

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Psikotik Akut

2.1.1 Definisi

Gangguan psikotik merupakan gangguan otak organik yang ditandai dengan hilangnya kemampuan menilai realita yang ditandai dengan waham/halusinasi dan demensia (Dalami, 2009).

Psikotik akut merupakan gangguan kejiwaan dimana individu akan menunjukkan beberapa gejala seperti delusi, halusinasi, postur dan perilaku yang aneh, asing, dan tak terduga, serta bicara kacau (Harrison, et al 2018).

Gangguan psikotik akut terjadi dimulai dengan kurun waktu 1 hari hingga kurang dari 1 tahun, gejala yang timbul dapat memberat apabila dipicu oleh sekelompok stressor atau stressor psikososial berat. Gejala dari psikotik akut sifatnya berubah- ubah sehingga sulit untuk menegakkan diagnosis praktik klinik pada penyakit ini (Sadock & Benjamin, 2012).

Berdasarkan beberapa sumber di atas, penulis menyimpulkan bahwa psikotik akut merupakan gangguan kejiwaan yang ditandai dengan adanya perilaku waham, halusinasi, perilaku dan pembicaraan yang kacau, dan perilaku katatonik yang terjadi dalam kurun waktu 1 hari hingga 1 bulan.

2.1.2 Etiologi

Menurut (Kaplan & Sadock, 2010) etiologi pada gangguan psikotik akut ini belum diketahui secara pasti. Pasien yang menderita gangguan kepribadian mungkin mempunyai kerentanan biologis atau psikologis

mengalami gejala psikotik, terutama mereka dengan kualitas borderline, skizod, skizotipal, atau paranoid.

Sebagian gangguan psikotik akut timbul tanpa stress, sebagian lain disebabkan oleh stres. Stress akut yang terjadi dikaitkan dengan satu kejadian atau lebih dan dianggap menekan bagi kebanyakan orang dalam situasi, lingkungan, dan budaya yang sama. Kesulitan yang berkepanjangan tidak dimasukkan sebagai sumber stress, tidak ada penyebab organik seperti trauma kapitis, delirium, demensia, serta intoksikasi obat atau alkohol (Warren, 2018) dalam (Catur et al., 2018).

2.1.3 Perjalanan Penyakit

Gangguan psikotik akut ini berlangsung tidak lebih dari satu bulan. Walaupun demikian perkembangan dari gangguan psikiatri tersebut signifikan dan dapat menimbulkan kerentanan mental bagi klien (Kaplan & Sadock, 2010).

Penggunaan istilah psikosis menjadi suatu hal yang penting dimana berbagai studi menunjukkan bahwa mayoritas kasus psikotik episode pertama pada akhirnya berkembang menjadi skizofrenia atau gangguan spektrum skizofrenia lainnya.

Perjalanan penyakit sebelum psikosis episode pertama seringkali tidak jelas, sehingga diagnosis pasti dianggap belum matang secara konseptual, tidak perlu secara klinis, dan berfokus pada penatalaksanaan cepat penanganan gejala psikosis.

Psikosis akut merupakan Psikosis Episode Pertama atau First Episode Psychosis (FEP). Awal mulanya adalah Fase prodromal yaitu, periode

sebelum perkembangan gejala psikotik yang dapat diidentifikasi secara retrospektif. Artinya, kebanyakan orang yang mengalami psikosis dapat mengingat tanda atau gejala lebih awal psikosis itu sendiri. Sejumlah perubahan seperti kecurigaan berlebih, kecemasan, depresi, ketegangan, iritabilitas, perubahan suasana hati, kemarahan, gangguan tidur, perubahan nafsu makan, kehilangan energi atau motivasi, gangguan ingatan, perubahan persepsi, kemerosotan performa pekerjaan atau belajar, penarikan sosial, dan kepercayaan yang tidak biasa. Kemudian, selanjutnya adalah fase akut. Di fase ini, gejala yang muncul adalah halusinasi, waham, dan gangguan pikiran. Biasanya selama fase ini pasien akan dihadirkan untuk menjalani perawatan. Salah satunya mencakup penggunaan obat anti-psikotik. Selama fase akut rawat inap seringkali diperlukan dengan tujuan sebagai manajemen gejala psikosis, pencegahan atau pengobatan kondisi komorbid seperti penyalahgunaan zat, dan promosi rehabilitasi dan pemulihan psikososial (Orygen, 2016) dalam (Andoko, 2020).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Adapun beberapa gejala pada gangguan psikotik akut menurut (Mundakir, 2022):

