

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia merupakan penyakit kronis berupa gangguan mental yang serius kemudian ditandai dengan adanya gangguan dalam proses pemikiran dapat mempengaruhi perilaku. terpisahnya dan terpecahnya antara *kognisi*, *afeksi* dan tingkah laku sehingga kurangnya adanya kesesuaian antara pemikiran dan emosi antara persepsi seseorang tentang realitas yang benar benar terjadi (Sovitriana, 2019).

Gangguan jiwa berat yang mencakup hampir seluruh sendi kehidupan diantaranya pikiran, perasaan, perbuatan, persepsi, keinginan, dorongan kehendak dan pengendalian. Gangguan ini sulit untuk ditentukan dan biasanya didahului oleh fase gejala ringan yang tidak konsisten yang sering kali tidak disadari baik oleh pasien maupun keluarga (fase prodromal)(Tanra, 2020).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Nurarif, 2015) terdapat beberapa faktor *Skizofrenia*, antara lain :

1) Faktor Keturunan

Faktor keturunan dapat menjadi salah satu faktor penyebab *Skizofrenia*. Tetapi pengaruh keturunan ini tidak sederhana. Disangka bahwa potensi untuk mendapatkan *skizofrenia* diturunkan (bukan penyakit itu sendiri) melalui *gen resesif*. Potensi tersebut bisa menjadi

kuat maupun lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi *skizofrenia* atau tidak.

2) Faktor Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya *skizofrenia* pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu *klimakterium*.

3) Faktor Metabolisme

Penderita dengan *skizofrenia* tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstremitas agaksianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun.

4) Faktor Psikogenik

Skizofrenia dianggap sebagai suatu gangguan fungsional dan penyebab utama ialah konflik, stress psikologik dan hubungan antar manusia yang mengecewakan.

5) Faktor Susunan Saraf Pusat

Penyebab *Skizofrenia* ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada *diensefalon* atau *kortex* otak. Tetapi kelainan *patologis* yang ditemukan disebabkan oleh perubahan-perubahan *postmoterm* atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan (Maramis, 2005).

6) Faktor Lingkungan

Faktor ini menyebabkan *skizofrenia* meliputi penyalahgunaan obat, pendidikan yang rendah, dan status ekonomi (Carpenter, 2010).

2.1.3 Klasifikasi

1) *Skizofrenia Paranoid*

Klien *skizofrenia* paranoid biasanya mengalami episode pertama penyakit pada usia yang lebih tua dibanding pasien *skizofrenia hiberfrenik* atau *katatonik*. Klien *skizofrenia* tipe paranoid biasanya tegang, mudah curiga, berjaga-jaga, berhati-hati, dan kadang bersifat agresif, namun mereka kadang-kadang dapat mengendalikan diri secara adekuat pada situasi sosial.

2) *Skizofrenia Disorganized* (sebelumnya disebut Hebefrenik)

Awitan subtype ini biasanya dini, sebelum usia 25 tahun. Klien *hiberfrenik* biasanya aktif namun dalam sikap yang nonkonstruktif dan tak bertujuan. Gangguan pikir menonjol dan kontak dengan realitas buruk. Penampilan pribadi dan perilaku sosial berantakan, respons emosional mereka tidak sesuai dan tawa mereka sering meledak tanpa alasan yang jelas. Seringai atau meringis yang tak pantas lazim dijumpai pada pasien ini.

3) *Skizofrenia Katatonik*

gejala klasik tipe *katatonik* adalah gangguan fungsi motorik: gangguan ini dapat mencakup *stupor*, *negatifisme*, *rigiditas*, *eksitasi* atau berpostur. Kadang kadang klien menunjukkan perubahan yang sangat cepat antara *eksitasi* dan *stuporekstrem*. Selama *stupor* klien perlu pengawasan yang cermat untuk mencegah mereka menyakiti diri sendiri atau orang lain. Perawatan medis mungkin diperlukan karena adanya malnutrinsi, kelelahan, hiperpireksi, atau cedera yang

disebabkan diri sendiri.

4) *Skizofrenia* Residual

Gejala negatif *skizofrenia* lebih menonjol yaitu adanya perlambatan psikomotor, aktivitas menurun, efek menumpul, pasif, dan gangguan komunikasi verbal yang buruk. Kriteria lain mengatakan penderita sudah melewati waktu satu tahun sejak pertama kali timbul gejala psikotik sehingga gejala waham dan halusinasi telah berkurang dan timbul sindrom negatif *skizofrenia*.

