

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock, 2003).

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif adalah alam perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, 'miskin' kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berfikir abstrak dan kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif.

2.1.2 Etiologi

1. Faktor Genetik

Faktor keturunan juga menentukan timbulnya skizofrenia. Skizofrenia melibatkan lebih dari satu gen, sebuah fenomena yang disebut *quantitative trait loci*. Skizofrenia yang paling sering kita lihat mungkin disebabkan oleh beberapa gen yang berlokasi di tempat-tempat yang berbeda diseluruh kromosom. Ini juga mengklarifikasikan mengapa ada gradasi tingkat keparahan pada orang-orang yang

mengalami gangguan ini (dari ringan sampai berat) dan mengapa risiko untuk mengalami skizofrenia semakin tinggi dengan semakin banyaknya jumlah anggota keluarga yang memiliki penyakit ini (Dadang, 2015).

2. Faktor Biokimia

Skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut neurotransmitter, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas *neurotransmitter dopamine* yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap *dopamine*. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas *dopamine* yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa *neurotransmitter* lain seperti *serotonin* dan *norepinephrine* tampaknya juga memainkan peranan (Durand, 2007).

3. Faktor Psikologis dan Sosial

Faktor psikososial meliputi adanya kerawanan herediter yang semakin lama semakin kuat, adanya trauma yang bersifat kejiwaan, adanya hubungan orang tua-anak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga (Wiraminardja & Sutardjo, 2005). Banyak penelitian yang mempelajari bagaimana interaksi dalam keluarga mempengaruhi penderita skizofrenia. Sebagai contoh, istilah *schizophrenic mother* kadang - kadang digunakan untuk mendeskripsikan tentang ibu yang memiliki sifat dingin, dominan, dan

penolak, yang diperkirakan menjadi penyebab skizofrenia pada anak-anaknya (Durand & Barlow, 2007).

2.1.3 Mekanisme Terjadinya Skizofrenia

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan premorbid, prodormal, fase aktif dan keadaan residual (Sadock, 2003; Buchanan, 2005).

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 perkembangan gejala prodormal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala prodormal skizofrenia dapat berupa cemas, gaduh (gelisah), merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap pasien dengan skizofrenia menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluh gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Sadock, 2003).

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri (tilikan) 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, yaitu dapat berupa penarikan diri dan perilaku aneh (Buchanan, 2005).

2.1.4 Tipe – Tipe Skizofrenia

Diagnosa skizofrenia berawal dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* yaitu DSM-III (*American Psychiatric Assosiation*, 1980) dan berlanjut dalam DSM-IV (*American Psychiatric Assosiation*, 1994) 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 (Davison, 2006) :

1. Tipe Hebrefenik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak, suka berargumentasi, dan agresif.

2. Tipe katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik. Aktifitas motor yang berlebihan, negativism 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*).

3. Tipe Tak Terinci

Tipe ini merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan, 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.

4. 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.

2.1.5 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Hawari (2014) gejala yang timbul pada pasien dengan skizofrenia ada 2 yakni gejala positif dan gejala negatif.

1. Gejala Positif

Gejala positif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia berupa :

- a. *Delusi* atau waham yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal).
- b. *Halusinasi*, yaitu pengalaman panca indra tanpa adanya rangsang (stimulus), misalnya penderita mendengarkan suara-suara bisikan ditelinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
- c. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicara kacau sehingga tidak diikuti arah pembicaraannya.

- d. Gaduh gelisah, tidak dapat diam, agresif, mondar-mandir, bicara dengan semangat dan berlebihan.
- e. Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman pada dirinya.
- g. Menyimpan rasa permusuhan, merupakan salah satu motivasi keluarga membawa penderita berobat karena sangat mengganggu lingkungan.

2. Gejala Negatif

Gejala negatif yang diperlihatkan penderita skizofrenia sebagai berikut:

- a. Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat ditunjukkan dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*daydream*)
- c. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berfikir abstrak.
- f. Tidak ada/ kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak adanya upaya dan usaha, tidak ada spontanitas (monoton).