1. Halusinasi
2. Waham
3. Perilaku katatonik
4. Perilaku kacau
5. Terkadang pembicaraan kacau
6. Daya tilik buruk

2.1.6 Penegakkan Diagnosis Gangguan Psikotik akut

Menurut **DSM-5 dan ICD-11** dalam (dr. Zuhrotun Ulya, 2019) penegakkan diagnosis medis psikotik akut dapat menggunakan beberapa kriteria :

1. Munculnya gejala berikut ini:
 - a. Waham
 - b. Halusinasi
 - c. Pembicaraan yang kacau .
 - d. Tingkah laku yang kacau atau katatonik
2. Durasi munculnya gangguan setidaknya 1 hari hingga 1 bulan, disertai kembalinya fungsi awal sebelum mengalami gangguan jiwa
3. Tidak disebabkan karena perubahan mood, penyalahgunaan obat, kelemahan fisik, atau kondisi medis lain.

Diagnosis gangguan psikotik akut dalam *International Classification Of Diseases 11th Revision* (ICD-11) dijelaskan bahwa gangguan ditandai dengan waham, halusinasi, kekacauan proses pikir, kebingungan, gangguan afek dan mood, dan perilaku katatonik. Gejala akan berubah secara cepat, dalam perjalanan dan intensitasnya, dari hari ke hari, atau dalam satu hari. Durasi episode biasanya hingga kurang dari 1 bulan dan tidak merupakan gejala dari gangguan kondisi kesehatan lain.

Selain itu, diagnosis gangguan psikotik juga dapat ditegakkan dengan diagnosis banding, antara lain :

a. Gangguan Mental Organik

Gejala psikotik pada gangguan mental organik dengan dasar gangguan metabolik seperti pada gangguan delirium, tumor otak, epilepsi, sindrom Cushing, *cerebral anoxia*, trauma kepala.

b. Substance Use Disorder

Substance use disorder dapat mengakibatkan gejala delirium. mual, muntah, yang mengarah pada gejala psikotik. Tes laboratorium berupa cek urine dan darah digunakan untuk skrining adanya *substance use disorder*, misalnya kadar alkohol .

c. Gangguan Depresi dan Bipolar

Diagnosis gangguan psikotik akut tidak boleh ditegakkan apabila gejala psikotik yang muncul merupakan bagian dari tahapan perubahan mood. Hal ini akan tampak selama observasi perilaku.

d. Gangguan Psikotik Lain

Gangguan psikotik lain ketika gejala psikotik terus muncul selama 1 bulan lebih, di antaranya gangguan skizofrenia, waham, depresi, bipolar, tergantung pada gejala yang muncul ketika dilakukan pemeriksaan.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut (Rusdi, 2001) dalam (Katrikadewi, 2021) ada beberapa penatalaksanaan pada gangguan psikotik fase akut, antara lain :

1. Rawat Inap

Gejala yang lebih berat memungkinkan untuk terjadi, sehingga membutuhkan pengawasan oleh petugas kesehatan terlatih di Rumah Sakit. Ciptakan lingkungan perawatan yang mendukung, ciptakan tempat klien mengembangkan keterampilan, terapkan komunikasi terapeutik, ajarkan metode baru dalam menyelesaikan masalah klien, dan ajarkan sikap perilaku tertentu yang dapat diterima masyarakat.

2. Farmakoterapi

Menurut (KEMENKES, 2023) klien psikotik juga dapat disembuhkan dengan cara psikofarmaka yaitu dengan penggunaan obat antipsikotik. Terdapat 2 jenis obat antipsikotik yaitu antipsikotik tipikal seperti Haloperidol, Trifluoperazin, Klorpromazin, Flufenazin (yang kerjanya lebih pada Dopamin). Serta antipsikotik atipikal yang efek sampingnya lebih minimal dan kerjanya lebih cenderung pada Serotonin seperti Haloperidol, Quetiapin, Olanzapin, Risperidone, Aripiprazol. Selain obat antipsikotik yang dapat diberikan, biasanya klien dengan psikotik akut akan diberikan obat ansolitik seperti Benzodiazepin. Sedangkan menurut (Katona, dkk, 2012) efek samping yang ditimbulkan dari obat – obat ini antara lain rigiditas otot kaku, lidah kaku atau terasa tebal disertai kesulitan menelan. Obat antipsikotik biasanya digunakan untuk mengontrol gejala-gejala psikotik (Seperti perilaku kekerasan, halusinasi, waham), skizofrenia, psikosis organik, psikotik akut dan memblokir dopamine pasca sinaptik neuron di otak. Rute pemberian antipsikotik dapat diberikan secara oral, dapat juga diberikan secara intramuscular.

