

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu “*Schizein*” yang artinya retak atau pecah (*split*), dan “*phren*” yang artinya pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang menderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian serta emosi (Sianturi, 2014).

Menurut Yosep (2011) “skizofrenia adalah penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya”.

2.1.2 Etiologi

“Penyebab munculnya skizofrenia terbagi menjadi beberapa pendekatan seperti pendekatan biologis, teori psikogenik, dan pendekatan gabungan (*stree-vulnerability model*”). (Prabowo,2014).

1. Pendekatan biologis

Ada beberapa teori terkait dengan pendekatan biologis terjadinya skizofrenia, antara lain:

a. Teori genetic

Factor genetik sangat berperan dalam proses terjadinya skizofrenia, apabila kedua orang tuanya menderita skizofrenia, maka kemungkinan anaknya mengalami skizofrenia adalah sebesar 40% (Maramis,2006).

b. Teori biokimia

Menekankan pada hipotesis dopamin dan serotonin glutamat. Peningkatan reseptor neuron dopamin pada jalur mesolimbik menimbulkan gejala positif, sedangkan

penurunan reseptor neuron dopamin pada jalur mesokortek dalam kortek prefrontalis bias menimbulkan gejala positif (Maramis, 2006). Pada teori serotonin glutamat disebutkan bahwa penurunan kadar glutamat akan menyebabkan penurunan regulasi reseptor *Nmetyl D aspartate* (NMDA) sehingga menimbulkan gejala-gejala psikotik serta defisit kognitif (Maramis,2006).

c. Teori neurostruktural

Menurut Maramis (2006), orang dengan skizofrenia menunjukkan tiga tipe abnormalitas structural, yaitu:

1) Atrofi kortikal

Dapat terjadi karena faktor degeneratif atau progresif, kegagalan otak untuk berkembang normal, dan bisa juga dikarenakan infeksi virus pada otak dalam kandungan (Maramis,2009).

2) Pembesaran ventrikel otak

Pada penderita skizofrenia diperkirakan 20 sampai 50%, sehingga dapat menimbulkan gejala skizofrenia kronis dan tanda negative (Maramis,2009).

3) Asimetri serebral yang terbalik

Pada orang dengan skizofrenia terjadi abnormalitas, besar sisi kanan dan kiri otak sehingga menimbulkan adanya perbedaan pemahaman masalah-masalah kognitif pada klien skizofrenia (Maramis,2009).

2. Teori psikogenik

Menyatakan “skizofrenia suatu gangguan fungsional dengan penyebab utama adalah konflik, stress psikologik, dan hubungan antar manusia yang mengecewakan”. (Maramis, 2006).

3. Pendekatan gabungan (*stree-vulnerability model*)

Menyatakan orang dengan latar belakang genetik rentan terhadap skizofrenia dan tinggal dalam lingkungan yang penuh dengan stress dapat memberikan kontribusi terjadinya skizofrenia (Maramis, 2006).

2.1.3 Klasifikasi

Pembagian Skizofrenia yang dikutip dari Maramis (2005) dalam buku Prabowo (2014), antara lain:

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul untuk pertama kali pada masa pubertas. Gejalanya seperti kadangkala emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Biasanya timbul pada masa remaja antara umur 15 - 25 tahun. Gejala yang sering terlihat yaitu gangguan proses berfikir dan adanya *depersonalisasi* atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi sering terjadi.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbul pada umur 15-30 tahun dan kadang kala bersifat akut serta sering di dahului oleh stress emosional.

4. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang paling terlihat yaitu waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

5. Skizofrenia Akut

Gejalanya muncul tiba-tiba dan pasien seperti dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, keadaan ini muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia Residual

Gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.

7. Skizofrenia Skizo Afektif

Gejala yang paling terlihat secara bersamaan gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (psiko-manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Gejala-gejala skizofrenia terdiri dari dua jenis yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa delusi atau waham, halusinasi, kekecauan alam pikir, gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan. Gejala negatif berupa alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”, menarik diri atau mengasingkan diri (*with drawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*), kontak emosional amat miskin, sukar diajak bicara, pendiam dan pola pikir stereotip (Muhyi, 2011). Gejala kognitif yang muncul pada orang dengan skizofrenia melibatkan masalah memori dan perhatian. Gejala kognitif akan mempengaruhi orang dengan skizofrenia dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti bermasalah dalam memahami informasi, kesulitan menentukan pilihan, kesulitan dalam konsentrasi, dan kesulitan dalam mengingat (Maramis,2009).

