bila gangguan hanya ringan saja, maka dapat dilihat gerakan-gerakan yang kurang luwes atau agak kaku. Penderita dalam keadaan stupor tidak menunjukkan gerakan sama sekali. Stupor ini dapat berlangsung hingga sehari-hari, berbulan-bulan, hingga bertahun-tahun lamanya pada *sikozofrenia* yang sudah menahun. Mutisme dapat disebabkan oleh waham, ada sesuatu yang melarangnya berbicara. Mungkin juga karena sikapnya yang buruk atau karena hubungan penderita dengan dunia luar sudah hilang sama sekali sehingga tidak menginginkan mengatakan apa-apa lagi.

9. Status Psikososial

a. Genogram

Dapat dipastikan bahwa factor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan pada saudara tiri adalah 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 60-80% bagi kembar 2 telur (heterozigot) 2-15% bagi kembar satu telur (monozigot) 61-86% (Maramis, 2005).

b. Konsep diri

Persepsi klien terhadap tubuhnya yang tidak disukai, yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain, sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

10. Hubungan Sosial

Orang yang terdekat dengan kehidupan klien, tempat mengadu, tempat berbicara, minta bantuan atau sokongan, apakah klien pernah mengikuti kegiatan di masyarakat, sejauh mana klien terlibat dalam kelompok itu.

11. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.

b. Kegiatan ibadah

Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah.

12. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

a) Fisik : Muka merah dan tegang, mata meototatau, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, jalan mondar-mandir.

b) Verbal : Bicara kasar, suara tinggi, membentar atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata- kata kotor, suara keras

c) Perilaku : melempar atau memukul benda atau orang lain, menyerang orang lain melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif.

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

b. Tanda – Tanda Vital

Pada individu yang mengalami Resiko Perilaku Kekerasan kurang lebih sama dengan individu normal, yang membedakan adalah kondisi fisik individu tersebut, karena kondisi fisik individu dapat mempengaruhi peningkatan ataupun penurunan tanda -tanda vital individu (Keliat, 2010).

c. Keluhan Fisik

Individu dengan Resiko Perilaku Kekerasan biasanya mengalami luka-luka pada tubuhnya, karena digunakan untuk memukul-mukul benda maupun orang lain disekitarnya.

d. Pemeriksaan Head-to-Toe (Keliat, 2010)

a) Rambut : acak-acakan, tidak teratur, kotor, bau tidak sedap.

b) Mata : Melotot atau pandangan tajam.

c) Hidung : Kebersihan hidung, pernafasan, tulang suptumnasi di tengah.

- d) Wajah : merah dengan ekspresi marah
- e) Telinga : kotor
- f) Mulut dan gigi : kotor dan berbau tidak sedap.
- g) Tangan dan kaki : mengepal, kaku seperti ingin memukul dan menendang,
- h) Kulit : terdapat daki, kotor
- i) Kuku : Kotor dan tidak terawat
- j) Genetalia : kotor dan tidak terawat

13. Status Mental

- a. Penampilan : Klien gangguan jiwa dalam pemakaian pakaian tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi dan kondisi.
- b. Pembicaraan : klien gangguan jiwa dalam pola pembicaraan berbeda-beda, lambat, sedikit, dan volume suara rendah atau keras.
- c. Aktivitas motoric :
 - a) Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
 - b) Agitasi : Gerakan motoric yang menunjukkan kegelisahan
 - c) Tik : Gerakan-gerakan kecil pada otot wajah yang tidak terkontrol.
 - d) Grimasen : Gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat di control 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

d. Afek

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.

c) Labil : emosi yang tidak sesuai dengan stimulus yang ada.