3. Psikoterapi

Walaupun perawatan dirumah sakit dan farmakoterapi dapat mengendalikan situasi jangka pendek, namun yang tersulit adalah mengubah pola budaya klien yang keliru dan menyesuaikannya kembali dengan keluarga dan masyarakat. Psikoterapi ini berisikan diskusi tentang stressor, episode psikotik, dan beberapa strategi untuk mengatasinya. Mekanisme koping merupakan pembahasan terpenting dari psikoterapi ini, setiap strategi pengobatan didasarkan pada peningkatan keterampilan menyelesaikan masalah. Memperkuat struktur ego melalui psikoterapi tampaknya merupakan cara yang paling efektif. Dukungan keluarga dalam proses pengobatan juga merupakan bagian yang terpenting dalam terapi klien (Wenzel, 2016).

2.2 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi

Menurut (SDKI, 2016), Perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak dapat dikendalikan secara verbal sehingga timbul rasa ingin mencederai orang lain atau merusak lingkungan.

Perilaku kekerasan adalah tindakan yang bertujuan untuk melukai diri sendiri dan orang lain dengan cara fisik maupun psikologis. Biasanya disertai dengan sikap amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Muhith, 2015).

Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) adalah keadaan dimana individu menunjukkan perilaku yang rentan membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan, dengan cara fisik, verbal, seksual, maupun emosional (NANDA, 2015).

Dari beberapa definisi tersebut, penulis menyimpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah beberapa perilaku tidak terkontrol baik secara verbal, fisik, atau psikologis yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

2.2.2 Etiologi

Terjadinya perilaku kekerasan dapat dijelaskan menggunakan konsep stress adaptasi (Stuart, 2016) yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi (Nurhalimah, 2016):

1 Faktor predisposisi

a. Faktor Biologis

Faktor biologis yaitu faktor yang berasal dari anggota keluarga yang melakukan perilaku kekerasan pada anggota keluarganya, adanya suatu penyakit dan riwayat penggunaan NAPZA.

b. Faktor Psikologis

Suatu pengalaman marah merupakan keinginan psikologis terhadap stimulasi dari dalam, dari luar, maupun lingkungan. Perilaku kekerasan bisa terjadi karena hasil dari keinginan yang tidak terpenuhi, hingga mengalami kegagalan.

c. Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial mengatakan bahwa setiap lingkungan akan berdampak terhadap perilaku individu. Kebiasaan mendapatkan dukungan dalam hal menjawab perilaku asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses hubungan dengan manusia yang lain.

d. Faktor Sosial Budaya

Beberapa faktor sosial budaya yang mempengaruhi risiko perilaku kekerasan menurut Wulansari & Sholihah (2021) :

- Pekerjaan dan status sosio ekonomi yang rendah

Merupakan penyumbang terbesar adanya gangguan jiwa dan dapat menyebabkan perilaku agresif . Seseorang yang tidak memiliki pekerjaan, serta memiliki status sosioekonomi yang rendah mempengaruhi status kesehatan jiwa seseorang dan berpotensi menyebabkan gangguan jiwa sehingga menyebabkan perilaku agresif atau resiko perilaku kekerasan.

- Pernikahan

Sebagian besar penderita perilaku kekerasan memiliki riwayat status perkawinan hampir setengahnya belum menikah atau bercerai. Tidak terpenuhinya atau kegagalan dalam memenuhi tugas pada masa perkawinan merupakan stressor bagi individu. Rasa malu dan marah dapat menimbulkan frustrasi bagi penderita sehingga mengakibatkan penderita cenderung mengalami perilaku maladaptive.

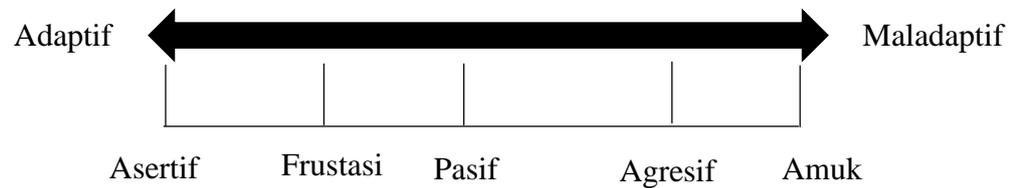
2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Selain itu, ada beberapa faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan, yaitu :

- a. Diri sendiri : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.

