

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan di uraikan beberapa konsep yang akan mendasari penelitian ini, yaitu: 1) konsep Skizofrenia, 2) Perilaku Kekerasan, 3) Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.

2.2 Konsep Skizofrenia

2.2.1 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, 2011). Gejala dari skizofrenia secara garis besar terbagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif.

Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau bermusuhan. Sedangkan 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 berpikir abstrak dan kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif.

2.2.2 Etiologi Skizofrenia

Terdapat beberapa pendekatan yang dominan dalam menganalisa penyebab skizofrenia, antara lain :

1. Faktor Genetik

Menurut Maramis (1995) dalam buku ajar keperawatan jiwa (Iyus Yoseph 2009), faktor keturunan juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9 - 1,8%; bagi saudara kandung 7 - 15%; bagi anak dengan salah satu orangtua yang menderita skizofrenia 7 - 16%; bila kedua orangtua menderita skizofrenia 40 - 68%; bagi kembar dua telur (heterozigot) 2 -15%; bagi kembar satu telur (monozigot) 61 - 86%.

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 di seluruh 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 (Durand & Barlow, 2007).

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 bagianbagian 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

Banyak penelitian yang mempelajari bagaimana interaksi dalam keluarga mempengaruhi penderita skizofrenia. Sebagai contoh, istilah *schizophregenic 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).

Menurut Coleman dan Maramis (1994 dalam Baihaqi et al, 2005), keluarga pada masa kanak-kanak memegang peranan penting dalam pembentukan kepribadian. Orangtua terkadang bertindak terlalu banyak untuk anak dan tidak memberi kesempatan anak untuk berkembang, ada kalanya orangtua bertindak terlalu sedikit dan tidak merangsang anak, atau tidak memberi bimbingan dan anjuran yang dibutuhkannya.

4. Perjalanan Penyakit

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan,

meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan premorbid, prodromal, fase aktif dan keadaan residual (Sadock, 2011; Buchanan, 2005).

Karakteristik gejala skizofrenia yang dimulai pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia dapat berupa cemas, gundah (gelisah), merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap pasien dengan skizofrenia menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Sadock, 2011).

Sedangkan pada 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 (withdrawal) dan perilaku aneh (Buchanan, 2005).

2.2.3 Tipe-tipe Skizofrenia

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala yang dominan (Davison, 2006) yaitu:

a. Tipe Paranoid

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

b. Tipe Disorganized (tidak terorganisasi)

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

c. Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (waxy flexibility). Aktivitas 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).

d. Tipe Undifferentiated

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

e. Tipe Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinankeyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

2.2.4 Penatalaksanaan Skizofrenia

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

a. Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-

gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durand, 2007).

Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, *electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

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

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

b. Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada klien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali.

Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Dari beberapa penelitian, seperti yang dilakukan oleh Fallon (Davison, et al., 1994; Rathus, et al., 1991) ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual.

2.2 Konsep Dasar Perilaku kekerasan

2.2.1 Pengertian

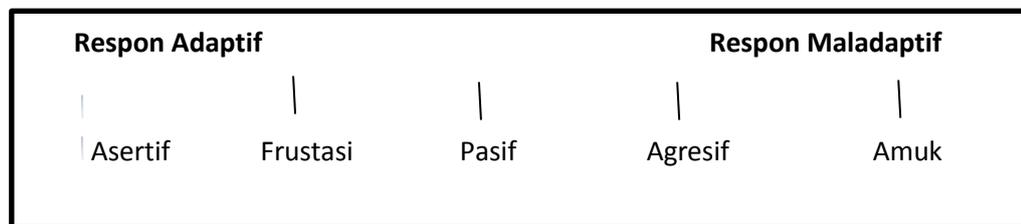
Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini, perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal di arahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. (Keliat, 2012)

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan, baik

pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan secara verbal maupun nonverbal, bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis. (Yoseph, 2011).

2.2.2 Rentan Respon Neurobiologi

Perilaku atau respon kemarahan dapat berflutuatif dalam rentang adaptif sampai rentan maladaptive. Rentan respon marah menurut Yosep, 2007 dimana amuk dan agresif berada pada rentan maladaptive, seperti pada gambar berikut:



Gambar 2.1 Rentan Respon Neurobiologi menurut Yosep, 2007

- Asertif yaitu mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain, hal ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.
- Frustasi adalah rspon terjadi akibat gagal mencapai tujuan karena yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan.
- Pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaa marah yang sekarag dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu tuntunan nyata.
- 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 gelisa 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

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

1. Faktor Predisposisi

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

a. Faktor biologis

- 1) Intinctual 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 limbik berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b. Faktor psikologis

- 1) Frustration aggression theory (teori argesif frustasi). Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai

hasil akumulasi frustrasi yang terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi 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 menstimulai individu mengadopsi perilaku kekerasan.
- 3) Existential 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 destruktif.

c. Faktor sosio kultural

- 1) Social environment theory (teori lingkungan)Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku

kekerasan akan menciptakan seolah olah perilaku kekerasan diterima.