e. Interaksi selama wawancara : klien tampak tidak kooperatif, curiga, mudah tersinggung dan mungkin menunjukkan kecemasan selama interaksi, bermusuhan, kontak mata kurang atau tidak mau menatap lawan bicara, selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya

f. Persepsi sensori : klien gangguan jiwa sering mengalami persepsi halusinasi, persepsi halusinasi ada berbagai macam jenis seperti halusinasi pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecap, penciuman. (Keliat, 2010)

g. Proses Pikir

a) Sirkumstansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan

b) Tengensial : pembicaraan yang berbelit-belit, namun tidak sampai tujuan pembicaraan

- c) Kehilangan asosiasi : pembicaraan yang tidak berhubungan antara satu kalimat dengan kalimat yang dan klien tidak menyadari
 - d) Flight Off Ideas : pembicaraan yang mneloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis, dan tidak sampai tujuan pembicaraan.
 - e) Bloking : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal, kemuadian dilanjutkan kembali.
 - f) Perseverasi : pembicaraan yang di ulang berkali-kali.
 - g) Jelaskan apa yang dikatakang klien selama wawancara
 - h) Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- h. Isi pikir
- a) Opsesi : pikiran yang selalu muncul meskipun klien berusaha menghilangkannya
 - b) Phobia : ketakutan yang tidak logis terhadap suatu objek/situasi tertentu
 - c) Hipokondria : keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
 - d) Depersonalisasi : perasaan klien asing terhadap diri sendiri, orang lain atau lingkungan.
 - e) Ide yang terkait : keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.

f) Pikiran magis : keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil.

g) Waham :

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

2) Somatik : Keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataann

3) Kebesaran : Keyakinan terhadap kemauan yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai kenyataan

4) Curiga : Keyakinan klien terhadap sekelompok orang untuk mencelakai yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

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

i. Tingkat Kesadaran

a) Bingung : tampak bingung dan kacau

b) Sedasi : mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar

c) 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 dilingkungan.

- d) Orientasi waktu, tempat, orang jelas.
- j. Memori (Keliat, 2010)
 - a) Gangguan daya ingat jangka Panjang : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan
 - b) Gangguan daya ingat jangka pendek : : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir
 - c) Gangguan daya ingat saat ini : tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
 - d) Konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita tidak benar untuk menuju gangguan daya ingat
- k. Tingkat konsentrasi dan berhitung (Keliat, 2010)
 - a) Mudah di alihkan : pertahanan klien mudah bergantian dari satu objek ke objek lainnya
 - b) Tidak mampu berkonsentrasi : klien selalu meminta agar pertanyaan diulang atau tidak dapat menjelaskan pertanyaannya
 - c) Tidak mampu berhitung : tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda – benda nyata.
- 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

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.

n. Kebutuhan Perawatan Diri

- a) Berpakaian Atau Berhias : Klien gangguan jiwa mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan tindakan memakai baju atau tindakan aktivitas berpakaian untuk dirinya dengan karakteristik : tidak mampu meletakkan atau mengambil baju. (Fitria Nita, 2009)
- b) Penggunaan Obat : Pasien dengan gangguan jiwa tidak tahu penggunaan obat dengan baik dikarenakan terkadang merasa tidak membutuhkan obat.
- c) Aktifitas di dalam rumah : pasien gangguan jiwa mengalami kesulitan dalam mengolah, merencanakan dan menyajikan makanan, merapikan tempat tidur, menyapu membersihkan rumah, dan mnegatur keuangan kehidupan sehari-hari.

d) Aktifitas di luar rumah : Pasien gangguan jiwa mengalami kesulitan untuk beraktivitas diluar rumah dikarenakan merasa dirinya tidak diterima dimasyarakat (Nita Fitria,2009).

o. Gejala Sekunder

a) Waham : Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar. Umpamanya penderita penderita berwaham bahwa ia raja, tetapi ia bermain dengan air ludahnya dan mau disuruh untuk melakukan pekerjaan yang keras. Mayer-Gross membagi waham menjadi 2 kelompok yaitu waham primer dan waham sekunder.

b) Halusinasi : Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hamper tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering biasanya ada halusinasi pendengaran, penciuman, pengelihatn, cita-rasa.