- b. Lingkungan: keramaian dan kepadatan, kehilangan, dan konflik interaksi sosial.

2.2.3 Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Sumber (Stuart, 2016)

Keterangan :

1. Respon Adaptive

- a. Asertif merupakan mengungkapkan kemarahan tanpa menyakiti, melukai, merendahkan orang lain.
- b. Frustrasi merupakan yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi ini dapat dialami sebagai sebuah ancaman serta kecemasan sehingga menimbulkan kemarahan.

2. Respon Maladaptive

- a. Pasif merupakan respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, menyerah dan tidak berdaya.
- b. Agresif merupakan perilaku yang menyerupai marah namun masih dapat dikontrol.
- c. Amuk merupakan perasaan marah serta bermusuhan yang tidak dapat dikontrol.

2.2.4 Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan upaya yang diarahkan untuk penatalaksanaan stress termasuk dalam upaya penyelesaian masalah langsung serta mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Afnuhazi, 2015).

a. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai kesulitan atau keinginan yang tidak baik.

c. Represi

Mencegah pikiran yang membahayakan atau menyakitkan masuk ke alam sadar.

d. Formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap serta perilaku yang berlawanan dan menjadikannya sebagai rintangan.

e. Displacement

Melepaskan perasaan tertekan, melampiaskan kemarahan kepada obyek yang tidak begitu berbahaya.

2.2.5 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) :

a. Mayor

Subyektif :

1. Mengancam
2. Mengumpat
3. Bicara keras dan kasar

Obyektif :

1. Menyerang diri sendiri/orang lain
2. Merusak lingkungan
3. Bersikap agresif

b. Minor

Subyektif :

1. Menyatakan tidak senang
2. Menyalahkan orang lain
3. Merasa berkuasa
4. Merasa gagal dan tidak percaya diri
5. Suka mengejek orang lain
6. Suka meminta hal yang tidak realistis

Obyektif :

1. Mata melotot
2. Pandangan tajam
3. Tangan mengepal
4. Rahang mengatup
5. Wajah memerah
6. Menarik diri

Sedangkan Tanda dan gejala perilaku kekerasan (Yosep, 2011) :

1. Fisik: muka merah, tegang, mata melotot, pandangan tajam, tangan mengempal, postur tubuh kaku, mondar mandir.
2. Verbal: bicara kasar, suara tinggi, membentak, mengancam , menghina, mengungkapkan kata-kata kotor.
3. Afektif : labil, merasa dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, menyalahkan, dan menuntut.
4. Intelktual: kasar, suka berdebat, meremehkan.
5. Spiritual: merasa berkuasa, merasa benar sendiri, suka mengkritik, menyinggung perasaan orang lain, apatis.
6. Sosial: menarik diri, menunjukkan penolakan, suka mengejek.

2.2.6 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medik

1. Farmakoterapi

Salah satu farmakoterapi yang digunakan pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya diberikan antipsikotik. Obat antipsikotik pertama yaitu klorpromazin sebagai pramedikasi anestesi. Kemudian setelah itu, obat itu diuji coba sebagai obat skizofrenia dan terbukti dapat mengurangi skizofrenia. Terdapat 2 jenis obat antipsikotik yaitu antipsikotik tipikal seperti Haloperidol, Trifluoperazin, Klorpromazin, Flufenazin (yang kerjanya lebih pada Dopamin). Serta antipsikotik atipikal yang efek sampingnya lebih minimal dan kerjanya lebih cenderung pada Serotonin seperti Haloperidol, Quetiapin, Olanzapin, Risperidone, Aripiprazol (KEMENKES, 2023). Selain obat antipsikotik yang dapat diberikan,

biasanya klien dengan psikotik akut akan diberikan obat ansolitik seperti Benzodiazepin.

2. Terapi Somatis

Terapi somatik adalah terapi yang di berikan kepada klien dengan tujuan mengubah perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan berupa tindakan fisik (Kusumawati & Yudi, 2010).

