

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada tinjauan pustaka ini akan diuraikan beberapa konsep yang akan mendasari penelitian ini, yaitu: 1) Konsep Perilaku Kekerasan, 2) Konsep Skizofrenia, 3) Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan, 4) Penerapan Asuhan Keperawatan

#### **2.1 Konsep Perilaku Kekerasan**

##### **2.1.1 Definisi Perilaku Kekerasan**

Kekerasan (*violence*) merupakan suatu bentuk perilaku agresi (*aggressive behavior*) yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda. Ada perbedaan antara agresi sebagai suatu bentuk pikiran maupun perasaan dengan agresi sebagai suatu bentuk perilaku. Agresi adalah respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat membangkitkan perilaku kekerasan sebagai suatu cara untuk melawan atau menghukum yang berupa tindakan menyerang, merusak hingga membunuh. Agresi tidak selalu diekspresikan menyerang orang lain (*assault*), agresivitas terhadap diri sendiri (*self aggression*) serta penyalahgunaan narkoba (*drugs abuse*) untuk melupakan persoalan hingga tindakan bunuh diri juga merupakan bentuk perilaku agresi. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis serta perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi dua yaitu secara verbal dan fisik. Kemarahan

adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman. Ekspresi marah yang segera adalah wajar dan menyulitkan karena secara kultural tidak diperbolehkan oleh karena itu sering di ekspresikan secara tidak langsung. Kemarahan yang ditekan akan menyulitkan diri sendiri serta mengganggu hubungan interpersonal. Pengungkapan langsung secara konstruktif akan melegakan individu dan membantu orang lain mengerti perasaan sebenarnya. Untuk itu perawat harus mengetahui respon serta fungsi positif marah. Marah merupakan respon dari perasaan jengkel terhadap kecemasan/ kebutuhan tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Muhith, 2015).

Agresi adalah sikap atau perilaku kasar atau kata-kata yang menggambarkan perilaku amuk, permusuhan, dan potensi untuk merusak secara fisik atau dengan kata-kata. Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, secara verbal maupun nonverbal, bertujuan melukai orang lain secara fisik maupun psikologis. Suatu keadaan dimana klien mengalami perilaku yang dapat membahayakan dan melukai secara fisik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Yosep, 2014).

### **2.1.2 Etiologi**

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan (Yosep, 2014) :

## 1. Faktor predisposisi

### a. Teori biologik

- 1) *Neurologik factor*, beragam komponen dari system saraf *synap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis* mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif. System limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif
- 2) *Genetik factor*, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset Kazuo Murakami (2007) dalam gen manusia terdapat *dormant* (potensi) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh pelaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.
- 3) *Cycardian rhythm*, (irama sirkadian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam tertentu manusia mengalami peningkatan *cortisol* terutama pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan jam 13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.
- 4) *Biochemistry factor* (Faktor biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak (epinephrine, norepinephrine, dopamine, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui system persyarafan dalam tubuh, adanya stimulasi dari luar tubuh yang

dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent. Peningkatan hormone androgen dan norepinephrine serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

b. Teori psikologik

1) Teori psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*). 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 lingkungannya. Tidak terpenuhi kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

2) *Imitation, modeling, and information processing theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang menolelir kekerasan. Adanya contoh, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan

pemukulan pada boneka dengan reward positif pula (makin keras pukulannya akan diberi coklat), anak lain menonton cara tayangan mengasihi dan mencium boneka tersebut dengan reward positif pula (makin baik belaiannya mendapatkan coklat). Setelah anak-anak keluar diberi boneka ternyata masing-masing anak berperilaku sesuai dengan tontonan yang pernah dialaminya.

### 3) *Learning theory*

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

#### c. Teori sosiokultural

Dalam budaya tertentu seperti rebutan berkah, rebuatan uang receh, sesaji atau kotoran kerbau di keraton, serta ritual-ritual yang cenderung mengarah pada kemusyirikan secara tidak langsung turut memupuk sifat agresif dan ingin menang sendiri. Control masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan factor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. Hal ini dipicu juga dengan maraknya demontrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul, dan perdukunan (santet, teluh) dalam tayangan tv.