2.3.2 Analisa Data

Menurut Arifin, Zainal dan Setiawan Adhi (2012). Analisa data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dalam konsep teori dan prinsip yang relevan dengan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah Kesehatan dan keperawatan klien. Analisa data klien dengan resiko perilaku kekerasan dapat di peroleh:

1. Gejala dan tanda mayor

- a) Subjektif : mengancam, mengumpat dengan kata – kata kasar, suara keras, bicara ketus.
 - b) Objektif : menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk
2. Gejala dan tanda minor
- a) Subjektif : tidak tersedia
 - b) Objektif : mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang menutup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku kekerasan dapat diartikan sebagai keadaan Ketika individu mengalami perilaku yang secara fisik dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain (Fitria Nita, 2010)

- Data Subyektif
 - (a) Klien mengatakan benci atau kesal pada seseorang
 - (b) Klien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah.
 - (c) Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya
- Data Obyektif
 - (a) Mata merah, wajah agak merah
 - (b) Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai menjerit, memukul diri sendiri atau orang lain berteriak, menjerit memukup diri sendiri atau orang lain.
 - (c) Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam.

(d) Merusak dan melempar barang-barang.

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

- a) Ketidak mampuan mengendalikan dorongan marah.
- b) Atimulus lingkungan
- c) Konflik interpersonal
- d) Status mental
- e) Putus obat
- f) Penyalahgunaan narkoba atau alcohol

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana Tindakan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan menurut (Fitria Nita, 2010) :

1. Tujuan Umum : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan
2. Tujuan Khusus :
 - a. Klien dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat kekerasan yang dilakukan
 - b. Klien dapat mengenal marah, klien dapat mengontrol marah secara fisik
 - c. klien dapat mendemonstrasikan cara mengungkapkan marah secara verbal yang baik

- d. Klien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan
- e. Klien dapat mengatasi marah dengan cara patuh minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan

3. Tindakan Keperawatan

- a. Bina Hubungan Saling Percaya
 - a) Mengucapkan salam terapeutik
 - b) Berjabat tangan
 - c) Menjelaskan tujuan interaksi
 - d) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
- b. Diskusikan Bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan lalu
- c. Diskusikan perasaan, tanda dan gejala dan yang dirasakan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
 - a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d. Diskusikan tanda dan gejala tentang perilaku kekerasan yang

biasa dilakukan saat marah :

- a) Verbal
 - b) Terhadap orang lain
 - c) Terhadap diri sendiri
 - d) Terhadap lingkungan
- e. Diskusikan tanda dan gejala pasien akibat perilaku kekerasan yang klien lakukan
- f. Diskusikan tanda dan gejala pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan, yaitu dengan cara berikut :
- a) Fisik : pukul Kasur/bantal, Tarik nafas dalam
 - b) Obat
 - c) Sosial/verbal : menyatakan secara asertif rasa marahnya
 - d) Spiritual : beribadah sesuai keyakinan klien
- g. Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial fisik
- a) Latihan nafas dalam dan pukul bantal atau Kasur
 - b) Susun jadwal latihan pukul bantal atau kasur
- h. Bantu pasien Latihan mengendalikan perilaku kekerasana secara verbal/sosial
- a) Bantu mengungkapkan rasa marah secara verbal.
Menolak dan meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik
 - b) Susun jadwal mengungkapkan rasa marah secara

verbal

- i. Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual
 - a) Bantu pasien mengendalikan marah secara spiritual, kegiatan ibadah yang bisa dilakukan
 - b) Buat latihan jadwal ibadah dan berdo'a
- j. Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
 - a) Bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima besar (benar nama, benar obat, benar waktu, benar dosis, benar cara minum) disertai penjelasan mengenai kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat.