5) *Skizofrenia* Tak-Teridentifikasi

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

6) *Skizofrenia* Simpleks

Gejala pada *skizofrenia* simpleks ditandai dengan hilangnya hasrat dan ambisi secara perlahan dan bertahap. Pada penderita subtype *skizofrenia* ini juga timbul gejala seperti penurunan fungsi okupasional dan akademik, kemunculan berkala serta pendalaman gejala negatif seperti afek mendatar, *agolia*, dan *avolition*, serta adanya hubungan interpersonal yang buruk disebabkan gangguan kepribadian *skizotipal* atau *skizoid*, gangguan mood, gangguan *ansietas*, *demensia*, atau *retardasi* mental dan bukan disebabkan oleh efek fisiologis langsung suatu zat atau kondisi medis umum.

7) Depresi pasca-*skizofrenia*

Merupakan episode depresi yang timbul setelah penderita mengidap

skizofrenia, masih dapat ditemukan gejala *skizofrenia* meski tidak dominan. gejala gangguan depresi pasca-psikotik pada *skizofrenia* dapat sangat menyerupai gejala *skizofrenia* fase residual dan efek dari pengobatan antipsikotik yang biasanya digunakan. namun diagnosis ini tidak boleh langsung ditegakkan bila diinduksi zat atau merupakan bagian gangguan mood akibat kondisi medis umum.

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 dalam Nafira, Y, 2024).

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 dangembira berlebihan.
- e) Merasa dirinya orang besar.
- f) Pikirannya penuh dengan kecurigaan.

2) Gejala Sekunder

- a) Alam perasaannya (affect) yang tumpul dan mendatar. Initerlihat 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).

Adapun manifestasi klinis skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) *Skizofrenia paranoid*

- a) Waham dan halusinasi auditori
- b) Respons emosional maladaptif
- c) Regresi Kemampuan Mental
- d) tegang
- e) Mudah Curiga
- f) Terkadang Bersikap Agresif
- g) Pengendalian Diri Masih Adekuat

2) *Skizofrenia Disorganized* (sebelumnya disebut *Hebefrenik*)

- a) Regresi kacau
- b) Sikap nonkonstruktif dan tak bertujuan
- c) Gangguan pikir
- d) Kontak dengan realitas buruk
- e) Perilaku sosial berantakan

f) Respons emosional yang tidak sesuai

g) Tertawa tanpa alasan yang jelas

3) *Skizofrenia Katatonik*

a) Gangguan fungsi motorik (stupor, rigiditas, negativisme, eksitasi, atauberpostur.)

b) Beresiko menyakiti diri sendiri atau orang lain

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

4) *Skizofrenia Residual*

a) Perlambatan psikomotor,

b) Aktivitas menurun,

c) Afek menumpul,

d) Pasif

e) Gangguan komunikasi verbal yang buruk

5) *Skizofrenia Tak-Teridentifikasi*

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

6) *Skizofrenia Simpleks*

a) Hilangnya hasrat dan ambisi secara perlahan dan bertahap

b) Penarikan diri dari situasional

c) Penurunan fungsi okupasional dan akademik

d) Muncul secara berkala gejala negatif seperti afek mendatar, *agolia*, *danvolition*

e) Hubungan interpersonal yang buruk

- f) Gangguan mood
 - g) Gangguan ansietas
 - h) Demensia, atau retardasi mental dan bukan disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat atau kondisi medis umum
- 7) Depresi Pasca-*Skizofrenia*
- a) Gejala *skizofrenia* masih ada meski tidak dominan
 - b) Gejala sangat menyerupai *skizofrenia* residual dan efek pengobatan antipsikotik yang bisa digunakan (Retno C. ,2023)

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 dengan *skizofrenia* 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 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 (Buchanan, 2010).

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terapi pada pasien skizofrenia yaitu :

1) Farmakologi

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, 2005).

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. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan klien. 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, 2005).

3) Terapi Psikoterapi dan Rehabilitasi

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. Keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Agar campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita (Maramis, 2005).