- 2) Social learning theory (teori belajar sosial). Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2. Faktor 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 kontrol, 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 Klarifikasi Perilaku Kekerasan

Faktor predisposisi dan faktor presipitasi dari perilaku kekerasan (Keliat, 2002) adalah :

1. Faktor Predisposisi

Berbagai pengalaman yang dialami tiap orang yang merupakan faktor predisposisi, artinya mungkin terjadi/mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu:

- a. Psikologis, kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk.

Masa kanak -kanak yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya atau sanksi penganiayaan.

- b. Perilaku, reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah atau diluar rumah, semua aspek ini mestimulasi individu mengadopsi perilaku kerasan.
- c. Sosial budaya, budaya tertutup dan membahas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima (permissive)
- d. Bioneurologis, banyak pendapat bahwa kerusakan sistim limbik, lobus frontal, lobus temporal dan ketidakseimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi

dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan, dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain.

2.2.5 Tanda Dan Gejala

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

1. Fisik

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/ pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Postur tubuh kaku
- 6) Jalan mondar-mandir

2. Verbal

- 1) Bicara kasar
- 2) Suara tinggi, membentak atau berteriak
- 3) Mengancam secara verbal atau fisik
- 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- 5) Suara keras
- 6) Ketus

3. Perilaku

- 1) Melempar atau memukul benda/orang lain
- 2) Menyerang orang lain
- 3) Melukai diri sendiri/orang lain
- 4) Merusak lingkungan
- 5) Amuk/agresif

4. Emosi

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

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

6. Spiritual

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

7. Sosial

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

8. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

2.2.6 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 ledakan, 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 melatih 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, menyapu 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 destruktif 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 konstruktif sedang dua cara lain adalah destruktif. Dengan melarikan diri atau menantang 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 psikosomatik atau agresif dan mengamuk.

2.2.7 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 (Yoseph, 2007).

2.2.8 Mekanisme Koping

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 dengan melebihkan sikap/ perilaku yang berlawanan.
4. Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebihkan sikap perilaku yang berlawanan.
5. Displacement, yaitu melepaskan perasaan tertekan dengan bermusuhan pada objek yang berbahaya.

Perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang karna 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 dan orang lain (resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan).

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

2.2.9 Penatalaksanaan

1. Farmakoterapi

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

2. Terapi Okupasi

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

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

3. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan system 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 skunder) dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan klien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal. (Budi Anna Keliat,1992).

4. Terapi somatic

Menurut Depkes RI 2000 hal 230 menerangkan bahwa terapi somatic terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang mal adaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien

5. Terapi kejang listrik

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

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas klien

Pada pasien perilaku kekerasan kebanyakan dilakukan dengan pasien yang berjenis laki laki, perbandingan dengan wanita adalah 2 : 1. Pada pasien perilaku kekerasan biasanya dilakukan oleh pasien yang berusia lebih dari 40 tahun, beragama islam ataupun kristiani (keliat, 2012).

2. Alasan masuk

Pasien dengan perilaku kekerasan di bawa ke rumah sakit jiwa dengan alasan mengamuk, membanting banting barang, gelisah, amuk, tidak bisa tidur, pasien mudah kesal dan jengkel, dan pasien tampak tegang dan tidak mau menceritakan masalahnya.