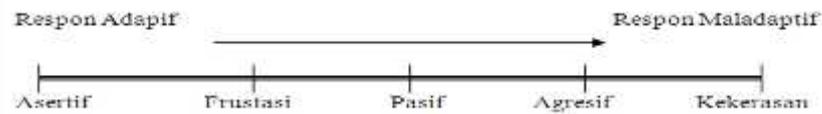
d. Aspek religiusitas

Dalam tinjauan religiusitas, kemarahan dan agresivitas merupakan dorongan dan bisikan syeitan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal (*devil support*). Semua bentuk kekerasan adalah bisikan setan melalui pembuluh darah ke jantung, otak dan organ vital manusia lain yang dituruti manusia sebagai bentuk kompensasi bahwa kebutuhan dirinya terancam dan harus segera dipenuhi tetapi tanpa melibatkan akal (*ego*) dan norma agama (*super ego*).

2. Faktor presipitasi, seringkali berkaitan dengan :

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dsb.
- b. Ekspresi diri tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya saat frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

### 2.1.3 Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Yosep, 2014)

1. Assertion adalah kemarahan atau rasa tidak setuju yang dinyatakan atau diungkapkan tanpa menyakiti orang lain akan memberi kelegaan pada individu dan tidak akan menimbulkan masalah.
2. Frustrasi adalah respons yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan karena yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan. Dalam keadaan ini tidak ditemukan alternatif lain. Selanjutnya individu merasa tidak mampu mengungkapkan perasaan dan terlihat pasif.
3. Pasif adalah individu tidak mampu mengungkapkan perasaannya, klien tampak pemalu, pendiam, sulit diajak bicara karena rendah diri dan merasa kurang mampu.
4. Agresif adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol. Perilaku yang tampak dapat berupa : muka masam, bicara kasar, menuntut, kasar disertai kekerasan.
5. Ngamuk adalah perasaan marah dan bermusuhan kuat disertai kehilangan kontrol diri. Individu dapat merusak diri sendiri orang lain dan lingkungan.

### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan (Yosep, 2014) :

### 1.Fisik

Muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir.

### 2. Verbal

Bicara kasar, suara tinggi, membentak atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras, ketus.

### 3. Perilaku

Melempar atau memukul benda/ orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/ orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

### 4.Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan 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.Sosial

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

### 8.Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

### 2.1.5 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Tindakan kekerasan pada agresi permusuhan timbul sebagai kombinasi antara frustrasi yang intens dengan stimulus (impuls) dari luar sebagai pemicu. Pada hakekatnya, setiap orang memiliki potensi untuk melakukan tindakan kekerasan. Namun ada yang mampu menghindari kekerasan walau belakangan ini semakin banyak orang cenderung berespon agresi. Ciri kepribadian (*personality trait*) seseorang sejak masa balita hingga remaja berkembang melalui tahapan perkembangan kognitif (intelejensi), respon perasaan dan pola perilaku yang terbentuk melalui interaksi faktor herediter, gen, karakter tempramen (*nature*) dan faktor pola asuh, pendidikan, kondisi sosial lingkungan (*nurture*) yang membentuk ciri kepribadian di masa dewasa. Pola kepribadian tersebut membentuk reflex respon pikiran dan perasaan seseorang saat menerima stimulus dari luar, khususnya saat kondisi menerima stimulus “ancaman”. Bila refleks yang telah terpola berupa tindakan kekerasan, maka saat menghadapi situasi “ancaman” respon yang muncul adalah tindak kekerasan. Area di otak yang menjadi pusat emosi adalah “sirkuit sistem limbik” yang meliputi thalamus, hipotalamus, amygdala, hippocampus, amigdala menjadi organ pusat perilaku agresi. Penelitian Bauman dkk menunjukkan bahwa stimulasi pada amygdala mencetuskan perilaku agresi sedangkan organ hipotalamus berperan dalam pengendali berita agresi. Setiap stimulus dari luar diterima melalui reseptor panca indera manusia diolah lalu dikirim dalam bentuk pesan ke thalamus lalu ke hipotalamus, selanjutnya ke amigdala (sirkuit sistem limbik) yang kemudian menghasilkan respon tindakan. Dalam keadaan darurat, misalnya panik/ marah, pesan stimulus yang datang di thalamus terjadi hubungan pendek (*short circuit*) sehingga