2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi

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, 2010).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang atau tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik pada dirinya sendiri orang lain maupun lingkungan (Yusuf, A.h, 2010)

2.2.2 Etiologi

1) Faktor Predisposisi

a) Psikoanalisis

Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instinctual drives*. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua insting, salah satunya yaitu insting kematian dan diekspresikan dengan agresivitas

b) Sosial Budaya

Teori yang dikembangkan oleh (Bandura, 1977). Ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dari respon-respon lainnya. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan, maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan titik adanya norma dapat membantu

mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima sehingga membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara asertif.

c) Biologis

Adanya kerusakan fungsi sistem limbik (untuk emosi dan perilaku, lobus frontal, untuk pemikiran rasional dan *lobus temporal*, untuk interpretasi indera penciuman dan memori). *Neurotransmitter* yang sering di kaitkan dengan perilaku agresif. serotonin dopamin dan norepinefrin, acetylcholine, dan asam amino GABA. Faktor-faktor yang mendukung:

- (1) Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan
- (2) Sering mengalami kegagalan
- (3) Kehidupan yang penuh tindakan agresif
- (4) Lingkungan Yang tidak kondusif (Bising, padat).

2) Faktor Presipitasi

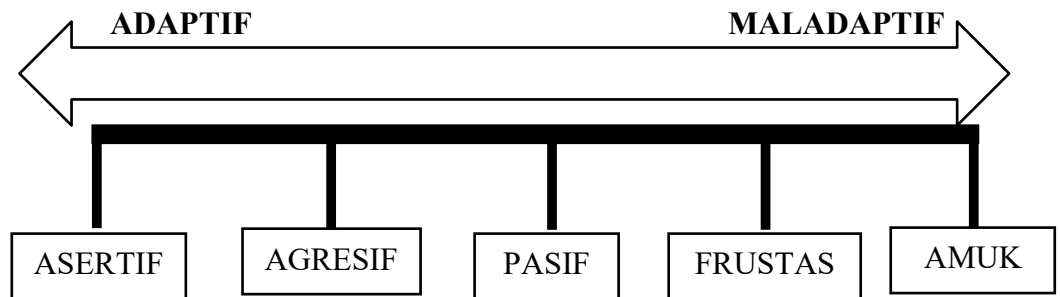
a) Internal

- (1) Kelemahan
- (2) Rasa percaya menurun
- (3) Takut sakit
- (4) Hilang kontrol

b) Eksternal

- (1) Penganiayaan fisik
- (2) Kehilangan orang yang dicintai
- (3) Kritik (Yosep, 2016).

2.2.3 Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Ernawati, 2010)

Keterangan :

- 1) Asertif : Mengemukakan pendapat atau ekspresi tidak senang atau tidak setuju tanpa menyakiti lawan bicara. Hal ini menimbulkan ketegangan.
- 2) Frustasi : Respon akibat gagal mencapai tujuan, kepuasan atau rasa aman. Individu tidak dapat menunda sementara atau menemukan alternatif lain.
- 3) 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.
- 4) Agresif : Suatu perilaku yang menyertai marah merupakan dorongan mental untuk bertindak dan masih terkontrol.
- 5) Amuk : Rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kendali diri sehingga dapat merusak diri dan lingkungan.

2.2.4 Manifestasi Klinis

1) Fisik

- a) Muka Merah dan tegang
- b) Mata melotot atau pandangan tajam
- c) Tangan mengepal
- d) Rahang mengatup
- e) Postur tubuh kaku
- f) Jalan mondar-mandir

2) Verbal

- a) Bicara kasar
- b) Suara tinggi, membentuk atau berteriak
- c) Mengancam secara verbal atau fisik
- d) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- e) Suara keras
- f) Bicara ketus
- g) Keinginan bunuh diri

3) Perilaku

- a) Melempar atau memukul benda atau orang lain
- b) Menyerang orang lain
- c) Melukai diri sendiri atau orang lain
- d) Merusak lingkungan sekitar
- e) Amuk atau agresif

4) Emosi

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

5) Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme

6) Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

7) Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual (Nita Fitria, 2010).

