

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep skizofrenia

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara pikir, emosi, dan perilaku sosialnya. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama proses pikir serta disharmoni (antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi. (Marry C Townsend, 2009)

2.1.2 Jenis Skizofrenia

- a. Skizofrenia simplex: dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Skizofrenia hebefrenik, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skizofrenia katatonik, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisa katatonik.
- d. Skizofrenia paranoid, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.

- e. Episode Skrizofrenia akut (lir Skrizofrenia), adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. Skrizofrenia psiko-afektif, yaitu adanya gejala utama Skrizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skrizofrenia residul adalah Skrizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan Skrizofrenia (Maramis, 2009)

2.1.3 Gejala Skrizofrenia

1) Gejala primer

- a) Gangguan proses fikir (bentuk langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan sosiasi dan terjadi inkoherensi.
- b) Gangguan efek emosi
- c) Terjadi kedangkalan afek-emosi
- d) Paramimi dan paratimi (incongruity of affect / inadkuat)
- e) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
- f) Emosi berlebihan
- g) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- h) Gangguan kemauan
 - 1. Terjadi kelemahan kemauan
 - 2. Perilaku negativism atas permintaan
 - 3. Otomatisme: merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi orang lain
- i) Gejala psikomotor
 - 1. Stupor atau hiperkinesia, logore dan neologisme.

2. Stereotopi.
 3. Katelepsi: mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama.
 4. Echolalia dan echopraxia.
 5. Autism.
- 2) Gejala skunder
- a) Waham.
 - b) Halusinasi.

2.2 Konsep Perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (kusumawati dan hartono, 2010).

Perilaku kekerasan sukar diprediksi. Setiap orang dapat bertindak keras tetapi ada kelompok tertentu yang memiliki resiko tinggi; pria berusia 15-25 tahun; orang kota, kulit hitam, atau subgroup dengan budaya kekerasan; peminum alcohol. Kunci penentu perilaku kekerasan individu adalah:

1. Riwayat perilaku kekerasan pada masa lalu;
2. Pengguna aktif alkohol;
3. Kekerasan fisik masa kanak-kanak;
4. Beberapa bentuk trauma otak;

2.2.1 Tanda dan Gejala

a. Fisik

Mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

b. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus.

c. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

d. Emosi

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

e. Intelektual

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

3. Pasif

Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan.

4. Agresif

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

5. Kekerasan

Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya control.

Table 1: Perbandingan antara perilaku asertif, pasif, dan agresif/kekerasan

	PASIF	ASERTIF	AGRESIF
ISI PEMBICARAAN	Negatif dan merendahkan diri, contohnya perkataan:”dapatkah saya?” “dapatkah kamu?”	Positif dan menawarkan diri, contohnya perkataan: “saya dapat...” “saya akan...”	Menyombongkan diri, merendahkan orang lain, contohnya perkataan: “kamu selalu...” “kamu tidak pernah...”
TEKANAN SUARA	Cepat lambat, mengeluh	Sedang	Keras dan ngotot
POSISI BADAN	Menundukkan kepala	Tegap dan santai	Kaku,condong ke depan
JARAK	Menjaga jarak dengan sikap acuh/mengabaikan	Mempertahankan jarak yang nyaman	Siap dengan jarak akan menyerang orang lain
PENAMPILAN	Loyo, tidak dapat tenang	Sikap tenang	Mengancam, posisi menyerang

KONTAK MATA	Sedikit /tidak sama sekali	Mempertahankan kontak mata sesuai dengan hubungan	Mata melotot dan dipertahankan
--------------------	----------------------------	---	--------------------------------

Sumber: keliat (1999) dalam Fitria (2009)

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kekerasan

A. Factor presdiposisi

1. Factor psikologis

- a. Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mangalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan.
- b. Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan.
- c. Rasa frustasi.
- d. Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan
- e. Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsepdiri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya.teori lain berasumsi bahwa perilaku ageisif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

- f. Teori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik.

2. Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajarinya. Sesuai dengan teori menurut Bandura bahwa agresif tidak berbeda dengan respons-respons yang lain. Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinannya terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima.

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan

3. Faktor biologis

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan, adanya pemberian stimulus elektis ringan pada hipotalamus (system limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, dimana jika terjadi kerusakan limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk

interpretasi indra penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi, dan hendak menyerang objek yang ada disekitarnya.