langsung ke amygdala tanpa pengolahan rasional di hypothalamus. Amygdala mengolah sesuai isi memori yang biasa direkamnya, sebagai contoh : bila sejak kecil anak-anak diberi input kekerasan, maka amygdala sebagai pusat penyimpanan memori emosional akan merekam dan menciptakan reaksi pada saat terjadi sirkuit pendek sesuai pola yang telah direkamnya yakni tindak kekerasan. Kualitas dan intensitas interaksi antara anggota keluarga akan menentukan apakah seseorang akan mempunyai kecenderungan agresi atau tidak. Bila sejak kecil anak-anak mendapat perlakuan kekerasan baik verbal maupun perilaku maka akan membentuk pola kekerasan dalam dirinya. Bila dalam lingkungan keluarga dibina iklim *assertiveness* yakni keterbukaan, kebersamaan, dialog, sikap empati, maka akan terbentuk pola refleksi yang *assertive* bukan pola yang *aggressiveness*. Kondisi *assertive* akan mengurangi terbentuknya sirkuit pendek agresi dan dapat menumbuhkan kembangkan kecerdasan rasional, kecerdasan emosional dan kecerdasan spiritual sebab eksistensi humanisme manusia merupakan hasil interaksi kecerdasan rasional (IQ) aspek fisik kecerdasan emosional (EQ) yang merupakan aspek mental (psiko-edukatif) kecerdasan spiritual (Muhith, 2015)

#### **2.1.6 Mekanisme Koping**

Mekanisme koping yang biasa digunakan menurut (Muhith, 2015) adalah :

1. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain.
2. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukaran/ keinginan tidak baik.
3. Represif yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.

4. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan berbahaya bila diekspresikan dengan berlebihan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.
5. Displacement yaitu melepaskan perasaan tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu.

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

#### **1. Farmakoterapi**

Klien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi yaitu Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat digunakan dosis efektif rendah yaitu Trifluoperasine estelasine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan Transquilizer bukan obat anti psikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas dan anti agitasi.

#### **2. Terapi Okupasi**

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur dapat pula dijadikan media yang penting setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan itu bagi dirinya. Terapi ini

merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya.

### 3. Terapi somatic

Menurut Depkes RI (2000) menerangkan bahwa terapi somatik diberikan kepada klien gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien.

### 4. Terapi kejang listrik

Merupakan bentuk terapi kepada klien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis klien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia dan membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2-3 kali sehari (seminggu 2 kali).

## 2.2 Konsep Skizofrenia

### 2.2.1 Definisi Skizofrenia

Kata *schizophrenia* berasal dari kata berbahasa Yunani, *schizo* yang berarti retak, robek, belah, dan *phrenia* yang berarti pikiran. Jadi, *schizophrenia* bermakna pikiran yang terbelah. Pada dasarnya, “*schizophrenia*” merupakan gangguan psikiatris serius dicirikan melalui kelemahan komunikasi akibat kehilangan kontak dengan realita dan kemunduran tingkat fungsi dalam bekerja, hubungan sosial atau pemeliharaan diri dari sebelumnya. Jenis-jenis *schizophrenia* ditinjau dari segi klinis meliputi ; *schizophrenia* tidak teratur, *catatonic*, *paranoid*,

*residual*, dan *undifferentiated*/ tidak berlainan (Shives, 1990) dalam (Aprilistyawati, 2016).

Merupakan gangguan fungsi otak yang melibatkan banyak faktor meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik. Sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (Muhith, 2015).

Merupakan gangguan psikotik yang paling sering terjadi, biasanya didiagnosis saat orang tersebut mencapai usia remaja akhir atau 20-an awal, pada saat itu bagian prefrontal otak melengkapi migrasi, koneksi, dan pemangkasannya (Patricia G. O'Brien dkk, 2014).

### **2.2.2 Etiologi Skizofrenia**

Menurut (Allison Hibbert dkk, 2008) Multifaktor. Saat ini dipercaya sebagai gangguan perkembangan saraf secara genetik.

1. Genetik : kedua kembar monozigot mempunyai peluang kedua-duanya 48%. Resiko meningkat pada orang yang memiliki kerabat tingkat pertama yang mengalami skizofrenia.
2. Lingkungan : komplikasi kelahiran obstetrik atau pajanan virus *in utero* menyebabkan penyimpangan perkembangan awal otak.
3. Neurokimia : teori lama memfokuskan pada defek sistem dopamin (DA), teori-teori terbaru mencakup hipofungsi pada neurotransmitter glutaminergik yang berkaitan dengan reseptor NMDA hipokampus.
4. Perubahan struktur otak : studi pencitraan menunjukkan penurunan volume korteks, terutama lobus temporalis, dan pembesaran ventrikel-ventrikel temporalis.

### 2.2.3 Tipe-tipe Skizofrenia

Diagnosa Skizofrenia berawal dari *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* yaitu: DSM-III (*American Psychiatric Assosiation, 2000*) dan berlanjut dalam DSM-IV (*American Psychiatric Assosiation, 2000*) dan DSM-IV-TR (*American Psychiatric Assosiation, 2000*). Berikut ini adalah tipe skizofrenia dari DSM-IV-TR 2000. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala yang dominan yaitu :

#### 1. Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisas) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, dan agresif.