2.1.5 Fase Skizofrenia

Ketiga fase tersebut disebut dengan fase psikotik. Sebelum fase psikotik muncul, terdapat fase premorbid dan fase prodormal (Muhyi, 2011).

Pada fase premorbid, fungsi-fungsi individu masih dalam keadaan normatif (Muhyi, 2011). Pada fase prodormal biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa sampai beberapa bulan atau beberapa tahun sebelum diagnosis pasti skizofrenia ditegakkan. Gejala non spesifik berupa gangguan tidur, ansietas, iritabilitas, depresi, sulit berkonsentrasi, mudah lelah, dan adanya perubahan perilaku seperti kemunduran fungsi peran dan penarikan sosial (Muhyi, 2011). Gejala positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati fase psikotik (Muhyi, 2011). Masuk ke fase akut psikotik, gejala positif semakin jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Kemudian muncul fase stabilisasi yang berlangsung setelah dilakukan terapi dan pada fase stabil terlihat gejala negatif dan residual dari gejala positif (Muhyi, 2011).

2.1.6 Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine (Sadock, 2015) “Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti. Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea”. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Abrams, Rojas, & Arciniegas, 2008).

2.1.7 Penatalaksanaan

(Nurarif min huda & Kusuma Hardhi. (2015). Aplikasi Nanda NIC-NOC, edisi revisi jilid

3: Jogjakarta)

1. Penggunaan obat antipsikosis

Terdapat 3 macam obat antipsikotik yaitu:

a. Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional.

Walaupun sangat efektif, antipsikotik konvensional sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional yaitu antara lain:

1) Haldol (*haloperidol*)

Sediaan *haloperidol* tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari

2) Stelazine (*trifluoperazine*)

Sediaan *trifluoperazine* tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari

3) Mellaril (*thioredazine*)

Sediaan *thioredazine* tablet 50 dan 100 mg, dosis 150-600 mg/hari

4) Thorazine (*chlorpromazine*)

Sediaan *chlorpromazine* tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.

5) Trilafon (*perphenazine*)

Sediaan perfenazin tablet 2,4,8mg, dosis 12-24 mg/hari.

6) Prolixin (*fluphenazine*)

b. Newer atypical antipsycotics

Obat yang termasuk golongan ini disebut atipikal karena cara kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional.

Beberapa contoh *newer atypical antipsycotics* yang tersedia, antara lain:

- a.) Risperido
- b.) Seroquel (*quetiapine*)
- c.) Zyprexa (*olanzapine*)
- c. Clozaril (*clozapine*)

“Clozaril memiliki efek samping yang jarang namun sangat serius dimana pada kasus yang jarang ada 1 persen, clozaril dapat menurunkan sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Ini artinya, pasien yang mendapat clozaril harus memeriksakan sel darah putihnya secara regular”.

2. Terapi elektro konvulsif (ECT)

Terapi ini digunakan dalam menangani klien skizofrenia dengan intensitas 20-30 kali terapi. Biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali).

- 3. Pembedahan bagian otak
- 4. Perawatan di rumah sakit (*Hospitalization*)
- 5. Psikoterapi

a. Psikoanaisis

“Tujuan terapi psikoanaisis ini menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasanya”.

b. Terapi perilaku (*Behavioristik*)

“Terapi perilaku menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku nyata”. Paul dan lentz menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian:

1) *Social learning program*

Menolong penderita skizofrenia untuk mengajari perilaku-perilaku yang sesuai.

2) *Social skill training*

Terapi ini digunakan untuk melatih keterampilan sosial pasien.

c. Terapi humanistic

Terapi kelompok dan terapi keluarga.