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

- a. Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen system neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. System limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.
- b. Pengaruh biokimia, menurut Goldstein dan Townsend (1996) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epineprin, norepineprin, dopamine, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormone androgen dan norefineprin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan factor penting presdiposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.
- c. Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara tindak criminal (narapidana).
- d. Gangguan otak, sindrom otak organic berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal),

trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsy (epilepsy lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tidak kekerasan.

B. Factor presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.
2. Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
3. Lingkungan : panas, padat, bising.

Menurut shives (1998) dalam Fitria (2009), hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan antara lain sebagai berikut :

1. Kesulitan kondisi social ekonomi.
2. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu.
3. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai orang yang dewasa.
4. Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisocial seperti penyalagunaan obat dan alcohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi frustrasi.

5. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.2.4 Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacemen, sublimasi, proyeksi, represif, denial, dan reaksi formasi.

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain:

1. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltic, gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meninngkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengespresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. perilaku asertif adalah cara yang baik, individu dapat mengespresikan rasa marahnya tanpa

menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

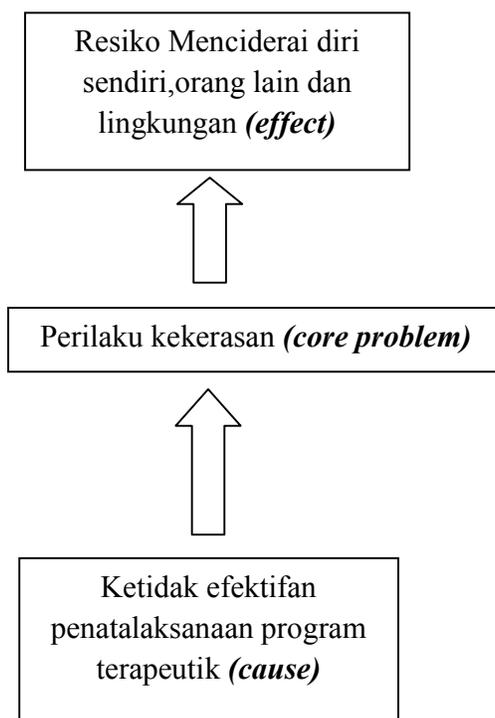
3. Memberontak

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

4. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang dtujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

2.2.5 Pohon masalah



Gambar 1.1 Pohon Masalah pada Askep Jiwa (Budi Ana Keliat, 2009)

2.3 Teori asuhan keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data yang akurat yang sistematis serta membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien serta Merumuskan diagnosa keperawatan (Carol Vestal Allen, 2000).

1. Pengumpulan data meliputi:

- a. Identitas klien, meliputi umur, nama, jenis kelamin, status, agama, bahasa yang digunakan, alamat rumah, tanggal masuk rumah sakit, jam saat masuk rumah sakit, nomor kamar dan register serta pendidikan klien.
- b. Alasan masuk rumah sakit : karena marah-marah, mengamuk, mengancam menganiaya, ngomel, merusak.
- c. Faktor predisposisi
 - 1) Pengalaman masa lalu pernah mengalami kegagalan, kurang pengalaman atau perhatian, pernah menganiaya atau dianiaya secara fisik, pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
 - 2) Jika klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah klien dapat beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala gangguan jiwa, apakah ada kemajuan atau gejala tambah dan menetap.

- 3) Apakah klien pernah mengalami kehilangan, penolakan dari lingkungan, dan kehilangan harga diri. Jika pernah beri penjelasan singkat dan jelaskan tentang kejadian yang dialami klien.
- 4) Apakah klien dalam keluarga ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, bagaimana hubungan klien dengan keluarga tersebut. Apakah gejala yang dialami serta riwayat pengobatan atau perawatan yang pernah diberikan kepada anggota keluarga tersebut.
- 5) Pengalaman yang tidak menyenangkan bagi klien (kegagalan, kehilangan perpisahan, kematian, trauma selama tumbuh kembang)

d. Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ, yaitu:

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan).
- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan.
- 3) Ada atau tidaknya keluhan yang dirasakan klien.
- 4) Mengkaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ yang dikeluhkan oleh klien (budi anna keliat, dkk, 1998).

e. Psikososial

1. Genogram : merupakan silsilah dari 3 (tiga) generasi yaitu klien itu sendiri. faktor keturunan itu merupakan salah satu etiologi dari penyakit yang diderita oleh klien tapi masih terus dilakukan penelitian oleh para ilmuan.
2. Konsep diri

a. Gambaran diri

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

b. Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok) kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.

c. Peran

harapan terhadap tubuh, posisi/status/tugas, kemampuan klien melaksanakan tugas dan peran.

d. Ideal diri

Harapan terhadap tubuh, posisi/status/tugas, harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, masyarakat, tempat kerja).

e. Harga diri

Merasa tidak berguna atau tidak berdaya merasa tidak diterima atau ditolak oleh lingkungannya harga diri rendah.