2.1.6 Penatalaksanaan

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

1. Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah *Chlorpromazine* dan *fluphenazine decanoate*. Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat *phenothiazines*, *reserpine* (serpasil), dan *haloperidol* (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama (Durand & Barlow, 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.

ECT kemudian jarang digunakan karena metode ini kemudian diketahui tidak berpengaruh bagi sebagian besar penderita skizofrenia meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan hingga saat ini. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan pasien. Pasien

seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancauan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Durand & Barlow, 2007).

2. Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun diluar 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 diusia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand & Barlow, 2007)

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapis berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah didalamnya. 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, 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. Ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan terapi-terapi secara individual.

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengertian Perilaku Kekerasan

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, 2012).

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan secara verbal maupun non verbal, bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Yoseph, 2011).

2.2.2 Rentang Respon Neurologis

Perilaku atau respon kemarahan dapat berflutuatif dalam rentang adaptif sampai rentang maladaptive. Rentang respon marah menurut

Yoseph, 2007 dimana amuk dan agresif berada pada rentang maladaptive, seperti gambar berikut :

- a. Asertif, yaitu mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain, hal ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.
- b. Frustrasi adalah respon terjadi akibat gagal mencapai tujuan karena yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan.
- c. Pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sekarang dialami, dilakukan dengan tujuan untuk menghindari suatu tuntutan nyata.
- d. Agresif merupakan hasil kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan. Agresif memperlihatkan permusuhan, keras, dan mengamuk, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata – kata ancaman tetapi tidak melukai. Umumnya klien dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
- e. Kekerasan sering juga disebut dengan gaduh gelisah atau amuk. Perilaku ini ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata – kata ancaman, melukai pada tingkat ringan sampai pada yang paling berat, dan pasien tidak mampu mengendalikan diri (Yosep, 2007).

2.2.3 Etiologi Perilaku Kekerasan

Beberapa penyebab terjadinya perilaku kekerasan menurut Stuart, Sundeen 2009 yaitu :

1. Factor Predisposisi

Pada factor predisposisi memiliki beberapa factor yang mendukung terjadinya perilaku kekerasan, adalah :

a. Factor biologis

- 1) Instinctual drive theory (teori dorongan naluri). Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.
- 2) Psycomatic theory (teori psikomatik). Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini sistem limbic berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah

b. Factor psikologis

- 1) Frustration Agression Theory (teori agresif frustasi). Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustasi yang terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.
- 2) Behavioral theory (teori perilaku). Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah

atau di luar rumah. Semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

- 3) Existencial theory (teori eksistensi). Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan yaitu kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui perilaku konstruktif maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku dekstruktif.

c. Factor sosiso cultural

- 1) Social envoirement theory (teori lingkungan). Lingkungan social akan memperngaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan control social yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah – olah perilaku kekerasan diterima.
- 2) Social learning theory (teori pembelajaran sosial). Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2. Factor Presipitasi

Stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat buruk. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dalam. Contoh stressor yang berasal dari luar antara lain serangan fisik, kehilangan, kematian, krisis dan lain – lain. Sedangkan dari dalam adalah putus hubungan dengan seseorang yang berarti, kehilangan rasa cinta, ketakutan terhadap penyakit fisik, hilang

control, menurunnya percaya diri, dan lain – lain. Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

2.2.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Yoseph (2009) mengemukakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Fisik
 - a. Muka merah dan tegang
 - b. Mata melotot / pandangan tajam
 - c. Tangan mengepal
 - d. Rahang mengatup
 - e. Postur tubuh kaku
 - f. Jalan mondar - mandir
2. Verbal
 - a. Bicara kasar
 - b. Suara tinggi, membentak atau berteriak
 - c. Mengancam secara verbal atau fisik
 - d. Mengumpat dengan kata – kata kotor
 - e. Suara keras
 - f. Ketus
3. Perilaku
 - a. Melempar atau memukul benda / orang lain
 - b. Menyerang orang lain
 - c. Merusak lingkungan