2.3.5 Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku kekerasan

Strategi Pelaksanaan 1

- Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien :

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

2. Diagnosa Keperawatan :

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum Klien : Tidak Mencederai diri sendiri

4. Tujuan Khusus :

- a) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b) Klien dapat mengidentifikasi penyebab 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 dilakukannya
- f) Klien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik

5. Tindakan Keperawatan

- a) Membina hubungan saling percaya
- b) Mendiskusikan bersama klien penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan saat ini dan yang lalu
- c) Mendiskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- d) Mendiskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
- e) Mendiskusikan bersama klien akibat dari perilakunya
- f) Mendiskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan
- g) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
- Strategi Komunikasi dalam pelaksanaan Tindakan keperawatan
 - a. Fase Orientasi
 - a) Salam terapeutik

“Selamat pagi Pak/Bu, perkenalkan nama saya Denia Aprillia, bisa dipanggil Denia, saya yang akan merawat bapak selama 1 minggu, nama bapak siapa dan senang dipanggil siapa?”

b) Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak/ibu saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah?”

c) Kontrak

Topik : “Bagaimana kalau sekarang kita berbincang tentang perasaan marah bapak/ibu?”

Waktu: “Berapa lama bapak mau berbincang-bincang, bagaimana kalau selama 15 menit, bapak setuju?”

Tempat: "Dimana kira-kira tempat yang enak buat kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruangan ini?"

b. Fase Kerja

“Menurut bapak/ibu apa yang menjadi penyebab bapak /ibu marah?, apakah sebelumnya bapak/ibu pernah marah-marah? menurut bapak/ibu penyebab marah yang dilakukan apa? Apakah sama dengan yang terjadi sekarang?”

“Pada saat penyebab marah itu muncul, seperti bapak/ibu sering diolok-olok oleh tetangga atau sering diejek dan tidak dipedulikan oleh keluarga karena keinginannya tidak dituruti, apa yang bapak/ibu rasakan?”

“Apakah bapak/ibu merasakan kesal kemudian dada bapak/ibu berdebar-debar, mata melotot, rahang tertutup rapat, dan tangan mengepal?”

“Setelah itu apa yang bapak/ibu lakukan? O begitu ya, jadi bapak/ibu merusak barang-barang yang ada di rumah dan memaki-maki tetangga bapak/ibu apakah dengan ini masalah terselesaikan? Iya tentu tidak. Apa kerugian yang bapak/ibu lakukan dari marah tersebut? Betul, barang-barang rumah tangga banyak yang rusak. Menurut bapak/ibu adakah cara lain yang lebih baik? Maukah bapak/ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?” “Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan bapak/ibu, salah satunya adalah dengan cara fisik, jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah.” “Bagaimana kalau kita belajar cara itu terlebih dahulu?” “Begini bapak/ibu, kalau tanda-tanda marah bapak/ibu rasakan maka bapak/ibu berdiri, tarik nafas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan atau tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik nafas dari hidung, bagus, tahan, dan tiup melalui mulut “Nah lakukan sampai bapak merasa nyaman. Bagus sekali bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya setelah latihan tarik nafas dalam?” Bagus bapak/ibu sudah mampu melakukannya sebaiknya Latihan ini bapak/ibu lakukan secara rutin ya?,

dan bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul bapak/ibu sudah terbiasa melakukannya”.

c. Terminasi

a) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan.

Evaluasi klien (subyektif)

“Bagaimana perasaan bapak sekarang setelah kita berbincang bincang tentang rasa marah yang bapak alami?”

b) Evaluasi Obyektif (perawat)

"Iya... jadi tadi ada berapa penyebab marah? Toloong sebutkan, bagus sekali, kemudian yang dirasakan saat bapak marah? kemudian akibatnya? Coba bapak/ibu sebutkan.”

c) Rencana tindak lanjut

“Bapak/ibu, tadi kita sudah belajar cara marah secara fisik, bagus sekali bapak sudah bisa melakukannya, dilatih terus ya cara mengendalikan marah dengan tarik nafas dalam yang saya ajarkan?”

d) Kontrak yang akan datang

Topik : “Baiklah bapak/ibu, untuk pertemuan hari ini saya cukupkan dulu, besok kita bertemu lagi dan saya ajarkan cara mengendalikan marah dengan latihan fisik yang kedua yaitu memukul bantal bapak setuju?”