3. Hubungan sosial

a. Tanyakan pada klien siapa yang paling berharga dalam kehidupannya, tempat berbicara, minta bantuan atau sokongan.

b. Kelompok apa saja yang diikuti oleh klien dalam masyarakat dan sejauh mana klien dapat terlibat dalam organisasi kelompok dan masyarakat tersebut.

4. Spiritual

a. Nilai kepercayaan

Perasaan bersalah dan berdosa yang berlebihan, pandangan masyarakat mengenai gangguan jiwa.

b. Kegiatan beribadah Pandangan klien mengenal ibadah.

5. Status mental

a. Penampilan

1) Penampilan tidak rapi dari ujung rambut sampai ujung kaki, misalnya rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik dan tidak ganti-ganti, penggunaan pakaian tidak sesuai.

2) Cara berpakaian tidak seperti biasanya, penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, identitas, tempat, situasi).

3) Jelaskan hal-hal yang ditampilkan dan kondisi lain yang tidak tercantum.

b. Pembicaraan

1) Amati pembicaraan klien, nada suara tinggi sampai berteriak.

2) Apakah pembicaraan berpindah-pindah dari kalimat satu ke kalimat yang lain yang tidak ada kaitannya.

c. Aktifitas motorik

Klien tampak lesu, agitasi, tekanan darah meningkat, grimasen, tremor, konvulsif, jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien.

d. Alam perasaan

Klien terlihat sedih, putus asa, gembira yang berlebihan, ketakutan, khawatir, perasaan bermusuhan, kehilangan kontrol pengendalian diri.

e. Efek

Merupakan emosi yang berkepanjangan dan meresap mengenai persepsi tentang dunia sekitarnya yang dirasakan misalnya datar, tumpul, lebih dan tidak sesuai.

f. Interaksi selama wawancara

Sikap klien bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang, dispensif, curiga, ekspresi tegang, mata merah, pandangan liar rahang tertutup rapat dan tangan dikepal erat.

g. Proses fikir

Proses lanjut klien mengenai proses fikir circumstantially, tangensial, kehilangan asosiasi, high of ideal, bloking preservasi, klien mengalami halusinasi dan ilusi. Isi fikiran seperti tidak memadai, obsesi, fobia, hipocondria, depersonalisasi, ide yang terkait, pikiran magic, waham dan fikiran isolasi sosial.

h. Tingkat kesadaran

Kesadaran klien bingung, stupor, disorientasi, apa yang dikatakan saat wawancara.

i. Memori

Gangguan ingat jangka panjang (lebih dari satu bulan), gangguan daya ingat jangka pendek (minggu terakhir), gangguan daya ingat saat ini, konvulasi.

j. Tingkat konsentrasi berhitung

Klien mudah dialihkan perhatiannya, tidak mampu berkonsentrasi dan tidak mampu berhitung.

k. Daya tilik diri

Klien mengingkari penyakit yang dideritanya dan tidak mampu atau tidak menyadari gangguan yang dialami serta klien menyalahkan hal-hal yang diluar dirinya.

l. Kebutuhan persiapan pulang

Merupakan data yang harus dikaji untuk mengetahui masalah yang mungkin dihadapi saat pulang dari Rumah Sakit meliputi kemampuan klien memenuhi atau menyediakan kebutuhannya, kegiatan hidup sehari-hari, pola nutrisi, sistem pendukung yang dimiliki klien.

2.3.2 Analisa data

Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan mentabulasi, menyeleksi, mengklasifikasi, mengelompokkan, mengaitkan data dan menentukan kesenjangan informasi, melihat polanya data, membandingkan dengan standart, menginterpretasikan dan terakhir membuat kesimpulan.(carol vestal allen,2000).

2.3.3 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan / proses kehidupan yang aktual dan potensial (Carol Vestal Allen, proses keperawatan dan diagnosa keperawatan EGC, 2000). Diagnosa keperawatan : 1. perilaku kekerasan

2.3.4 Perencanaan

Setelah melakukan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan pelaksanaan keperawatan perlu ditetapkan untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan klien yang meliputi: memprioritaskan masalah, menunjukkan tujuan dan kriteria hasil serta merumuskan sesuai dengan masalah diatas.