d. Amuk / agresif

4. Emosi

a. Tidak adekuat

b. Tidak nyaman dan aman

c. Rasa terganggu

d. Dendam dan jengkel

e. Tidak berdaya

f. Bermusuhan

g. Mengamuk

h. Ingin berkelahi

i. Menyalahkan dan menuntut

5. Intelektual

a. Mendominasi

b. Cerewet

c. Kasar

d. Berdebat

e. Meremehkan

f. Sarkasme

6. Spiritual

a. Merasa diri berkusa dan benar

b. Mengkritik pendapat orang lain

c. Tidak peduli dan kasar

7. Social

a. Menarik diri

- b. Pengasingan
 - c. Penolakan
 - d. Kekerasan
 - e. Ejekan
 - f. Sindiran
8. Perhatian
- a. Bolos
 - b. Mencuri
 - c. Melarikan diri
 - d. Penyimpangan seksual

2.2.5 Proses Terjadinya Masalah

Menurut Yosep (2007) kemarahan diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal atau eksternal. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ejekan, cacian, makian, hilangnya benda berharga, tertipu, pengusuran, bencana dan sebagainya. Hal tersebut akan mengakibatkan kehilangan atau gangguan pada sistem individu (disruption and loss). Hal yang terpenting adalah bagaimana individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut (personal meaning). Bila seseorang memberi makna positif, misalnya : macet adalah waktu untuk istirahat, penyakit adalah sarana penggugur dosa, suasana bising adalah melatif persyarafan telinga maka ia akan dapat melakukan kegiatan secara positif (compensatory act) dan tercapai perasaan lega (resolution). Bila ia gagal dalam memberikan makna menganggap segala sesuatunya sebagai

ancaman dan tidak mampu melakukan kegiatan positif (olah raga, meyapu atau baca puisi saat ia marah dan sebagainya) maka akan muncul perasaan tidak berdaya dan sengsara (helplessness). Perasaan itu akan memicu timbulnya kemarahan (anger). Kemarahan yang diekspresikan keluar (expressed outward) dengan kegiatan yang konstruktif dapat menyelesaikan masalah. Kemarahan yang diekspresikan dengan kegiatan yang dekonstruktif dapat menimbulkan perasaan bersalah dan menyesal (guilt). Kemarahan yang dipendam akan menimbulkan gejala psikomatis (painfull symptom). Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui 3 cara, yaitu :

1. Mengungkapkan secara verbal
2. Menekan
3. Menantang

Dari ketiga cara ini yang pertama adalah cara onstruktif sedang dua cara lainnya adalah dekonstruktif. Dengan melarikan diri atau menentang akan menimbulkan rasa bermusuhan dan bila cara ini dipakai terus menerus, maka kemarahan dapat diekspresikan pada diri sendiri atau lingkungan dan akan tampak sebagai depresi psikomatik atau agresif dan mengamuk.

2.2.6 Akibat Terjadinya Perilaku Kekerasan

Akibat dari resiko perilaku kekerasan yaitu adanya kemungkinan mencederai diri, orang lain dan merusak lingkungan adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami perilaku yang dapat membahayakan secara fisik baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungannya. Kondisi ini

biasanya akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif (Yosep, 2007).

2.2.7 Mekanisme Koping Perilaku Kekerasan

Mekanisme koping yang biasa digunakan menurut (Fitria, 2009) adalah :

1. Sublimasi, yaitu melampiaskan masalah pada objek lain
2. Proyeksi, yaitu menyatakan orang lain mengenal kesukaan / keinginan tidak baik
3. Represif, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan melebihi sikap perilaku yang berlawanan
4. Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan melebihi sikap / perilaku yang berlawanan
5. Displacement, yaitu melepaskan perasaan tertekan dengan bermusuhan pada objek yang berbahaya.

Perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi beduka yang berkepanjangan dari seseorang karena ditinggal oleh orang yang dianggap berpengaruh dalam hidupnya. Bila kondisi tersebut tidak teratasi maka dapat menyebabkan seseorang harga diri rendah (HDR), sehingga sulit untuk bergaul dengan orang lain. Bila ketidakmampuan bergaul dengan orang lain tidak dapat diatasi maka akan muncul halusinasi berupa suara – suara atau bayang – bayangan yang meminta klien untuk melakukan kekerasan. Hal ini dapat berdampak pada keselamatan dirinya, beresiko pada orang lain, dan lingkungannya.