Waktu: “Besok kita ketemu setelah makan pagi ya?

Selama 15 menit”

Tempat: “Diruangan ini saja ya?”

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 Keperawatan :

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum : membantu klien mengontrol marah dengan cara fisik Tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur

4. Tujuan Khusus :

- a. Klien dapat mengenal marah
- b. Klien dapat mengontrol marah secara fisik Tarik nafas dalam pukul bantal/kasur
- c. Klien dapat menyebutkan akibat marah yang dilakukan
- d. Pasien dapat memasukkan kedalam jadwal harian

5. Tindakan keperawatan

- a. Menanyakan ulang penyebab resiko perilaku kekerasan
- b. Menanyakan ulang tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
- c. Menanyakan ulang akibat marah yang dilakukan

- d. Menanyakan ulang cara mengontrol resiko perilaku kekerasan
- e. Memasukkan kedalam jadwal harian klien

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Fase Orientasi

a) Salam Terapeutik

“Selamat Pagi Bapak/Ibu, masih ingat dengan saya?”

b) Evaluasi/Validasi

“Bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini? Kegiatan apa saja yang sudah bapak/ibu lakukan?” apakah masih ada penyebab perasaan jengkel atau marah?”

c) Kontrak

Topik : “Baiklah, sesuai janji kita kemarin hari ini kita akan latihan cara mengontrol marah dengan latihan fisik cara yang kedua yaitu memukul bantal atau kasur, bapak masih ingat?”

Waktu : “Mau berapa lama latihannya? Bagaimana kalau 15 menit, bapak setuju?”

Tempat : “Bagaimana kalau kita mengobrol di ruang ini ya Bapak/ibu?”

b. Fase Kerja

“Baiklah mari sekarang kita latihan fisik yang kedua yaitu memukul kasur dan bantal. Dimana tidur bapak/ibu? Jadi nanti kalau bapak kesal dan ingin marah, langsung saja ke

tempat tidur dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal “Nah, sekarang coba bapak/ibu lakukan, pukul kasur dan bantal Ya bagus sekali, kekesalan lampiaskan ke kasur dan bantal” “Bagus, bapak/ibu sudah mampu Cara ini masih dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah, Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya kembali setelah Latihan”

c. Fase Terminasi

a) Evaluasi klien (subyektif)

“Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah latihan menyalurkan perasaan marah atau jengkel tadi?”

b) Evaluasi perawat (obyektif)

“Coba sekarang bapak/ibu ingat-ingat ada berapa cara yang sudah kita latih? Bagus sekali bapak/ibu masih mengingatnya”

c) Rencana tindak lanjut

“Mau kapan bapak/ibu mau latihan memukul bantal dan kasur Bagaimana kalau setiap pagi setelah bangun tidur?”

d) Kontrak yang akan datang

Topik : “Sekarang cukup dulu ya, besok kita akan bertemu lagi, kita akan latihan cara mengungkapkan marah secara verbal yang baik bagaimana bapak/ibu setuju?”

Waktu : “ bapak/ibu besok mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00?”

Tempat : “Bagaimana kalau di Ruangan ini saja ya?”