#### 2. Skizofrenia Hebefrenia

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

3. Tipe Disorganized (tidak terorganisasi)

Ciri utama skizofrenia tipe disorganized adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau *inappropriate*. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat kaitannya dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

4. Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*waxy flexibility*). Aktivitas motor yang berlebihan, negativisme yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (*mutism*), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (*echolalia*) atau mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*).

5. Tipe Undifferentiated

Tipe Undifferentiated merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan (*confusion*), emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya delusi, referensi yang berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

6. Tipe Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti

keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis**

##### **1. Gejala positif**

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien mendengar (*auditory hallucinations*) atau melihat (*visual hallucination*) sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya pada pasien skizofrenia lampu traffic di jalan berwarna merah-kuning-hijau dianggap sebagai isyarat luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid selalu merasa sedang diamati, diintai, hendak diserang.

Kegagalan berpikir dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya, kebanyakan tidak mampu memahami kenyataan dan logika. Ketidakmampuan berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada dsb (Muhith, 2015).

## 2. Gejala Negatif

Berdasarkan (Muhith, 2015) Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal lain selain makan dan tidur. Perasaan tumpul membuat emosi menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya tapi bukan berarti tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ini ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah sesuatu yang sangat menyakitkan di samping itu perubahan otak secara biologis memberi andil dalam depresi. Depresi berkelanjutan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya, mereka merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus skizofrenia menyerang usia muda antara 15-30 tahun tetapi serangan kebanyakan diatas 40 tahun ke atas serta bisa menyerang siapa saja.

Menurut Bleuler ciri khas skizofrenia dapat diidentifikasi dari 4 A gejala khas ( Bleuler's 4 A's) yaitu :

1. *Affect : symptoms one month to one year before psychotic break.*
2. *Associativelooseness : person feels something strange or weird is happening to them.*
3. *Autism : misinterprets things in the environment.*
4. *Ambivalence : feeling so frejection, lack of self-respect, loneliness, hopelessness a isolation, withdrawal, and inability to trust others.*

### **2.2.5 Penatalaksanaan**

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

#### **1. Terapi Biologis**

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut 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 (Durand, 2007).

Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, *electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah

menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

Menurut Fink dan Sackeim (1996) antusiasme awal terhadap ECT semakin memudar karena metode ini kemudian diketahui tidak menguntungkan bagi sebagian besar penderita skizofrenia meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan hingga saat ini. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan klien. Klien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Durand, 2007).

Pada terapi biologis lainnya seperti pembedahan bagian otak Moniz (1935, dalam Davison, et al., 1994) memperkenalkan prefrontal lobotomy, yaitu proses operasi primitif dengan cara membuang "*stone of madness*" atau disebut dengan batu gila yang dianggap menjadi penyebab perilaku yang terganggu. Menurut Moniz, cara ini cukup berhasil dalam proses penyembuhan yang dilakukannya, khususnya pada penderita yang berperilaku kasar. Akan tetapi, pada tahun 1950 cara ini ditinggalkan karena menyebabkan penderita kehilangan kemampuan kognitifnya, otak tumpul, tidak bergairah, bahkan meninggal.

## 2. Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah

diberikan pada klien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikosial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *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 kembali.

Dalam hal ini, 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. Dari beberapa penelitian, seperti yang dilakukan oleh Fallon (Davison, et al., 1994; Rathus, et al., 1991) ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya

mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual.

### **2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan**

Dalam melakukan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam buku Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (Keliat, 2010) yang terdiri dari lima tahap, yaitu :

#### **1. Pengkajian**

Merupakan aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan klien yang digunakan untuk merumuskan masalah klien dan rencana tindakan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, mempelajari data penunjang (Muhith, 2015).

#### **2. Diagnosa**

Merupakan dasar pengembangan intervensi keperawatan dalam mencapai peningkatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan klien. Proses diagnosis terdiri dari analisa, interpretasi data, identifikasi masalah klien, perumusan diagnosa keperawatan. Komponen diagnosa terdiri dari *problem, etiologi, syptom* (Muhith, 2015).

#### **3. Intervensi**

Terdiri dari tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan. Berdasarkan karakteristik tindakan berupa : konseling/ psikoterapeutik, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri dan ADL, terapi modalitas

keperawatan, perawatan berkelanjutan, kolaborasi terapi somatik dan psikofarmaka (Muhith, 2015).