Selain diakibatkan oleh berduka yang berkepanjangan, dukungan keluarga yang kurang baik dalam menghadapi kondisi klien dapat memengaruhi perkembangan klien (koping keluarga tidak efektif). Hal ini yang menyebabkan klien sering keluar masuk RS atau menimbulkan kekambuhan karena dukungan keluarga tidak maksimal (regimen trapeutik inefektif).

2.2.8 Penatalaksanaan

1. Farmakoterapi

Klien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya Chlorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat digunakan dosis efektif rendah contohnya Trifluoperazine estalazine, bila tidak ada juga dapat digunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik 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 petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya.

3. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat – sakit) klien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptive (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptive (pencegahan sekunder) dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan klien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

4. Terapi somatic

Menurut Depkes RI 2000 halaman 230 menerangkan bahwa terapi somatic terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa yang bertujuan mengubah perilaku yang maladaptive menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien.

5. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau elctronik convulsive teraphy (ECT) adalah bentuk terapi kepada klien dengan menimbulkan kejang grand mal dengan mengalirkan arus lidtrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis klien. Terapi ini pada awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20 – 30 kali terapi biasanya dilaksanakan setiap 2 – 3 hari sekali (seminggu 2 kali).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Masuk

Pada pasien perilaku kekerasan kebanyakan dilakukan dengan pasien yang berjenis kelamin laki – laki, perbandingan dengan wanita adaah 2 : 1. Pada pasien dengan perilaku kekerasan biasanya dilakukan oleh pasien yang telah berusia lebih dari 40 tahun, beragama Islam ataupun kristiani (Keliat, 2012).

2. Alasan Masuk

Pasien dengan perilku kekerasan dibawa ke rumah sakit jiwa dengan alasan mengamuk, membantng – banting barang, gelisah, amuk, tidak bisa tidur, pasien mudah kesal dan jengkel, pasien tampak tegang dan tidak mau menceritakan masalahnya.

3. Factor predisposisi

- a. Klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan

- b. Klien pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan fisik dalam keluarga
- c. Klien dengan perilaku kekerasan (PK) bisa herediter
- d. Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu / tidak menyenangkan (Keliat, 2010)

4. Fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ yaitu : pemeriksaan TTV (biasanya tekanan darah, nadi dan pernafasan akan meningkat ketika klien marah), diikuti pemeriksaan fisik seperti tinggi badan, berat badan, serta keluhan – keluhan fisik.

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram dibuat tiga generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarganya dan biasanya pada genogram akan terlihat ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi klien, pengambilan keputusan dan pola asuh.

b. Konsep diri

Pada umumnya pasien dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan

a) Gambaran diri

Persepsi klien terhadap tubuhnya yang paling disukai atau yang paling tidak disukai.

b) Identitas diri

Status dan posisi pasien saat sebelum dirawat, kepuasan sebagai seorang laki – laki atau perempuan, dan klien tidak

puas terhadap pekerjaan yang sedang dilakukan maupun yang sudah dikerjakannya.

c) Peran diri

Harapan klien terhadap tubuh dan klien merasa memiliki masalah dalam menjalankan peran dan tugasnya.

d) Ideal diri

Klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi, status peran, kesembuhan dirinya dari penyakit, dan harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, maupun masyarakat)

e) Harga diri

Pada pasien perilaku kekerasan harga diri pasien merasa tidak berguna atau tidak berdaya dan merasa tidak diterima atau ditolak oleh lingkungannya.

c. Hubungan social

Klien tidak mempunyai orang terdekat tempat ia bercerita dalam hidupnya, dan tidak mengikuti kegiatan dalam masyarakat.

d. Spiritual

Klien memiliki keyakinan, tetapi jarang dalam melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya, karena ia kurang menghiraukan manfaat spiritual dengan ibadah.

e. Status mental

a) Penampilan

Penampilan kadang – kadang rapid an kadang – kadang tidak rapi. Pakaian diganti klien ketika dalam keadaan yang normal

b) Pembicaraan

Biasanya klien berbicara dengan nada yang tinggi dan keras.

c) Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien tampak tegang, agitasi (gerakan motorik yang gelisah), serta memiliki penglihatan yang tajam saat ditanya hal – hal yang dapat menyinggungnya

d) Alam perasaan

Biasanya alam perasaan klien terlihat sedikit sedih terhadap apa yang sedang dialaminya

e) Afek

Biasanya klien saat berinteraksi emosinya labil. Dimana klien mudah tersinggung ketika ditanyai hal – hal yang tidak mendukungnya. Klien memperlihatkan mimik muka yang tajam dan tegang.

f) Interaksi selama wawancara

1) Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung

2) Defensive, selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya

g) Persepsi

Klien tidak ada mendengar suara – suara, maupun bayangan – bayangan yang aneh

h) Proses atau arus fikir

Biasanya klien berbicara sesuai dengan apa yang ditanyakan perawat, tanpa meloncat atau berpindah – pindah ke topic lain.

i) Isi piker

Biasanya klien PK memiliki ambang isi fikir yang wajar, dimana ia selalu menanyakan kapan ia akan pulang dan mengharapkan pertemuan dengan keluarga dekatnya

j) Tingkat kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran klien baik, dimana ia menyadari tempat keberadaannya dan mengenal baik bahwasanya ia berada dalam pengobatan atau perawatan untuk mengontrol emosi labilnya

k) Memori

Biasanya daya ingat jangka panjang klien baik, dimana ia masih bisa menceritakan kejadian masa lampau yang pernah dialaminya, maupun daya ingat jangka pendek. Sepertia meceritakan penyebab ia masuk RSJ.

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya klien yang pernah menduduki dunia pendidikan, tidak memiliki masalah dalam berhitung.

m) Kemampuan penilaian

Biasanya klien masih memiliki kemampuan penilaian yang baik, seperti jika ia disuruh memilih mana yang baik antara

makan dulu atau mandi dulu, maka ia akan menjawab lebih baik mandi dulu.

n) Daya tilik diri

Biasanya klien akan menyadari bahwa ia berada dalam masa pengobatan untuk mengendalikan emosinya yang labil

f. Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Biasanya klien PK yang tidak memiliki masalah dengan nafsu makan maupun sistem pencernaannya, maka akan menghabiskan makanan sesuai dengan porsi makanan yang diberikan

b) Bab / bak

Biasanya klien masih bisa bab / bak ke tempat yang disediakan atau ditentukan seperti WC atau kamar mandi

c) Mandi

Biasanya untuk kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, dan gunting kuku masih bisa dilakukan seperti orang – orang normal kecuali ketika emoinya sedang labil

d) Berpakaian

Biasanya masalah berpakaian tidak terlalu terlihat perubahan, dimana klien biasanya masih bisa berpakaian secara normal

e) Istirahat dan tidur

Biasananya untuk lama waktu tidur siang dan malam tergantung keinginan klien itu sendiri dan efek dari meminum

obat yang dapat memberikan ketenangan lewat tidur. Untuk tindakan seperti membersihkan tempat tidur, dan berdoa sebelum tidur maka itu masih bisa dilakukan klien seperti orang normal.

f) Penggunaan obat

biasanya klien akan menerima keadaan yang sedang dialaminya, dimana ia masih dapat patuh minum obat sesuai frekuensi, jenis, waktu maupun cara pemberian obat itu sendiri

g) Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien menyatakan keinginan yang kuat untuk pulang, dimana ia akan mengatakan untuk melanjutkan pengobatan di rumah maupun control ke puskesmas dan dibatu keluarganya

h) Aktivitas didalam rumah

Biasanya klien masih bisa diarahkan untuk melakukan aktivitas di dalam rumah seperti merapikan tempat tidur atau mencuci pakaian

i) Aktivitas diluar rumah

Ini disesuaikan jenis kelamin klien dan pola kebiasaan yang biasa dia lakukan di luar rumah

g. Mekanisme koping

Mekanisme koping yang biasa digunakan adalah

- a) Sublimasi, yaitu melampiaskan masalah pada objek lain
- b) Proyeksi, yaitu menyampaikan pada orang lain mengenal kesukaan / perilaku tidak baik