3. Faktor 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, 2012).

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 dengan 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 harga diri rendah.

c. Hubungan Sosial

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

d. Spritual

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

e. Status Mental

a) Penampilan

Penampilan kadang rapi dan kadang -kadang tidak rapi. Pakaian diganti klien ketika ia dalam keadaan yang normal.

b) Pembicaraan

Biasanya klien berbicara dengan nada yang tinggi dan keras.

c) Aktifitas Motorik

Biasanya aktifitas motorik klien tampak tegang, dan agitasi (gerakan motorik yang gelisah), serta memiliki penglihatan yang tajam jika ditanyai hal-hal yang dapat menyinggunginya.

d) Alam Perasaan

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

e) Afek

Biasanya klien selama berinteraksi emosinya labil. Dimana klien mudah tersinggung ketika ditanyai hal-hal yang tidak mendukungnya, klien memperlihatkan sikap marah dengan mimik muka yang tajam dan tegang.

f) Interaksi selama wawancara

1) Bermusuhan, tidak kooperatif, dan mudah tersinggung serta

2) Defensif, 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 ketopik lain.

i) Isi Fikir

Biasanya klien PK ini masih 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 keberadaanya 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-masa lampau yang pernah dialaminya, maupun daya ingat jangka pendek, seperti menceritakan penyebab ia masuk ke RSJ.

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya klien yang pernah menduduki dunia pendidikan, tidak memiliki masalah dalam hal berhitung, (penambahan maupun pengurangan).

m) Kemampuan penilaian

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

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

n) Daya tarik diri

Biasanya klien menyadari bahwa dia 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 Bak/Bab ketempat yang disediakan atau ditentukan seperti, wc ataupun kamar mandi.

c) Mandi

Biasanya untuk kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, dan gunting kuku masih dapat dilakukan seperti orang-orang normal, kecuali ketika emosinya sedang labil.

d) Berpakaian

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

e) Istirahat dan tidur

Biasanya untuk lama waktu tidur siang dan malam tergantung dari keinginan klien itu sendiri dan efek dari memakan obat

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

f) Penggunaan obat

Biasanya klien menerima keadaan yang sedang dialaminya, dimana dia masih dapat patuh makan obat sesuai frekuensi, jenis, waktu maupu cara pemberian obat itu sendiri.

g) Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien menyatakan keinginan yang kuat untuk pulang, dimana ia akan mengatakan akan melanjutkan pengobatan dirumah maupun kontrol ke puskesmas dan akan dibantu oleh keluarganya.

h) Aktivitas didalam rumah

Biasanya klien masih bisa diarahkan untuk melakukan aktivitas didalam rumah, seperti: merapikan tempat tidur maupun mencuci pakaian.

i) Aktifitas diluar rumah

Ini disesuaikan dengan jenis kelamin klien dan pola kebiasaan yang biasa dia lakukan diluar rumah.

g. Mekanisme koping

Mekanisme koping yang biasa digunakan adalah:

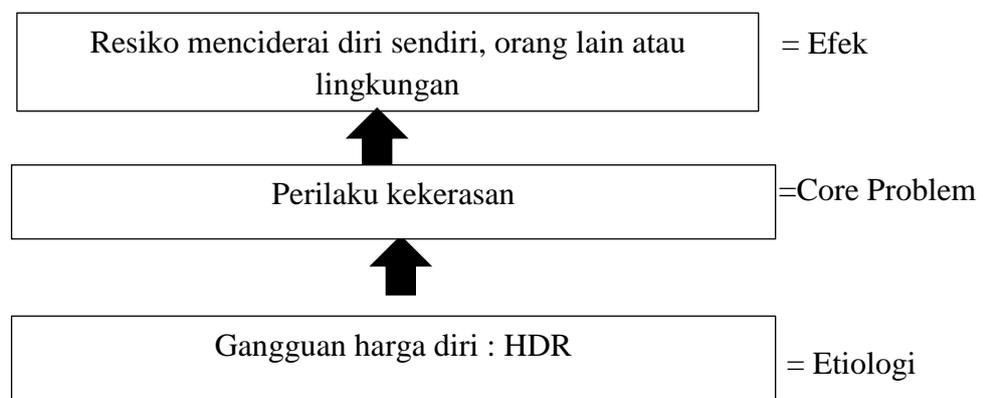
a) Sublimasi, yaitu melampiaskan masalah pada objek lain.

- b) Proyeksi, yaitu menyatakan orang lain mengenal kesukaan/ keinginan tidak baik.
 - c) Represif, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan berlebihan sikap/ perilaku yang berlawanan.
 - 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 yang baik dan komunikasi yang baik serta perawat maupun tim medis yang lain dapat memberikan 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 medik
1. Diagnosa medik : Perilaku kekerasan

2. pada pasien perilaku kekerasan, adapun terapi obat anti ansietas dan hipnotik sedative seperti diazepam, anti depresan seperti amitriptilin, metlexon dan propronolol. Selain terapi secara obat, adapun terapi keluarga, kelompok dan music.