Strategi Pelaksanaan 3

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien :

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

2. Diagnosa Keperawatan :

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum : Membantu klien mengungkapkan marah secara verbal

4. Tujuan Khusus :

- a. Mengevaluasi Sp 1 dan 2
- b. Melatih klien mengungkapkan marah secara verbal
- c. Menyusun jadwal harian klien

5. Tindakan Keperawatan :

- a. Membantu klien mengendalikan marah secara verbal/sosial
- b. Mengendalikan resiko perilaku kekerasan :
Mengungkapkan marah dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik
- c. Memasukkan kedalam jadwal harian klien

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Fase Orientasi

a) Salam Terapeutik

“Selamat pagi bapak/ibu”

b) Evaluasi/Validasi

“bagaimana keadaan bapak/ibu hari ini? Masih ingat dengan cara mengontrol marah yang sudah diajarkan kemarin?”

c) Kontrak

Topik : “sesuai janji kita kemarin, sekarang kita akan belajar cara mengontrol marah”

Waktu : “untuk waktunya 15 menit ya, bapak/ibu setuju?”

Tempat : “untuk tempatnya disini saja ya?”

b. Fase Kerja

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah secara baik. Pertama bapak/ibu mau untuk meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin bapak/ibu bilang penyebab marahnya karena meminta uang tetapi tidak diberi. Coba bapak/ibu minta uang dengan baik. “Saya perlu uang untuk membeli rokok Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta

baju, minum obat, dan lain-lain, coba bapak/ibu praktekan, bagus sekali bapak melakukannya, menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak/ibu tidak ingin melakukannya, katakana Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan” Coba praktekan Bagus sekali Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak, bapak dapat mengatakan “Saya jadi ingin marah karena perkataan kamu itu Coba praktekan. Bagus”

c. Terminasi

a) Evaluasi Klien (Subyektif)

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara bicara yang baik?”

b) Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Coba sekarang bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari”

c) Rencana Tindak Lanjut

“Ayo kita masukkan kegiatan sehari-hari, misalnya meminta obat, meminta kue atau meminta uang”

d) Kontrak yang akan datang

Topik : “Sekarang cukup dulu ya, besok pagi kita bertemu lagi, kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah yaitu dengan cara sepiritual”

Waktu : “bapak/ibu mau jam brapa besok kita Latihan?

Setelah sarapan ya, untuk waktunya 15 menit”

Tempat : “ untuk tempatnya disini saja ya?”

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 Keperawatan :

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum : klien dapat mengontrol marah dengan cara spiritual

4. Tujuan Khusus :

- a. Klien dapat mengontrol marah secara spiritual

5. Tindakan Keperawatan :

- a. Mendiskusikan hasil mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal
- b. Melatih klien sholat/berdoa

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Fase Orientasi

a) Salam Terapeutik

“Selamat pagi Bapak/ibu?”

b) Evaluasi/Validasi

“Bapak, bagaimana keadaannya hari ini?, bagaimana dengan Latihan fisik dan verbalnya? Apa sudah dilakukan? Apa yang bapak/ibu rasakan setelah Latihan?

c) Kontrak

Topik : “Bagaimana kalau sekarang kita Latihan cara untuk mencegah marah dengan beribadah?”

Waktu : “Untuk Latihannya 15 menit, apakah bapak/ibu setuju?”

Tempat : “Bagaiman kalu kita Latihan dirungan ini saja?”

b. Fase Kerja

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa bapak lakukan?”

“Bagus, baik, mana yang mau dicoba? Nah, kalau bapak/ibu sedang marah coba langsung duduk dan tarik nafas dalam, jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agak rileks, jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian bapak/ibu bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahannya” “Coba bapak/ibu sebutkan sholat 5 waktu?”
 “Bagus, Mau coba yang mana? Coba sebutkan caranya?”

c. Terminasi

a) Evaluasi Klien (Subyektif)

“Bagaimana perasaannya setelah berbincang-bincang tentang cara yang ini?”

b) Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Jadi sudah berapa cara yang kita pelajari untuk mengontrol marah?, bagus sekali”

c) Rencana Tindak Lanjut

“Coba sebutkan lagi cara beribadah yang bapak/ibu lakukan bila bapak/ibu merasa marah”

d) Kontrak yang akan datang

Topik : “Baik bapak/ibu besok kita lakukan Latihan mengontrol marah dengan patuh minum obat, nanti kita membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol marah”

Waktu : “Bagaimana kalau sesudah makan pagi? Selama 15 menit?”