Beberapa terapi yang diberikan yaitu :

a) Restrain

Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat- alat manual untuk membatasi mobilitas fisik klien. Restrain harus di lakukan pada kondisi khusus, hal ini merupakan pilihan tindakan terakhir jika sikap klien sudah tidak dapat diatasi dengan strategi perilaku maupun modifikasi lingkungan.

b) Isolasi/seklusi

Isolasi/seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung klien dalam ruangan khusus. Bentuk seklusi dapat berupa pengurungan di ruangan tidak terkunci sampai pengurungan dalam ruangan terkunci.

c) ECT (Electro Convulsif Therapi)

Merupakan suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik yang menimbulkan kejang pada penderita. Tindakan ini adalah bentuk terapi pada klien dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda

yang di tempelkan pada pelipis klien untuk membangkitkan kejang grandmall. ECT lebih efektif dari antidepresan untuk klien depresi dengan gejala psikotik (waham, paranoid). Terapi ini digunakan untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali) dengan kekuatan arus listrik (2-3 joule).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Asuhan Keperawatan dapat dilakukan berupa komunikasi terapeutik kepada klien perilaku kekerasan maupun pada keluarga. Tindakan keperawatan terhadap klien dapat dilakukan lima kali pertemuan dan dilanjutkan sampai klien dan keluarga dapat mengontrol dan mengendalikan perilaku kekerasan. Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) merupakan hal penting yang harus dibentuk antara perawat dengan klien. Pada masing-masing pertemuan dilakukan terapi untuk mengontrol perilaku kekerasan (Pusdiklatnakes, 2012) :

- a) Latihan 1 untuk klien : latihan nafas dalam (teknik relaksasi).
- b) Latihan 2 untuk klien : latihan secara fisik, memukul kasur/bantal.
- c) Latihan 3 untuk klien : Latihan cara sosial atau verbal
- d) Latihan 4 untuk klien : Latihan cara spiritual
- e) Latihan 5 untuk klien : Latihan minum obat dengan benar

Latihan pada klien diimplementasikan melalui strategi pelaksanaan 1 hingga 4.

2. Terapi Keluarga

Menurut (Afnuhazi, 2015) berfokus pada keluarga dimana keluarga membantu mengatasi masalah klien dengan memberikan perhatian :

- a) Bina hubungan saling percaya (BHSP)
- b) Menjaga emosi klien
- c) Libatkan klien dalam kegiatan yang berhubungan dengan keluarga
- d) Memberikan kesempatan pada klien dalam mengemukakan pendapat atau masalah yang dialami
- e) Mendengarkan keluhan klien
- f) Membantu memecahkan masalah yang dialami oleh klien
- g) Hindari penggunaan kata-kata yang menyinggung perasaan klien
- h) Jika klien melakukan kesalahan jangan langsung memvonis
- i) Jika terjadi perilaku kekerasan, bawa klien ketempat yang tenang dan aman, hindari benda tajam, lakukan fiksasi sementara, rujuk ke pelayanan kesehatan.

3. Terapi modalitas

Terapi modalitas keperawatan jiwa ditujukan agar klien mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar. Harapannya, klien dapat terus bekerja, bersosialisasi, dan bekerjasama dengan baik ketika menjalani terapi (Direja, 2011). Jenis-jenis terapi modalitas adalah :

a) Psikoterapi

Merupakan suatu cara pengobatan oleh tenaga terlatih terhadap masalah emosional terhadap klien. Psikoterapi dilakukan dengan pemahaman-pemahaman yang ditujukan agar klien mengubah tingkah laku yang merugikan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

b) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Terapi Aktivitas Kelompok sering digunakan dalam praktik kesehatan jiwa, bahkan merupakan hal yang terpenting dari keterampilan terapeutik dalam ilmu keperawatan. Pemimpin atau leader kelompok dapat menggunakan keunikan individu untuk mendorong anggota kelompok mengungkapkan masalah dan mendapatkan bantuan penyelesaian masalahnya dari kelompok, perawat juga dapat menilai respon klien selama berada dalam kelompok. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok yang digunakan pada klien dengan perilaku kekerasan adalah Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi atau Kognitif. Terapi yang bertujuan untuk membantu klien yang

mengalami kemunduran orientasi, menstimulasi persepsi dalam upaya memotivasi proses berfikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaptif. Karakteristiknya yaitu pada penderita gangguan persepsi yang berhubungan dengan nilai-nilai, menarik diri dari realitas dan inisiasi atau ide-ide negatif.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Klien Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Muhith 2015). Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien.