2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan Terhadap Orang Lain

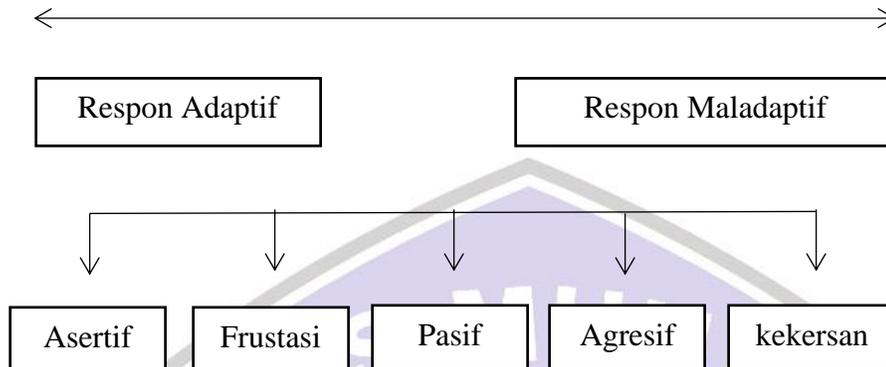
2.2.1 Definisi

“Perilaku kekerasan terhadap orang lain adalah rentan melakukan perilaku yang individu menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan orang lain secara fisik, emosional dan atau seksual” (Nanda, 2015).

2.2.2 Rentang Respon Marah

Rentang respon kemarahan individu dimulai dari rentang respon normal (adaptif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif). (Yosep, Edisi revisi (2011)).

Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang respon marah

Keterangan :

1. Asertif: Pasien mampu mengungkapkan rasa marahnya tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan.
2. Frustrasi: Pasien gagal menuju mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
3. Pasif: Pasien merasa tidak mampu mengungkapkan perasaannya.
4. Agresif: Pasien mengekspresikan secara fisik tapi masih terkontrol.
5. Kekerasan: Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol serta amuk dan merusak lingkungannya.

2.2.3 Etiologi

1. Faktor Predisposisi

“Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan menurut teori biologik, teori psikologi, dan teori sosiokultural yang dijelaskan oleh” Townsend (2005) adalah:

a. Teori biologik

Teori biologik terdiri dari beberapa pandangan yang berpengaruh terhadap perilaku:

1) Biokimia

“Berbagai neurotransmitter (epinephrine, norepinefrine, dopamine, asetikolin dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi atau menghambat impuls agresif”.

2) Neurobiologik

Ada 3 area pada otak yang berpengaruh terhadap proses impuls agresif: sistem limbik, lobus frontal dan hypothalamus. Adanya gangguan tersebut maka individu tidak mampu membuat keputusan, kerusakan pada penilaian, perilaku yang tidak sesuai dan agresif.

3) Genetik

Faktor keturunan.

4) Gangguan otak

Mengalami gangguan pada otak seperti tumor otak yang menyerang system limbik dan lobus temporal, trauma otak yang mengakibatkan ensefalitis dan epilepsy. Penyakit ini terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b. Teori psikologis

1) Teori psikoanalitik

“Teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kebutuhan untuk mendapatkan kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri rendah”.

2) Teori pembelajaran

Seringnya seseorang melihat, mengalami atau melakukan perilaku kekerasan membuat seseorang menjadi meniru apa yang dilihat ataupun dirasakan.

3) Teori sosiokultural

Adanya kelompok social yang secara umum menerima perilaku kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan masalahnya.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Yosep (2011) “mengungkapkan bahwa faktor yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan”:

- a. Ekspresi diri ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola dll.
- b. Kematian anggota keluarga yang dicintainya, kehilangan pekerjaan.
- c. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- d. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan berbicara untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- e. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- f. Adanya riwayat perilaku anti sosial seperti penggunaan obat terlarang dan minuman beralkohol.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Yosep (2011) mengemukakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Fisik

- a. Muka tegang dan merah.
- b. Rahang mengantup.
- c. Pandangan mata tajam
- d. Tangan mengepal.
- e. Postur tubuh kaku.
- f. Berjalan mondar-mandir.

2. Verbal

- a. Berbicara kasar dan keras
- b. Suara tinggi, membentak atau berteriak.
- c. Mengancam secara verbal atau fisik.
- d. Mengumpat dengan kata-kata kotor.
- e. Ketus.

3. Perilaku

- a. Melempar atau memukul benda/ orang lain.
- b. Melukai diri sendiri / orang lain.
- c. Merusak lingkungan.
- d. Mengamuk / agresif.

4. Emosi

Emosi tidak terkontrol, merasa tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, mudah tersinggung, menyalahkan dan menuntut.