#### **4. Implementasi**

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

#### **5. Evaluasi**

Merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien dan dilakukan terus menerus pada respon klien. Selalu melibatkan klien dan keluarga agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara. Diperlukan reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif (Muhith, 2015).

### **2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan**

#### **2.4.1 Pengkajian**

Menurut Keliat (2010), data yang perlu dikaji pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu pada data subyektif klien mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, mengatakandendam dan jengkel. Klien juga menyalahkan dan menuntut. Pada data obyektif klien menunjukkan tanda-tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dan suara keras.

##### 1) Identitas klien dan penanggung

Perawat yang merawat klien harus melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang :nama perawat, nama klien, umur klien, alamat klien,

pekerjaanklien, status klien, agama klien, pendidikan klien, kebangsaan klien, diagnosa medis klien, tanggal masuk klien, dan nomor RM kemudian cocokkan dengan data yang ada di RM (Keliat,2010).

2) Alasan masuk rumah sakit

Alasan masuk mencakup penyebab klien/ keluarga datang ke rumah sakit saat ini dan tanyakan apa yang telah dilakukan dalam mengatasi masalah tersebut serta bagaimana hasilnya. Alasan masuk rumah sakit pada klien perilaku kekerasan umumnya klien suka marah-marah, bicara sarkasme, peningkatan aktivitas motorik, gaduh gelisah, amuk, mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan(Keliat,2010).

3) Faktor predisposisi

- a. diuraikan mengenai adanya gangguan jiwa di masa lalu, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya.
- b. dapatkah klien beradaptasi di masyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa atau dapat beradaptasi tetapi masih terdapat gejala-gejala sisaatau tidak ada kemajuan/ gejala bertambah dan menetap.
- c. Diuraikan apakah klien pernah mengalami/ melakukan aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, tindakan criminal.
- d. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, berapa lama, bagaimana riwayat pengobatannya, apa hubungannya dengan klien
- e. Adakah pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami klien pada masa lalu (kegagalan, kehilangan, perpisahan, kematian, trauma lama tumbuh kembang)

#### 4) Pemeriksaan fisik

Pengkajian difokuskan pada sistem dan fungsi organ

##### a. Pengukuran dan observasi tanda-tanda vital :

Tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan klien. Hal itu harus dilakukan untuk mengetahui normal dan tidaknya.

##### b. Dalam sistem dan fungsi organ :

Keluhan fisik yang dirasakan klien dengan keluhan-keluhan klien pada saat pengkajian. Hal ini dapat menjadi masalah atau suatu faktor yang mempengaruhi perilaku (Keliat, 2010).

#### 5) Psikososial

##### a. Genogram

Pembuatan genogram sangat diperlukan minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga. Adakah keluhan fisik, sakit fisik dan gangguan jiwa yang dialami anggota keluarganya termasuk masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, orang terdekat klien dan pola asuh keluarga.

Dikaji meliputi :

1. Hubungan keluarga dengan orang tua yang dingin atau ketegangan atau acuh tak acuh.
2. Kedua orang tua jarang dirumah dan tidak ada waktu untuk anak.
3. Komunikasi antar anggota tidak baik.
4. Kedua orang tua pisah atau cerai.
5. Salah satu orang tua menderita gangguan jiwa atau kepribadian.

6. Orang tua dalam pendidikan anak kurang sabar, pemarah, keras, otoriter dan lain sebagainya (Dadang Hawari, 2004).

b. Konsep diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan, dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart dan Sundeen, 2008).

1. Gambaran diri

Gambaran diri adalah pandangan seseorang terhadap tubuhnya, termasuk persepsi dan perasaan masa lalu dan sekarang, tentang ukuran tubuh, fungsi, penampilan dan potensi diri. Pandangan ini terus berubah oleh pengalaman dan persepsi baru. Pengkajian gambaran diri perlu dicermati terhadap perubahan tubuh seperti perkembangan payudara, perubahan suara, pertumbuhan yang dapat mempengaruhi tubuh yang diantisipasi oleh individu (Hamid dkk, 2010).

2. Identitas diri

Identitas diri adalah penilaian individu terhadap dirinya sebagai satu kesatuan yang utuh, konsisten dan unik. Ini berarti individu tersebut otonomi berbeda dengan yang lain, termasuk persepsinya terhadap jenis kelamin. Pembentukan identitas dimulai sejak lahir dan berkembang melalui siklus kehidupan dan terutama pada periode remaja (Hamid dkk, 2010).

### 3. Peran

Peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan oleh masyarakat sesuai dengan fungsi individu didalam masyarakat tersebut.