1. Identitas Klien

Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan terbanyak adalah berjenis kelamin laki-laki, dengan rentang usia dewasa yaitu 30 tahun yang sudah menikah namun rumah tangganya tidak harmonis, belum menikah namun tidak memiliki pekerjaan, atau klien yang tidak memiliki rumah dan keluarga.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk Rumah Sakit dengan alasan mengganggu ketenangan orang lain, mengamuk tanpa sebab, menghardik, mengancam, bersikap kasar, melakukan tindakan kriminal, dan merusak lingkungan.

3. Faktor Predisposisi

Faktor Predisposisi yang mendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan biasanya adalah klien sudah pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa, trauma, keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan/ suka melakukan kekerasan, sering terdampak perilaku kekerasan, harapan yang tidak sesuai, dan sosiokultural.

4. Faktor Presipitasi

Biasanya disebabkan oleh kehilangan, keputusan, kegagalan, ketakutan dan kekhawatiran yang berlebih, penghinaan, ketidakberdayaan, serta lingkungan yang bising dan padat.

5. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik dilakukan pengecekan tanda-tanda vital seperti tekanan darah biasanya cenderung tinggi atau akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat. Keadaan umum yang dapat kita temukan biasanya klien sukar ditemui, menghindar, mata melotot, pandangan tajam, rahang mengatup, wajah memerah, tangan mengempal, disertai kata-kata mengancam, mengumpat, berbicara kasar dan ketus.

6. Pengkajian Psikososial

1) Genogram

Genogram dibuat 3 generasi ke atas dimulai dari klien sehingga, dapat kita lihat hubungan klien dengan keluarga. Biasanya dapat kita lihat bagaimana pola asuh dan pola komunikasi klien.

2) Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Menggambarkan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang tidak disukai dan reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai maupun yang disukai. Biasanya klien mendapatkan penghinaan sehingga merasa tidak percaya diri dengan tubuh yang tidak disukai.

b. Identitas diri

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan merasa tidak puas dengan peran dan posisinya dalam keluarga maupun pekerjaan, tidak puas dengan pendidikannya, dan tidak puas dengan tempat tinggalnya.

c. Peran Diri

Biasanya klien tidak bisa melaksanakan perannya di dalam keluarga maupun masyarakat dengan baik sehingga, klien merasa gagal dan tidak berguna.

d. Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap dirinya, pekerjaannya, tubuhnya, posisi dan peran dalam keluarga, sekolah atau bahkan tempat kerjanya namun tidak sesuai dengan yang klien harapkan.

e. Harga diri

Biasanya hubungan klien risiko perilaku kekerasan dengan masyarakat tidak baik, mendapat ejekan, penolakan, hinaan dalam lingkungan keluarga maupun masyarakat sehingga klien merasa direndahkan.

3) Hubungan Sosial

Biasanya terdapat beberapa masalah terhadap hubungan sosial klien Risiko Perilaku Kekerasan. Akan terdapat hambatan antara klien dengan orang lain dikarenakan klien mudah tersinggung/marah, bicaranya kasar, dan tatapannya tajam.

4) Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan biasanya tidak hanya dari satu agama saja, atau bahkan tidak memiliki agama. Biasanya klien akan merasa tidak yakin dengan Tuhan nya.

b. Ibadah

Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan biasanya jarang melakukan ibadah sesuai agama masing-masing.

7. Status Mental

1) Penampilan

Penampilan klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan tidak pasti, kadangkala rapi atau bahkan tidak terawat. Klien yang memiliki keluarga dan tempat tinggal dan hanya didiagnosis Risiko Perilaku Kekerasan saja biasanya tidak mengalami masalah pada penampilan, namun pada klien yang tidak memiliki keluarga dan tempat tinggal, serta yang didiagnosis beberapa gangguan kejiwaan biasanya tidak mau merawat diri sehingga terlihat rambut kotor, kuku panjang dan kotor, tidak mau mandi, dsb.

2) Pembicaraan

Biasanya pada klien Risiko Perilaku Kekerasan ketika nada bicarannya lantang, tinggi, suka merendahkan, menjerit atau berteriak.

3) Aktivitas motorik

Biasanya klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan menunjukkan kegelisahan dan kekhawatiran berlebih, suka mondar-mandir, menunjukkan perilaku yang berulang-ulang, ekspresi wajah yang sering berubah dan tidak terkontrol.

4) Afek dan Emosi

a. Afek

Biasanya klien labil, emosinya cepat berubah-ubah dan tidak sesuai, emosi dan stimulus berkebalikan.

b. Emosi

Biasanya klien memiliki emosi yang tidak menentu, suka merasa terganggu, dendam, jengkel, bermusuhan, mengamuk serta menuntut.