Tempat : “Bagaiman diruang ini saja? Sampai jumpa besok”

Strategi Pelaksanaan 5

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien :

- a. Klien mampu Latihan beribadah dan berdoa
- b. Klien mengatakan sudah tidak marah
- c. Klien tenang, kooperatif, dan mau melakukan kegiatan

2. Diagnosa Keperawatan :

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum :

- a. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
- 4. Tujuan Khusus : klien dapat mengendalikan marah dengan mengonsumsi obat
- 5. Tindakan Keperawatan :
 - a. Mengevaluasi kegiatan harian klien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih
 - b. Membantu klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar, dan akibat berhenti minum obat

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Fase Orientasi

a) Salam Terapeutik

“Selamat pagi? Sesuai janji kita bertemu lagi”

b) Evaluasi/Validasi

“Bagaimana bapak/ibu sudah melakukan Latihan mengontrol marah yang sudah diajarkan?” “Apa yang dirasakan setelah melakukan Latihan secara teratur? Coba kita lihat kegiatannya”

c) Kontrak

Topik : “Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?”

Waktu : “Berapa lama pak mau berbincang-bincang? 15 menit saja, bapak setuju?”

Tempat : “Di tempat kemarin saja ya?”

b. Fase Kerja

“Bapak/ibu sudah diperiksa dokter?” berapa macam obat yang bapak minum? Warnanya apa saja?” Bagus, jam berapa bapak minum? Bagus. “Obatnya ada tiga macam pak, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang putih itu namanya THD agar rileks dan tidak tegang, dan yang merah jambu ini namanya HLP agar teratur dan rasa marah berkurang. Semuanya ini harus bapak/ibu minum 3 kali sehari, jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam” “Bila nanti setelah minum obat mulut bapak terasa kering, untuk mengatasinya bapak bisa minum air putih” “Bila terasa mata berkunang- kunang, bapak sebaiknya beristirahat dan jangan beraktivitas dulu” “Nanti di rumah sebelum minum obat ini bapak lihat dulu label di kotak obat apakah nama bapak tertulis di situ, berapa dosis yang harus di minum. Baca juga apakah nama obatnya sudah benar? Di sini minta obatnya pada pak mantra kemudian cek apakah benar nama obatnya!” “Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya bapak/ibu, karena dapat terjadi kekambuhan” “Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya ke dalam jadwal ya pak”

c. Terminasi

a) Evaluasi Klien (Subyektif)

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang tentang cara minum obat yang benar?”

b) Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Coba bapak sebutkan lagi obat yang bapak minum, cara minum obat yang benar”

c) Rencana Tindak Lanjut

“Nah, sudah berapa cara yang kita pelajari untuk mengontrol rasa marah?”

d) Kontrak yang akan datang

Topik : “Baik, besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauh mana bapak mencegah rasa marah”

Waktu : “Besok kita bertemu jam 10 ya? Selama 15 menit?”

Tempat : “Bagaimana kalau disini saja?”

2.3.6 Implementasi Keperawatan

Perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan manajemen perilaku agresif, intervensi dapat melalui intervensi keperawatan (Yosep,Iyus.,2007 dalam Muhith,A.,2015)

2.3.7 Evaluasi

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Risiko perilaku kekerasan pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal risiko perilaku kekerasannya, klien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan dari jangka waktu 4x24

jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol risiko perilaku kekerasan, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol risiko perilaku kekerasan. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat risiko perilaku kekerasan itu datang, pasien dapat berbincang – bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, W. M. H 2019).

Evaluasi keperawatan yang diharapkan: klien sudah dapat mengidentifikasi penyebab, frekuensi perilaku kekerasan dan mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal, klien tidak melakukan perilaku kekerasan, klien minum obat dengan benar dan teratur.

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 di susun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum (Nurjanah, 2010).