2.2.5 Penatalaksanaan

1) Psikofarmakologi

Anti-anxietas dan *Sedative -Hypnotics*. Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi yang akut. *Benzodiazepines* seperti *Lorazepam* dan *Clonazepam*, sering digunakan dalam keadaan darurat psikiatrik untuk menenangkan perlawanan klien. Tetapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan juga bisa

memperburuknya *symptom* depresi. Selanjutnya, pada beberapa klien yang mengalami *disinhibiting effect* dari *benzodiazepines*, dapat mengakibatkan perilaku agresif. Buspirone obat *anxietas*, efektif mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi. Ini ditunjukkan dengan menurunnya perilaku agresif dan agitasi klien cedera kepala, *demensia* dan *developmental disability*.

Antidepressant, 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 kelainan EEG (electroencephalogram).

Antipsychotic, Obat ini biasanya dipergunakan untuk perawatan agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat ini dapat 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 klien dengan gangguan mental organik

2) Seclusion (Pengekangan Fisik)

Ada dua macam, pengekangan fisik secara mekanik

(menggunakan manset, sprei pengekang) atau isolasi (menempatkan klien dalam satu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri).

Jenis pengekangan mekanik :

- a) *Chemisoles* (jaket pengekang)
- b) Manset untuk pergelangan tangan dan kaki
- c) Menggunakan sprei.

Indikasi pengekangan :

- a) Perilaku Amuk yang membahayakan diri sendiri atau orang lain.
- b) Perilaku Agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan.
- c) Ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakanklien yang beristirahat, makan dan minum
- d) Permintaan klien untuk pengendalian perilaku eksternal. Pastikan tindakanini telah dikaji dan berindikasi terapeutik.

3) Pengekangan dengan sprei basah atau dingin.

Klien dapat di imobilisasi dengan membalutnya seperti mumi dalam lapisan sprei dan selimut. Lapisan paling dalam terdiri atas sprei yang telah direndam dalam air es. Walaupun mula-mula terasa dingin, balutan akan segera menjadi hangat dan menenangkan titik Hal ini dapat dilakukan pada perilaku Amuk atau agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan obat.

2.2.6 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah mekanisme pertahanan ego yang berhubungan dengan perilaku Pengerusakan diri tak langsung adalah

pengingkaran (denial). Sementara, mekanisme koping yang paling menonjol adalah rasionalisasi intelektualisasi dan regresi. (Ahmad Yusuf, 2015)

1) Rasionalisasi

Berusaha membuktikan bahwa perbuatannya (yang sebenarnya tidak baik) rasional adanya, sehingga dapat disetujui dan diterima oleh diri sendiri dan masyarakat.

Contoh: tidak mau bermain bulutangkis karena “Badan kurang enak” padahal sebenarnya takut kalah.

2) Intelektualisasi

Suatu bentuk penyekatan emosional karena beban emosi dalam suatu keadaan yang menyakitkan, diputuskan atau diubah (distorsi)

Contoh: dalam keadaan menyakitkan berkata, “biarlah tidak apa-apa”

3) Regresi

Mundur perkembangan rendah, dengan respons yang kurang matang dan biasanya dengan aspirasi yang kurang.

Contoh: orang dewasa bila ingin sesuatu harus segera terpenuhi, bila tidak akan marah-marah seperti anak kecil.

Mekanisme koping dapat bersifat konstruktif dan destruktif. mekanisme konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai Tantangan untuk menyelesaikan masalah titik mekanisme koping destruktif menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan konflik (Ahmad Yusuf,

2015).

2.2.7 Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan tindakan yang beresiko mencelakai baik secara fisik, emosi atau seksual terhadap diri sendiri maupun orang lain (SDKI, 2017). Perilaku yang berkaitan dengan resiko perilaku kekerasan antara lain :

- 1) Menyerang atau menghindari, pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, sekresi HCL meningkat, peristaltic gaster menurun pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot seperti rahang terkutup tangan dikepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.
- 2) Menyatakan secara asertif, perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif agresif dan asertif.
- 3) Memberontak, perilaku yang biasanya disertai akibat konflik perilaku “Acting out” untuk menarik perhatian orang lain. Perilaku kekerasan, tindakan kekerasan atau Amuk yang ditunjukkan kepada diri sendiri orang lain maupun lingkungan (Yosep, 2016).