5) Interaksi selama wawancara

Klien biasanya bisa kooperatif atau tidak kooperatif, mudah tersinggung, bermusuhan, kontak mata kurang (pandangan kemana-mana), dan sering merasa curiga.

6) Persepsi sensori Persepsi

Meliputi persepsi mengenai pendengaran, penglihatan, pengecapan, dan penciuman. Klien Risiko Perilaku Kekerasan yang berhalusinasi biasanya didapati masalah dengan persepsi sensorinya.

7) Proses pikir

Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan biasanya proses pikirnya berupa sirkumtansial, tangensial, atau bahkan kehilangan asosiasi.

8) Isi pikir

Biasanya klien memiliki isi pikiran yang wajar, selalu menanyakan kapan ia akan pulang dan mengharapkan pertemuan dengan keluarga dekatnya.

9) Tingkat kesadaran

Biasanya klien tampak bingung kacau, tidak menyadari kondisinya atau juga sudah menyadari kondisinya.

10) Memori

Biasanya klien akan mengalami masalah pada daya ingatnya, jangka panjang atau jangka pendek.

11) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya klien dengan penggunaan obat antipsikotik akan cenderung tidak berkonsentrasi.

12) Kemampuan penilaian

Biasanya klien tidak dapat menilai kondisi dan lingkungannya, merasa bingung, dan tidak dapat menyelaraskan.

13) Daya litik diri

Biasanya klien tidak menyadari emosinya, tidak menyadari keadaannya, dan menyangkal penyakitnya, dan menyalahkan orang lain ataupun lingkungan atas kondisinya.

8. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

memperhatikan frekuensi makan, jumlah, variasi, macam dan cara makan, observasi kemampuan pasien menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) Buang Air Besar dan Buang Air Kecil

Observasi kemampuan pasien untuk Buang Air Besar (BAB) dan BAK, pergi ke kamar mandi dan menggunakan WC.

3) Mandi

Memperhatikan dan mengevaluasi frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, dan observasi kebersihan tubuh.

4) Berpakaian

Memperhatikan dan mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian, merawat penampilan, dan kerapian.

5) Istirahat dan tidur

Perhatikan dan evaluasi durasi tidur siang, malam, persiapan sebelum tidur dan aktivitas sesudah tidur.

6) Penggunaan obat

Perhatikan dan evaluasi penggunaan obat yang benar, frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian.

7) Pemeliharaan kesehatan

Biasanya tentang perawatan kesehatan lanjut yang dilakukan klien, kontrol yang sudah terjadwal.

8) Aktivitas di dalam rumah

Perhatikan dan evaluasi kemampuan pasien dalam mengolah serta menyajikan makanan, merapikan rumah, dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Aktivitas di luar rumah

Perhatikan dan evaluasi aktivitasnya di luar rumah. Bermain, belanja, bekerja, dan lain sebagainya.

9. Mekanisme Koping

1) Adaptif

Biasanya klien jarang berkomunikasi dengan orang lain, jarang berolahraga dan tidak bisa menyelesaikan masalah.

2) Maladaptif

Biasanya pasien menunjukkan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul orang lain, dan merusak barang.

10. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pada pasien perilaku kekerasan, merasa kehadirannya ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

11. Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/ risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (SDKI, 2017).

Diagnosa keperawatan adalah identifikasi/penilaian terhadap pola respon pasien baik actual maupun potensial (Stuart, 2016).

2.3.3 Intervensi keperawatan

Menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) dalam bukunya “Asuhan Keperawatan Jiwa” intervensi keperawatan dapat dilakukan dengan:

1. Asuhan Keperawatan Klien

a. Tujuan

- 1) Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- 2) Klien mampu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan
- 3) Klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan
- 4) Klien mampu memahami akibat dan dampak dari perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Identifikasi pengetahuan dan pemahaman klien terkait penyakitnya
(Tanda dan gejala, penyebab, proses, dampak, dan solusi).
- 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara :
 - a) Latihan fisik 1 : Tarik nafas dalam (Teknik Relaksasi)
 - b) Latihan fisik 2 : Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.
 - c) Latihan secara verbal : latih klien bicara dengan baik
(Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik).
 - d) Latihan secara spiritual : Latih klien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan cara spiritual (wudhu, berdzikir, sholat, berdoa).
 - e) Latihan patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar Identitas, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar manfaat, benar informasi dan benar dokumentasi).
- 3) Bimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal kegiatan sehari – hari.
- 4) Bantu pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.