5. Intelektual

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

6. Spiritual

Merasa dirinya berkuasa dan benar, sering mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

7. Sosial

Penarikan diri, mengasingkan diri, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

8. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

2.2.5 Mekanisme Koping

Pada klien dengan perilaku kekerasan perlu adanya pengkajian yang mendetail tentang mekanisme koping yang digunakan. Menurut Prabowo (2014) “mekanisme koping yang digunakan pada klien dengan perilaku kekerasan untuk melindungi dirinya” antara lain :

1. Sublimasi

Sublimasi merupakan menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Misalnya orang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada objek lain seperti meremas-remas adonan kue, meninju tembok, dengan tujuan mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2. Proyeksi

Adalah menyalahkan orang lain atas kesulitan yang dialami atau keinginannya yang tidak tercapai. Misalnya, seorang wanita menyangkal bahwa dirinya menggoda rekan kerjanya dan berbalik menuduh orang lain yang merayu teman kerjanya.

3. Represi

Represi adalah mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seorang anak membenci orang tuanya. Akan tetapi menurut ajaran yang

diterima klien membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik, sehingga perasaan benci itu ditekannya akhirnya dan dilupakan oleh orang tersebut.

4. Reaksi formasi

Adalah “mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seseorang yang tertarik pada teman suaminya, dia akan memperlakukannya dengan perlakuan yang berbeda”.

5. *Deplacment*

Deplacment adalah melepaskan perasaan yang tertekan biasanya dengan menunjukkan perilaku yang destruktif, seperti memukul pintu meninju tembok, melempar barang, bahkan sampai dengan melukai diri sendiri maupun orang lain.

2.2.6 Penatalaksanaan

1. Farmakoterapi

“Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya”. Bila tidak ada dapat di gunakan dosis efektif rendah. Contohnya “trifluoperasineestelasine, 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” (Eko Prabowo, 2014: hal 145).

2. Terapi okupasi

Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya (Eko Prabowo, 2014: hal 145).

3. Peran serta keluarga

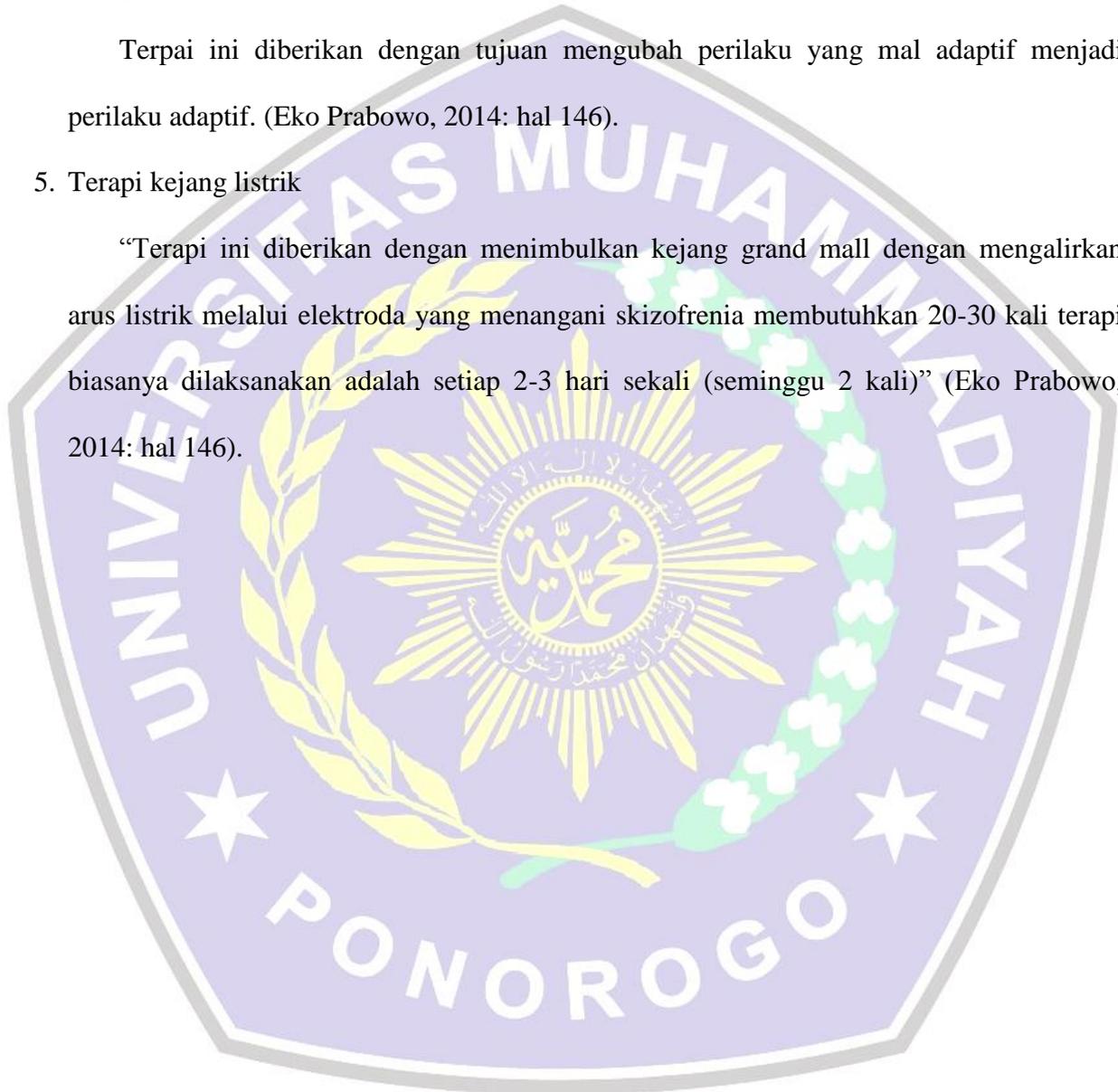
Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. (Eko Prabowo, 2014: hal 145).