2.2.8 Akibat Dari Resiko Kekerasan

Klien dengan resiko perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, lingkungan dan orang lain. Resiko mencederai

merupakan suatu tindakan yang memungkinkan dapat melukai atau membahayakan diri orang lain dan lingkungan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan (Keliat, 2010).

1) Identitas

Identitas pada klien meliputi inisial nama, usia, pekerjaan, alamat, suku bangsa, pendidikan terakhir, nomor register, agama, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, status perkawinan, tanggal dan jam pengkajian (Nursalam, 2009). Informan sangat berpengaruh pada respon fisiologis yang ditimbulkan, ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup tangan mengempal tubuh kaku, dan reflek cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah (Keliat, 2010).

2) Alasan Masuk

Klien dibawa ke rumah sakit dengan alasan adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain atau lingkungan, mengancam. Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan biasanya tidak dapat memenuhi ADLnya sendiri (Yosep, 2016).

3) Factor Presipitasi

Menurut Yusuf (2015), mengungkapkan bahwa hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau amuk antara lain adalah

a) Internal

- (1) kelemahan
- (2) Rasa percaya menurun
- (3) takut sakit
- (4) Hilang kontrol

b) Eksternal

- (1) Penganiayaan fisik
- (2) Kehilangan orang yang dicintai
- (3) Kritik

4) Factor Predisposisi

a) Adanya riwayat gangguan jiwa sebelumnya

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

b) Pengobatan sebelumnya yang tidak atau kurang berhasil

Menurut Thalefi (2017), mengungkapkan bahwa pentingnya keluarga sebagai faktor pendukung kesembuhan klien sebagai proses penerimaan dan menerima informasi kesehatan jiwa untuk

menemukan jalan keluar agar membatasi kekambuhan yang muncul kemudian hari.

c) Adanya trauma, riwayat aniaya fisik, aniaya seksual, kekerasan dalam rumah tangga, tindakan kriminal atau lainnya.

d) Adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

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 Keluarga

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 halitu biasa saja dan tidak perlu diterapkan (Maramis, 2005).

8) Psikomotor

Dinamakan gejala katatonik atau gangguan perbuatan. Kelompok gejala ini oleh Bleuler dimasukkan ke dalam kelompok gejala skizofrenia yang sekunder sebab didapati juga pada penyakit lain. Gangguan *katatonik* 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 *skizofrenia* yang sudah menahun. Mungkin penderita mutistik. *Mutisme* dapat disebabkan oleh waham, ada sesuatu yang melarang ia berbicara. Mungkin juga oleh karena sikapnya yang *negativistic* atau karena hubungan penderita dengan dunia luar sudah hilang sama sekalisehingga ia tidak menginginkan mengatakan apa-apa lagi.

9) Psikososial

a) Genogram

Dapat dipastikan bahwa factor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikandengan 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

- (1) Citra tubuh : persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang paling disukai dan yang paling tidak disukai.
- (2) Identitas diri : persepsi tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status/posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.
- (3) Peran : peran/tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.
- (4) Ideal diri : harapan pasien terhadap tubuhnya, posisi, status, peran/tugas, harapan klien terhadap lingkungan, dan harapan klien terhadap penyakitnya.
- (5) Harga diri : persepsi klien terhadap dirinya dalam berhubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi Tersebut dan bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien (Keliat, 2010).

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

Spiritual menurut (Keliat A, B, 2010) yaitu :

a) Nilai dan Keyakinan

Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya yang di anut, serta pandangan masyarakat mengenai gangguan jiwa.

b) Kegiatan beribadah

Kegiatan beribadah secara individu, kelompok, serta pendapat klien dan keluarga tentang kegiatan ibadah.

12) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

- (1) Fisik : Muka merah dan tegang, mata meototatau, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, jalan mondar-mandir.
- (2) Verbal : Bicara kasar, suara tinggi, membentar atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras
- (3) Perilaku : melempar atau memukul benda atau orang lain, menyerang orang lain melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif.
- (4) 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

Untuk 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)

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

f) Mata : Melotot atau pandangan tajam.