- 5) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
- 6) Berikan pujian kepada klien setiap selesai melakukan latihan dengan baik.

2. Asuhan Keperawatan Keluarga Klien

a. Tujuan

- 1) Keluarga mampu memahami apa yang dimaksud risiko perilaku kekerasan.
- 2) Keluarga dapat memahami penyebab risiko perilaku kekerasan.
- 3) Keluarga dapat memahami dan mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- 4) Keluarga mampu memahami cara merawat pasien risiko perilaku kekerasan.

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- 2) Menjelaskan pengertian risiko perilaku kekerasan, penyebab, tanda, dan gejala perilaku kekerasan.
- 3) Menjelaskan proses terjadinya perilaku kekerasan yang dialami klien.
- 4) Mendiskusikan cara merawat klien risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat sesuai kebutuhan klien.

- 5) Melatih keluarga cara merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan.
- 6) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk berpartisipasi menciptakan suasana keluarga yang nyaman
- 7) Mengurangi stressor di lingkungan klien dan memberi motivasi pada klien.
- 8) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan berulang dan rujuk segera.
- 9) Sarankan melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

2.3.4 Implementasi

Menurut (Ernawati, 2018) implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intevensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung.

Tabel 2.3 Implementasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan	Klien	Keluarga
Risiko Perilaku Kekerasan	1) Bina hubungan saling percaya 2) Mendiskusikan perasaannya terhadap kondisi dan penyakitnya 3) Mendiskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan.	1) Bina hubungan saling percaya SP 1 : 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.

	<p>4) Mendiskusikan cara mengatasi rasa marah klien. 5) Mendiskusikan akibat dari perilaku kekerasan. SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menunjukkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 : Teknik Nafas Dalam 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 : Teknik Nafas Dalam 3) Membimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal sehari-hari. 4) Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan. 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Menjelaskan penyebab perilaku kekerasan, tanda dan gejala, jenis perilaku kekerasan, akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan klien. 3) Menjelaskan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami oleh klien.
	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang bertambah 2) Mengevaluasi latihan fisik 1 : Teknik Nafas Dalam 3) Menunjukkan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 2 : Memukul bantal/kasur 4) Membimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal sehari-hari 5) Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan. 	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan dan mempraktikkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan. 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat secara langsung kepada klien
	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang bertambah 2) Mengevaluasi latihan pertama dan kedua : latihan teknik relaksasi nafas dalam, latihan fisik memukul bantal/kasur 	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membantu keluarga memasukkan terapi-terapi klien ke jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat dengan benar (discharge planning).

	<p>3) Menunjukkan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal : menolak, dan mengungkapkan dengan baik</p> <p>4) Membimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal sehari-sehari</p> <p>5) Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan</p>	<p>2) Membuat persiapan pulang bersama keluarga.</p>
	<p>SP 4 :</p> <p>1) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang bertambah</p> <p>2) Mengevaluasi latihan pertama, kedua, dan ketiga : Teknik relaksasi nafas dalam, latihan memukul bantal/kasur, menolak dan mengungkapkan dengan baik</p> <p>3) Menunjukkan dan Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : Berdzikir, sholat, berdoa, berwudhu</p> <p>4) Membimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal sehari-sehari</p> <p>5) Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan</p>	<p>SP 4 Keluarga :</p> <p>1) Menganjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat.</p> <p>2) Mengajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.</p> <p>3) Mendiskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan.</p> <p>4) Membuat jadwal follow up secara rutin</p>
	<p>SP 5 :</p> <p>1) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang bertambah</p> <p>2) Mengevaluasi latihan pertama, kedua, ketiga, dan keempat : Teknik relaksasi nafas dalam, latihan memukul bantal/kasur, menolak dan mengungkapkan dengan</p>	

	baik, berdzikir, sholat, berdo'a, wudhu 3) Menunjukkan dan melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat dengan benar menggunakan 8 prinsip benar : benar Identitas, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar manfaat, benar informasi dan benar dokumentasi). 4) Membimbing klien agar teratur minum obat 5) Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan	
--	--	--

2.3.5 Evaluasi

Menurut (Manurung,(2011) dalam (Yunus R (2019)), Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan.

O : Respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan

A : Analisis terhadap data subyektif dan obyektif yang didapatkan untuk menyimpulkan apakah masalah teratasai, teratasi sebagian, atau belum teratasi.

P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien dan perawat.