Rencana keperawatan.

Diagnosa : 1. Perilaku kekerasan.

Intervensi keperawatan (pasien) :

Tujuan :

1. Pasien mampu:
 - a. Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan.
 - b. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.
 - c. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
 - d. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
 - e. Mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara: fisik, social/verbal, spiritual, terapi psikofarmaka (obat).

Kriteria hasil :

1. Setelah..x pertemuan, pasien mampu:
 - a. Menyebutkan penyebab, tanda, gejala, dan akibat perilaku kekerasan.
 - b. Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan.
2. Setelah..x pertemuan, pasien mampu:
 - a. Menyebut kegiatan yang sudah dilakukan.
 - b. Memperagakan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan.
3. Setelah..x pertemuan, pasien mampu:
 - a. Menyebut kegiatan yang sudah dilakukan.
 - b. Memperagakan cara social/verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan
4. Setelah..x pertemuan, pasien mampu:
 - a. Menyebutkan kegiatan yang dilakukan.
 - b. Memperagakan cara spiritual.
5. Setelah..x pertemuan, pasien mampu:
 - a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.
 - b. Memperagakan cara patuh obat.

Intervensi :

1. SP 1 :
 - a. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan.
 - b. Latih cara fisik 1 :tarik nafas dalam.
 - c. Masukkan dalam jadwal harian pasien.

2. SP 2 :
 - a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1).
 - b. Latih cara fisik 2 : pukul bantal/kasur.
 - c. Masukkan dalam jadwal harian pasien.
3. SP 3 :
 - a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2).
 - b. Latih secara social/verbal.
 - c. Menolak dengan baik.
 - d. Meminta dengan baik.
 - e. Mengungkapkan dengan baik.
 - f. Masukkan dalam jadwal harian pasien.
4. SP 4 :
 - a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2 dan 3).
 - b. Latih secara spiritual (berdoa dan sholat).
 - c. Masukkan dalam jadwal harian pasien.
5. SP 5 :
 - a. Evaluasi kegaatan yang lalu (SP1,2,3 dan 4.)
 - b. Latih patuh obat(minum obat secara teratur dengan prinsip 5B,susun jadwal minum obat secara teratur).
 - c. Masukkan dalam jadwal harian pasien.

Intervensi keperawatan (pada keluarga) :

Tujuan :

1. Keluarga mampu :

a. Merawat pasien dirumah.

Kriteria hasil :

1. Setelah..x pertemuan, keluarga mampu menjelaskan penyebab, tanda dan gejala akibat serta mampu memperagakan cara perawatan.
2. Setelah..x pertemuan, keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat serta dapat membuat RTL.
3. Setelah..x pertemuan, keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang dilakukan dan mampu merawat serta dapat membuat RTL.

Intervensi :

1. SP 1 :

- a. Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- b. Jelaskan tentang perilaku kekerasan : (penyebab, akibat, cara merawat).
- c. Latih cara merawat.
- d. RTL keluarga/jadwal untuk merawat pasien.

2. SP 2 :

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1).
- b. Latih (simulasi) 2cara lain untuk merawat pasien.
- c. Latih langsung kepasien.
- d. RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat pasien.

3. SP 3 :
 - a. Evaluasi SP 1 dan SP 2.
 - b. Latih langsung ke pasien
 - c. RTL keluarga/jadwal keluarga merawat pasien.

2.3.5 Pelaksanaan

SP1 pasien : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam).

SP2 pasien : membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (evaluasi latihan nafas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul kasur dan bantal), menyusun jadwal kegiatan hari ke dua).

SP3 pasien : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara social/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik),susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal).

SP 4 pasien : bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa).

SP 5 pasien : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien/pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur).

SP 1 keluarga : memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah (diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, diskusikan dengan keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda, dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat perilaku tersebut), diskusikan bersama keluarga kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.)

SP 2 keluarga : Melatih keluarga melakukan cara-cara mengendalikan diri kemarahan (evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah, anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat, ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat, diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan).

SP 3 keluarga : membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk melihat efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap

tindakan keperawatanyang akan dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan jangka pendek dan panjang yang telah dilakukan. Rencana tindakan lanjut dapat berupa:

1. Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
2. Rencana modifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi belum memuaskan
3. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan.
4. Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.(Budi Anna keliat dkk,1999).