- c) Represif, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan berlebihan sikap / perilaku yang berlebihan
- d) Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan berlebihan sikap perilaku yang berlawanan
- e) Displacement, yaitu melepaskan perasaan tertekan dengan bermusuhan pada objek yang berbahaya

h. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya klien akan mengungkapkan masalah yang menyebabkan penyakitnya maupun apa saja yang dirasakannya kepada perawat maupun tim medis lainnya, jika terbina hubungan dan komunikasi yang baik serta perawat maupun tim medis yang lain dapat memberkan solusi maupun jalan keluar yang tepat dan tegas

i. Pengetahuan

Biasanya klien memiliki kemampuan pengetahuan yang baik, dimana ia dapat menerima keadaan penyakitnya dan tempat ia menjalani perawatan serta melaksanakan pengobatan dengan baik

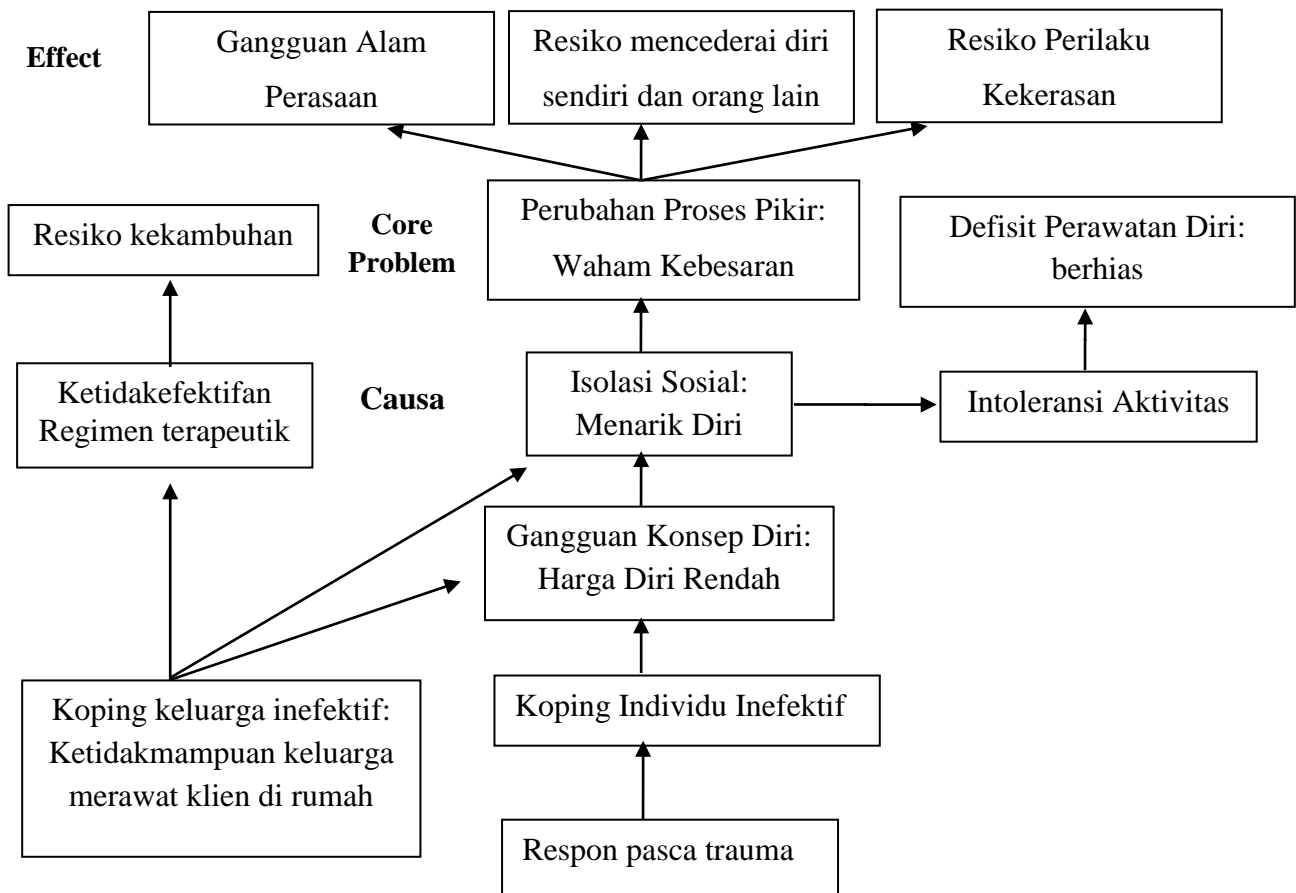
j. Aspek medic

Pada pasien perilaku kekerasan, adapun terapi obat anti ansietas dan hipnotik sedative seperti diazepam, anti depresan seperti amitriptilin, metlexon dan proponolol.

Pada terapi keluarga, keluarga dibantu untuk menyelesaikan konflik, cara membatasi konflik, saling mendukung dan

menghilangkan stress. Lalu pada terapi kelompok, berfokus pada dukungan dan perkembangan keterampilan social dan aktivitas lain dengan berdiskusi dan bermain untuk mengendalikan kesadaran klien, karena masalah sebagian orang merupakan perasaan dan tingkah laku pada orang lain.

2.3.2 Pohon masalah



2.3.3 Diagnosa keperawatan

Perilaku Kekerasan

2.3.4 Intervensi keperawatan

Setelah menegakkan diagnose keperawatan, perawat melakukan beberapa tindakan keperawatan, baik pada pasien maupun keluarga menurut Keliat 2015 yaitu :

2. Tindakan keperawatan kepada pasien

a) 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

b) Tindakan keperawatan

- 1) Bina hubungan saling percaya
- 2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan yang sekarang dan lalu
- 3) Diskusikan perasaan, tanda dan gejala yang dirasakan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- 4) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat marah
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan

- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan, yaitu dengan cara berikut :
 - 7) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik
 - 8) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara social atau verbal
 - 9) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual
 - 10) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
 - 11) Ikut sertakan pasien dalam TAK stimulasi persepsi untuk mengendalikan perilaku kekerasan
3. Tindakan keperawatan kepada keluarga