4. Terapi somatic

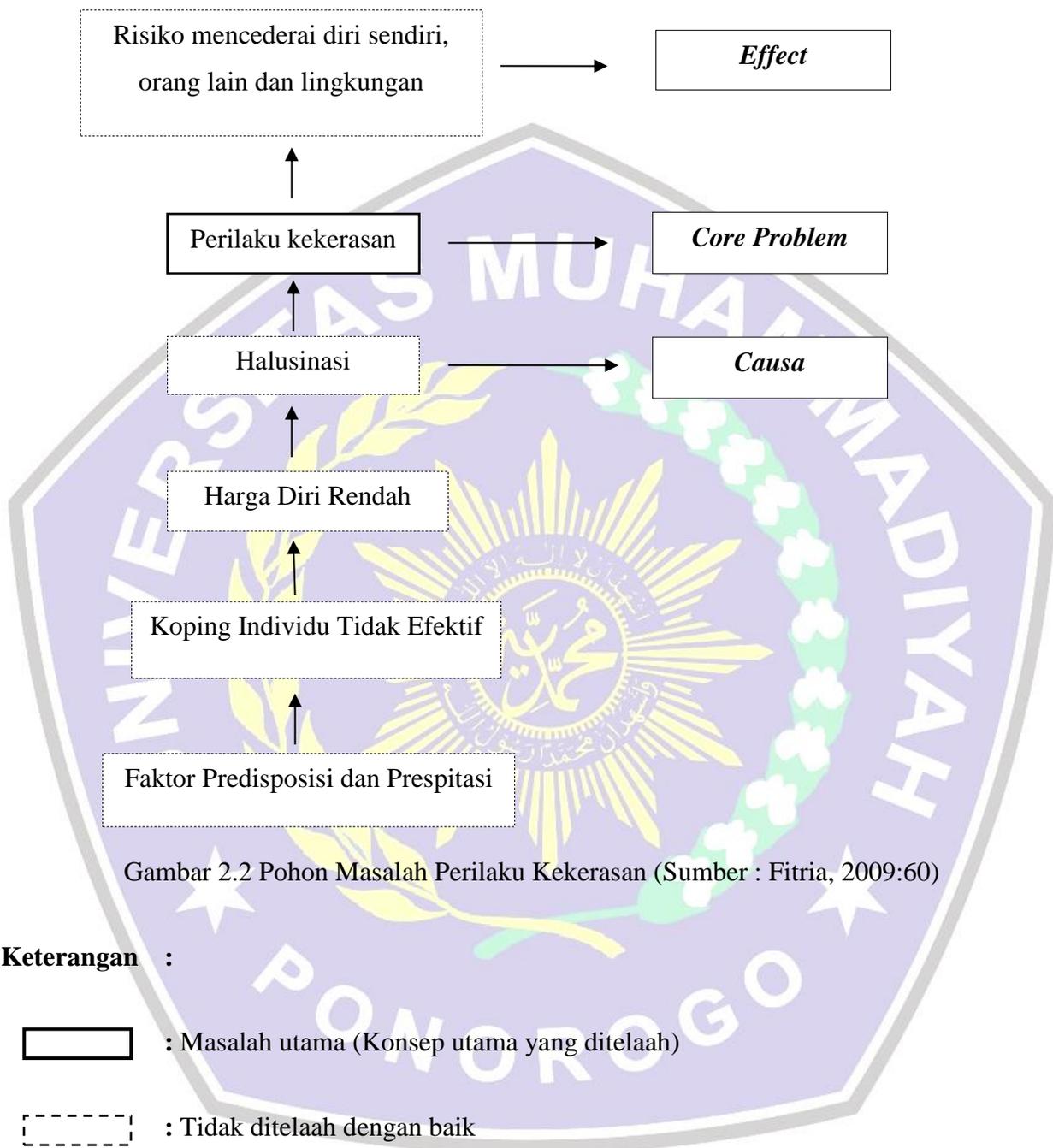
Terpai ini diberikan dengan tujuan mengubah perilaku yang mal adaptif menjadi perilaku adaptif. (Eko Prabowo, 2014: hal 146).