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

h) Wajah : merah dengan ekspresi marah

i) Telinga : kotor

j) Mulut dan gigi : kotor dan berbau tidak sedap.

k) Tangan dan kaki : mengepal, kaku seperti ingin memukul dan menendang,

l) Kulit : terdapat daki, kotor

m)Kuku : Kotor dan tidak terawat

n) Genetalia : kotor dan tidak terawatt

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 :
 - (1) Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
 - (2) Agitasi : Gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan
 - (3) Kompulsif : pengulangan aktifitas seperti mencuci tangan berulang kali, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan lainnya.
 - (4) Masalah leperawatan ditulis sesuai data (Keliat, 2010)
- d) Afek
 - (1) Datar : tidak ada perubahan raut muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
 - (2) Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.
 - (3) Labil : emosi yang tidak sesuai dengan stimulus yang ada.
- e) Interaksi selama wawancara : klien tampak tidak kooperatif, mudah tersinggung dan mungkin menunjukkan kecemasan selama interaksi, bermusuhan, kontak mata kurang atau tidak mau menatap lawan bicara, defensif, selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya, curiga : menunjukkan sikap atau perasaan

tidak percaya pada orang lain

- f) Persepsi : jika klien mengalami persepsi halusinasi, kaji uji halusinasi, frekuensi, gejala yang tampak pada saat klien berhalusinasi, kaji perasaan klien terhadap halusinasi. (Keliat, 2010)

g) Proses Pikir

- (1) Sirkumstansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan
- (2) Tengensial : pembicaraan yang berbelit-belit, namun tidak sampai tujuan pembicaraan
- (3) *Flight Off Ideas* : pembicaraan yang mneloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidaklogis, dan tidak sampai tujuan pembicaraan.

h) Isi pikir

- (1) Opsesi : pikiran yang selalu muncul meskipun klien berusaha menghilangkannya
- (2) Phobia : ketakutan yang tidak logis terhadap suatu objek/situasitertentu
- (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.

(6) Masalah keperawatan sesuai dengan data yang ada

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 dilingkungan.
- (4) Orientasi waktu, tempat, orang jelas.
- (5) Jelaskan data subyektif dan obyektif yang terkait hal-hal di atas

- (6) Masalah keperawatan sesuai data
- (7) Jelaskan apa yang dikatakan klien selama wawancara

j) Memori (Keliat, 2010)

- (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
- (5) Jelaskan sesuai data yang terkait
- (6) Masalah keperawatan sesuai dengan data

k) Tingkat konsentrasi dan berhitung (Keliat, 2010)

- (1) Mudah di alihkan : pertahanan klien mudah bergantian dari satu objek ke objek lainnya
- (2) Tidak mampu berkonsentrasi : klien selalu meminta agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan pertanyaannya
- (3) Tidak mampu berhitung : tidak dapat melakukan penambahan/ pengurangan pada benda-benda nyata.
- (4) Jelaskan dengan sesuai data terkait
- (5) Masalah keperawatan sesuai data

l) Kemampuan penilaian

- (1) Kegagalan dalam mengabstrakkan sesuatu
- (2) Tidak dapat mengambil keputusan
- (3) Kurang keterampilan dan perencanaan
- (4) Ketidakmampuan untuk melakukan tugas (Maramis, 2005).

m)Daya Tilik Diri

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

14) 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 berkarakteristik: tidak mampu meletakkan atau mengambil baju.

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 mngalami kesulitan dalam mengolah, merencanakan dan menyajikan makanan, merapikan tempat tidur, menyapu membersihkan rumah, dan mnegatur keuangan

kehidupan sehari-hari.

d) Aktivitas Di Luar Rumah

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

15) Gejala Sekunder

a) Waham

Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar. Umpamanya 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 hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering biasanya ada halusinasi pendengaran, penciuman, pengelihatn, cita-rasa.

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 maladaptive, perilaku tersebut dapat menjadi perilaku kekerasan yang ditandai 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 orang lain, ataupun lingkungan.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1) Perilaku kekerasan Data subyektif :

- a) Klien mengatakan benci atau kesal terhadap seseorang.
- b) Klien sering membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang marah
- c) Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya

Data obyektif :

- a) Mata merah, wajah agak memerah
- b) Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai : berteriak, menjerit, memukul diri sendiri, orang lain.
- c) Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam
- d) Merusak dan melempar barang-barang

2) Isolasi sosial Data Subyektif:

- a) Klien mengatakan malas bergaul dengan orang lain
- b) Klien mengatakan dirinya tidak ingin di temani perawat dan meminta untuk sendirian
- c) Klien mengatakan tidak mau berbicara dengan orang lain
- d) Tidak mau berkomunikasi

Data Obyektif

- e) Kurang spontan
- f) Apatis (acuh terhadap lingkungan)
- g) Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
- h) Tidak ada atau kurang komunikasi verbal
- i) Mengisolasi diri
- j) Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya
- k) Aktivitas menurun
- l) Rendah diri

3) Perubahan persepsi sensori Halusinasi Data Subyektif :

- a) Klien mengatakan mendengar sesuatu
- b) Klien mengatakan melihat bayangan putih
- c) Klien mengatakan dirinya seperti disengat listrik
- d) Klien mencium bau-bauan yang tidak sedap, seperti feses
- e) Klien mengatakan kepalanya melayang di udara
- f) Klien mengatakan dirinya merasakan ada sesuatu yang berbeda pada dirinya

Data Objektif :

- g) Klien terlihat bicara atau tertawa sendiri saat di kaji
- h) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
- i) Berhenti bicara di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
- j) Konsentrasi rendah
- k) Pikiran cepat berubah-ubah
- l) Kekacauan alur pikiran

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

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 menyebut jenis perilaku kekerasan yang dapat dilakukan
- d) Pasien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- e) Pasien dapat menyebut cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya.
- f) Pasien dapat mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarma

3) Tindakan Keperawatan

Manajemen Pengendalian marah (I.09290)

Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola ekspresi marah dengan cara adaptif dan tanpa kekerasan

Tindakan

Observasi :

- Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan
- Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan
- Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif
- Monitor kemajuan dengan membuat grafik,jika perlu

Terapeutik:

- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif
- Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata)
- Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. Meninju tas,mondar-mandir)
- Lakukan kontrol eksternal (mis. Pengekangan,time-out,dan seklusi)
- Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif
- Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah

Edukasi :

- Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi dan respons marah
- Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat
- Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif
- Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat

Kolaborasi:

- Kolaborasi pemberian obat,jika perlu

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 bertemupasien
- b) Diskusikan Bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan lalu.
- c) Diskusikan perasaan, tanda dan gejala dan yang dirasakan pasien jikaterjadi penyebab perilaku kekerasan
 - (1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - (2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - (3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - (4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat marah :
 - (1) Verbal
 - (2) Terhadap orang lain
 - (3) Terhadap diri sendiri
 - (4) Terhadap lingkungan
- e) Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan
- f) Diskusikan bersama pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan, yaitudengan cara berikut :
 - (1) Fisik : pukul Kasur/bantal, tarik nafas dalam
 - (2) Obat

(3) Sosial/verbal

(4) Spiritual

g) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal

(1) Latihan nafas dalam dan pukul kasur/bantal

(2) Susun jadwal Latihan nafas 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 rasa 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 kekerasan dengan patuh minum obat:

(1) Bantu pasien meminum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar obat 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 (Keliat, 2010).

2.3.5 Strategi Pelaksanaan

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 Tujuan :

- (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

c) Orientasi :

“Selamat pagi pak perkenalkan nama saya Salsabila Hildanio Fernando, panggil saya Nio. 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 di rumah?”

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

“Berapa lama Bapak ingin kita berbincang-bincang tentang

perasaanmarah bapak? Bagaimana kalau 30 menit?

“Bagaimana kalau kita mengobrol diruang tengah?”Kerja :

“Apa yang menyebabkan Bapak 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 dapatmelakukannya. 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 marahBapak? bisa Bapak ulangi lagi hal apa yang menyebabkan bapakmarah (...) dan yang Bapak rasakan saat marah (...) kemudian yangBapak lakukan saat marah (...), serta akibat yang ditimbulkan (...)” “Sekarang, kita buat jadwal untuk latihan ini ya Pak. Bapak inginmelakukannya berapa kali dalam satu hari? “ baik jadi dua kalisehari ya, Pak”

“Bapak, Bagaimana jika nanti siang kita bertemu lagi? kita latihancara 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

c) 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 caranafas dalam, sekarang kita latihan cara yang kedua ya pak.”

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

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

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

“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).

c) 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? bagaimanaka lau 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.

c) 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 harinya 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 kitatelah 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.

c) 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 dengandokter 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 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 diukuroleh perawat.

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

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