Pada terapi keluarga, keluarga dibantu untuk menyelesaikan konflik, cara membatasi konflik, saling mendukung dan menghilangkan stress. Lalu pada Terapi kelompok. Terapi kelompok berfokus pada dukungan dan perkembangan keterampilan sosial dan aktifitas lain dengan berdiskusi dan bermain untuk mengembalikan kesadaran klien, karna masalah sebagian orang merupakan perasaan dan tingkah laku pada orang lain. Yang terakhir adalah terapi music. Dengan terapi musik klien terhibur dan bermain untuk mengembalikan kesadaran klien, karna dengan perasaan terhibur maka klien dapat mengontrol emosinya (santoso, oely mardi.2007)

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 :

1. Tindakan keperawaatan 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

Dalam membina hubungan saling percaya, pasien harus merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat. Tindakan yang harus perawat lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :

 - a) Mengucapkan salam terapeutik
 - b) Berjabat tangan

- c) Menjelaskan tujuan berinteraksi
- d) Membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu
- 2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu
- 3) Diskusikan perasaan, tanda, dan gejala yang dirasakan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
 - a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara social
 - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
 - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.
- 4) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat marah :
 - a) Verbal
 - b) Terhadap orang lain
 - c) Terhadap diri sendiri
 - d) Terhadap lingkungan
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan, yaitu dengan cara berikut :
 - a) Fisik : pukul kasur atau bantal, tarik nafas dalam

- b) Obat
 - c) Social atau verbal : menyatakan secara asertif rasa marahnya
 - d) Spiritual : beribadah sesuai keyakinan pasien
- 7) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik :
- a) Latihan nafas dalam dan meemukul kasur atau bantal
 - b) Susul jadwallatihan dalam dan pukul kasur atau bantal
- 8) Bantu pasien latiahn mengendalikan perilaku kekerasan secara social atau verbal
- a) Bantu mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dan meminta degan baik, mengungkapkan persaan dengan baik
 - b) Susun jadwal mengungkapkan marah secara verbal
- 9) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual
- a) Bantu pasien dalam kegiatan ibadah yang biasa dilakukan
 - b) Buat jadwal latihan ibadah dan berdoa
- 10) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
- a) Bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu minum obat, benar cara minum obat) di sertai penjelasan mengenai kerugian obat dan akibat berhenti ,inum obat
 - b) Susun jadwal minum obat secara teratur
- 11) Ikut sertakan pasien dalam TAK stimulasi persepsi untuk mengendalikan perilaku kekerasan

2. Tindakan keperawatan pada keluarga

a. Tujuan keperawatan

Keluarga dapat merawat pasien dirumah

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
 - a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah di anjurkan oleh perawat
 - b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat
 - c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
- 5) Buat perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.5 Implementasi Keperawatan

No	Diagnose	Pasien	Keluarga
1	Perilaku kekerasan	<p>SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi penyebab marah 3. Diskusikan perasaan marah, tanda, gejala yang dirasakan 4. Diskusikan tentang perilaku kekerasan biasanya dilakukan pada saat marah 5. Diskusikan akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan 6. Diskusikan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam) <p>SP2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (nafas dalam). 2. Membantu pasien dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan fisik kedua (pukul kasur dan bantal). 3. Menyusun jadwal kegiatan harian <p>SP3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara 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). 	<p>SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan dirumah (diskusikan masalah yang hadapi keluarga dalam merawat pasien). 2. Diskusikan bersama keluarga tentang penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan. 3. Diskusikan bersama keluarga kondisi pasien yang perlu dan segera dilaporkan kepada perawat (seperti melempar atau memukul benda atau orang lain). <p>SP2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga melakukan cara cara mengendalikan kemarahan (evaluasi pengetahuan pasien tentang marah). 2. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah di ajarkan oleh perawat. 3. Ajarka keluarga untuk memberi pujian kepada pasien jika pasien dapat meloakukan kegiatan tersebut dengan tepat. 4. Diskusikan bersama

		<p>3. Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.</p> <p>SP4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik, dan social atau verbal. 2. Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual dengan latihan beibadah dan berdo'a. 3. Buat jadwal untuk latihan beribadah da berdo'a. <p>SP5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan denga obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar) disertai penjesan guna obat dan akibat berhenti obat. 2. Susun jadwal minum obat secara teratur 	<p>keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala perilaku kekerasan.</p>
--	--	---	--

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 dengan penerapan bagian intervensi lama yang belum tercapai, atau memikirkan intervensi terbaru. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir :

S : ressson subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

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

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