- a) Tujuan keperawatan
Keluarga dapat merawat pasien di rumah
 - b) Tindakan 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
- 5) Buat perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.5 Implementasi keperawatan

1. Strategi Pelaksanaan

Tujuan

Pasien tidak membahayakan dirinya, orang lain dan lingkungannya serta pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan

SP 1 P :

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

SP 2 P :

1. Evaluasi mengendalikan perilaku dengan cara fisik pertama (nafas dalam)
2. Membantu pasien dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (memukul kasur dan bantal)
3. Menyusun jadwal kegiatan harian

SP 3 P :

1. Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara social atau verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan)
2. Latihan untuk mengungkapkan perasaan marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
3. Susun jadwal latihan mrngungkapkan marah secara verbal

SP 4 P :

1. Evaluasi hasil latihan mengendalikan perilaku ekerasan secara visik dan social atau verbal
2. Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual dengan latihan berdoa dan beribadah
3. Buat jadwal latihan untuk berdoa dan beribadah

SP 5 P :

1. Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat
2. Susun jadwal minum obat secara teratur

2. Strategi Pelaksanaan Keluarga**Tujuan**

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

SP 1 K :

1. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang tata cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah (diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien)
2. Diskusikan bersama keluarga tentang penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan
3. Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu dan segera dilaporkan kepada perawat (seperti melempar atau memukul benda atau orang lain)

SP 2 K :

1. Melatih keluarga cara – cara mengendalikan kemarahan (evaluasi pengetahuan pasien tentang marah)
2. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan perawat
3. Ajarkan keluarga untuk memberi pujian kepada pasien jika pasien dapat mealkukan tindakan tersebut dengan tepat.
4. Diskusikan bersama keluarga tentang tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala – gejala perilaku kekerasan

2.3.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Jika tidak tercapai, maka perlu ditindak lanjuti dalam penerapan bagian intervensi lama yang belum tercapai, atau memikirkan

intervensi terbaru. Evaluasi dapat dilakukan 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 dilakukan

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

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