### 4. Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang perilaku yang harus dilakukan sesuai dengan standart, aspirasi, tujuan atau nilai yang dilakukan. Ideal diri saat ini, tetap masih dalam batas yang dicapai, ideal diri diperlukan untuk mengacu pada tingkat yang lebih tinggi (Hamid dkk, 2010).

### 5. Harga diri

Harga diri adalah penilaian orang tentang nilai individu dengan menganalisa kesesuaian perilaku dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi berakar dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, sebagai individu yang berarti dan pentingnya walaupun salah, gagal, dan kalah.

### 6. Hubungan sosial

Orang yang berarti dalam kehidupan klien. Kelompok yang diikuti klien dalam masyarakat dan sejauh mana keterlibatan klien dalam kelompok tersebut (Keliat, 2010)

### 7. Spiritual

Pentingnya riwayat kehidupan beragam perlu digali sejauh mana bagi klien gangguan jiwa ini dikemukakan oleh Kaplan dan Sadock (2009), yang menyatakan bahwa dalam wawancara dengan psikiater perlu ditelusuri latar belakang keagamaannya antara lain, kehidupan

beragama kedua orang tua penderita sejauh mana hal ini pengaruhnya bagi klien. Apakah pengalaman agamanya itu fanatik, moderat atau permissif dan adakah konflik yang timbul antara orang tua dan anak (klien) didalam pendidikan agama di rumah selain itu juga perlu diketahui sejauh mana pengaruh agama dalam kehidupan klien sebelum sakit (Keiat, 2010).

#### 8. Status mental

Pengkajian pada status mental meliputi :

##### a. Penampilan

Pada klien dengan gangguan perilaku kekerasan akan didapat tidak ada perhatian asuhan mandiri terutama penampilan, misalnya penampilan yang tidak terawat dari ujung rambut sampai ujung kaki, ada yang tidak rapi (rambut acak-acakan, kancing baju tidak rapi, baju terbalik dan baju tidak diganti-ganti) kadang-kadang penggunaan pakaian yang tidak sesuai misal, pakaian dalam dipakai diluar baju, tidak tepat waktu, tempat, situasi dan kondisi (Keiat 2010).

##### b. Pembicaraan

Klien dengan perilaku kekerasan dengan pembicaraan yang terkadang cepat, keras, nada tinggi berteriak-teriak dan ekspresi wajah yang penuh emosi, umumnya berbelit-belit cenderung defensif tetapi sampai pada tujuan. Dengan berbicara cepat, keras, berteriak-teriak dikategorikan sebagai gangguan emosi dan mengarah pada perilaku kekerasan (Keiat, 2010).

c. Aktifitas motorik

Perubahan motorik yang sering terjadi (Keliat, 2010) adalah :

- 1) Lesu, tegang, gelisah yang sudah cukup jelas dipahami.
- 2) Agitasi : gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
- 3) Kompulsif : kegiatan yang berulang-ulang seperti berulang kali cuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dsb.

b. Alam perasaan

Gambaran akan perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang menunjukkan ekspresi seperti sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas, ketakutan objeknya sudah jelas, cemas objeknya belum jelas (Keliat, 2010).

c. Afek

Afek adalah komponen pikiran dan ide yang terkait dengan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Perubahan afek terjadi karena klien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu. Perubahan afek yang biasa muncul antara lain :

- 1) Afek yang tumpul

Kurangnya respon yang emosional terhadap pikiran orang atau pengalam klien tampak apatis dan tidak membedakan.

- 2) Afek yang datar

Afek tidak sesuai dengan pembicaraan atau ide orang tersebut misalnya klien ketawa saat dia disiksa.

3) Afek berlebihan

Reaksi yang berlebihan terhadap suatu keadaan misalnya reaksi berduka yang berlebihan terhadap kematian hewan kesayangannya.

4) Ambivalen

Timbulnya dan perasaan yang bertentangan ada saat yang sama(Hamid dkk, 2010).

- d. Interaksi selama wawancara : respon verbal dan nonverbal (bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah jelas, kontak mata kurang, defensive mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya, curiga menunjuk sikap/ perasaan tidak percaya pada orang lain).
- e. Persepsi : ketidakmampuan menginterpretasikan stimulus yang ada sesuai dengan informasi.
- f. Proses pikir : proses informasi yang diterima berfungsi dengan baik dan dapat mempengaruhi proses pikir.
- g. Isi pikir : berisikan keyakinan berdasarkan penilaian realistis.
- h. Tingkat kesadaran : orientasi waktu, tempat dan orang
- i. Memori
- 1) Memori jangka panjang : mengingat peristiwa setelah lebih dari satu bulan.
  - 2) Memori jangka pendek : mengingat peristiwa seminggu yang lalu dan pada saat dikaji.

- j. Kemampuan konsentrasi dan berhitung : kemampuan menyelesaikan tugas dan berhitung sederhana.
  - k. Kemampuan penilaian : apakah terdapat masalah ringan sampai berat.
  - l. Daya tilik diri : kemampuan dalam mengambil keputusan tentang diri.
  - m. Kebutuhan persiapan pulang : yaitu pola aktifitas sehari-hari termasuk makan dan minum, BAB dan BAK, istirahat tidur, perawatan diri, pengobatan dan pemeliharaan kesehatan serta aktifitas dalam dan luar ruangan.
9. Mekanisme koping
- a. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain.
  - b. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenal kesukaran/ keinginan tidak baik.
  - c. Represif yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.
  - d. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan berbahaya bila diekspresikan dengan melebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.
  - e. Displacement yaitu melepaskan perasaan tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu.

#### 10. Masalah psikososial dan lingkungan

Masalah berkenaan dengan ekonomi, pekerjaan, pendidikan dan perumahan atau pemukiman.

#### 11. Aspek medik

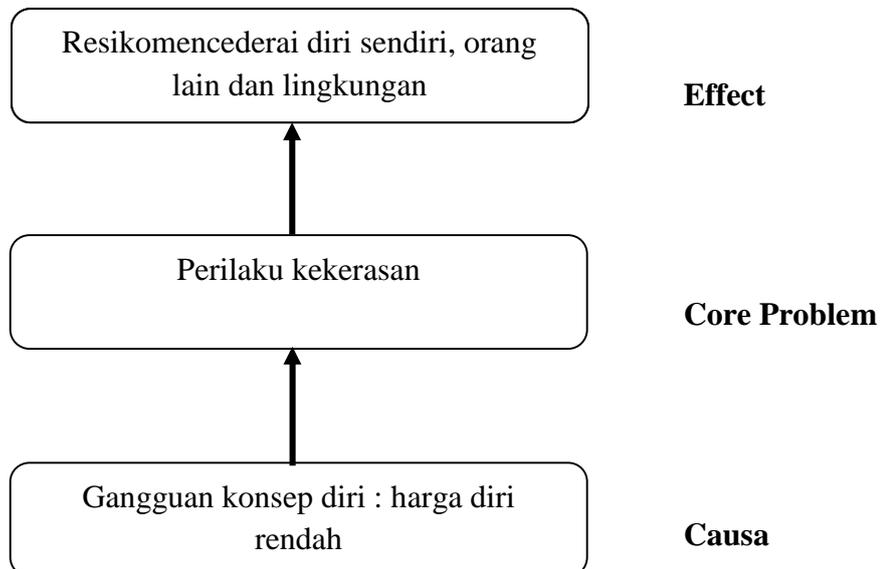
Diagnosa medik dan terapi medik.

### 2.4.2 Masalah keperawatan

Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien dari kelompok data yang dikumpulkan, kemungkinan kesimpulan adalah sebagai berikut (Yosep, 2014):

1. Resiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)
2. Perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah

### 2.4.3 Pohon Masalah



Gambar 2.2. Pohon Masalah Perilaku Kekerasan(Yosep, 2010)

#### **2.4.4 Analisa Data**

Analisa data merupakan kemampuan meningkatkan data-data menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan mencatatkan masalah kesehatan dan keperawatan (Effendi, 2006)

#### **2.4.5 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah interpretasi ilmiah dari pengkajian yang digunakan untuk mengarahkan perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Damayanti. M dan iskandar, 2012). Diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan pohon masalah :

1. Perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)

#### **2.4.6 Intervensi keperawatan**

Setelah menegakkan diagnosis keperawatan, perawat melakukan beberapa tindakan keperawatan, baik pada pasien maupun keluarga, menurut (Keliat, 2010) yaitu :

##### **1. Rencana keperawatan pada pasien.**

###### **Tujuan keperawatan :**

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
- 3) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
- 4) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan.

- 5) Pasien dapat mencegah perilaku kekerasan secara fisik, spiritual, social dan dengan terapi psikofarmaka

**Kriteria Evaluasi :**

- 1) a) klien mampu mengungkapkan perasaannya  
b) klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/ kesal
- 2) a) klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah/ jengkel  
b) klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/ kesal yang dialami
- 3) klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien
- 4) klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif
- 5) klien dapat mendemostrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan

**Rencana keperawatan :**

- 1) Bina hubungan saling percaya, pasien harus merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat. Tindakan yang harus perawat lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :
  - a) Mengucapkan salam terapeutik
  - b) Berjabat tangan
  - c) Menjelaskan tujuan berinteraksi
  - d) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu
- 2) Diskusikan Bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu

- 3) Diskusikan perasaan, tanda, dan gejala 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 spiritual
  - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- 4) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat marah
  - a) Verbal
  - b) Terhadap orang lain
  - c) Terhadap diri sendiri
  - d) Terhadap lingkungan
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan, yaitu dengan cara berikut :
  - a) Fisik : pukul kasur atau bantal, tarik nafas dalam
  - b) Obat
  - c) Sosial atau verbal : menyatakan secara asertif rasa marahnya
  - d) Spiritual : beribadah sesuai keyakinan pasien

- 7) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik :
  - a) Latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal
  - b) Susun jadwal latihan nafas dalam dan pukul kasur atau bantal
- 8) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial atau verbal
  - a) Bantu mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
  - b) Susun jadwal mengungkapkan secara verbal
- 9) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual
  - a) Bantu pasien dalam kegiatan ibadah yang biasa dilakukan
  - b) Buat jadwal latihan ibadah dan berdoa
- 10) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
  - a) Bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu minum obat, benar cara minum obat) di sertai penjelasan mengenai kerugian obat dan akibat berhenti minum obat
  - b) Susun jadwal minum obat secara teratur
- 11) Ikut sertakan pasien dalam TAK stimulasi persepsi untuk mengendalikan perilaku kekerasan.

## **2. Rencana keperawatan pada keluarga**

### **Tujuan keperawatan :**

- 1) Keluarga dapat merawat pasien di rumah

### **Kriteria evaluasi**

- 1) Keluarga dapat mendemostrasikan cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah

### **Rencana keperawatan :**

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- 2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut)
- 3) Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda atau orang lain
- 4) Bantu latihan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan
  - a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah di anjurkan oleh perawat
  - b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat
  - c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
- 5) Buat perencanaan pulang bersama keluarga

### **2.4.7 Implementasi**

Pelaksanaan tindakan pada pasien dengan masalah perilaku kekerasan dilakukan dengan strategi pelaksanaan atau yang biasa disebut (SP). Terdiri atas 5 strategi pelaksanaan (SP) kepada klien dan 2 strategi pelaksanaan (SP) kepada keluarga klien meliputi :

## 1. Implementasi pada klien

### a. SP 1

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi penyebab marah
- 3) Mendiskusikan perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan
- 4) Mendiskusikan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat marah
- 5) Mendiskusikan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
- 6) Mendiskusikan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam)

### b. SP 2

- 1) Mengevaluasi kegiatan lalu
- 2) Membantu pasien dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik ke-2 yaitu (pukul kasur dan bantal)
- 3) Menyusun jadwal kegiatan harian pasien.

### c. SP 3

- 1) Mengevaluasi kegiatan lalu
- 2) Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial atau verbal
- 3) Melatih pasien mengungkapkan perasaan marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
- 4) Menyusun jadwal kegiatan harian pasien.

### d. SP 4

- 1) Mengevaluasi kegiatan lalu

- 2) Melatih pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (beribadah dan berdoa)
- 3) Menyusun jadwal kegiatan pasien

e. SP 5

- 1) Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat
- 2) Menyusun jadwal minum obat secara teratur

**2. Implementasi pada keluarga klien**

a. SP 1

- 1) Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara merawat pasien (diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien)
- 2) Mendiskusikan bersama keluarga tentang penyebab, tanda, gejala, jenis, akibat perilaku kekerasan
- 3) Mendiskusikan bersama keluarga kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat (mencederai diri sendiri atau orang lain)

b. SP 2

- 1) Melatih keluarga melakukan cara mengendalikan kemarahan
- 2) Menganjurkan keluarga memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan perawat
- 3) Mengajarkan keluarga memberi pujian kepada pasien jika melakukan kegiatan dengan tepat
- 4) Mendiskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala perilaku kekerasan

### 2.4.8 Evaluasi

Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi formatif, dilakukan tiap selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil atau sumatis dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien

Evaluasi yang diharapkan pada klien yaituklien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan, dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan, pasien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan, pasien dapat mencegah perilaku kekerasan secara fisik, spiritual, social dan dengan terapi psikofarmaka.

Evaluasi yang diharapkan pada keluarga yaitu keluarga mampu merawat pasien perilaku kekerasan dengan benar di rumah.