5. Terapi kejang listrik

“Terapi ini diberikan dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali)” (Eko Prabowo, 2014: hal 146).



2.2.7 Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Sumber : Fitria, 2009:60)

Keterangan :

: Masalah utama (Konsep utama yang ditelaah)

: Tidak ditelaah dengan baik

→ : Berpengaruh

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Terhadap Orang Lain

Proses keperawatan adalah kerangka kerja yang sistematis untuk menyediakan “keperawatan profesional yang berkualitas berdasarkan ilmu keperawatan yang mencakup aspek biologis-psikologis-sosial-spiritual-kultural” (Vaughans, 2013). Adapun proses keperawatan terdiri dari :

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Muhith, 2015, “pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan untuk mengumpulkan data dari beberapa sumber untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi keadaan pasien”.

1. Identitas Klien
2. Alasan Masuk

“Biasanya alasan utama klien masuk ke rumah sakit yaitu pasien sering mengungkapkan kalimat yang bernada ancaman, kata-kata kasar, ungkapan ingin memukul serta memecahkan perabotan rumah tangga. Pada saat berbicara wajah pasien terlihat memerah dan tegang, pandangan mata tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan”.

3. Faktor Predisposisi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan sebelumnya pernah dirawat dan diobati di rumah sakit . “Pengobatan yang dilakukan sebelumnya masih meninggalkan gejala sisa sehingga pasien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya”. Biasanya gejala sisa timbul merupakan akibat trauma yang dialami klien berupa penganiayaan fisik dalam keluarga ataupun lingkungan, pernah menyaksikan tindakan kriminal dan pernah melakukan tindakan kekerasan.

4. Pemeriksaan Fisik

Di dapatkan tanda-tanda vital, tekanan darah meningkat, nadi cepat, pernafasan akan cepat ketika klien marah, mata merah dan melotot, tatapan mata tajam, suara keras dan tinggi, nada bicara seperti mengancam dan berbicara kotor, rahang mengatup, tangan mengempal dan tubuh kaku.

5. Psikososial

a. Genogram

Menggambarkan tentang garis keturunan keluarga klien, apakah ada yang pernah menderita gangguan jiwa.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Persepsi klien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai.

2) Identitas diri

“Kaji status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelamin dan posisinya”.

3) Peran diri

Meliputi tugas atau peran klien dalam keluarga/ pekerjaan/ kelompok/ masyarakat. Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

4) Ideal diri

“Berisi harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan sekitar serta

harapan pasien terhadap penyakitnya”. Biasanya klien dengan perilaku kekerasan ingin diperlakukan dengan baik oleh keluarga ataupun masyarakat.

5) Harga diri

Mengkaji tentang “hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien berubungan dengan orang lain, fungsi peran tidak sesuai harapan, penilaian klien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain”. Biasanya klien dengan perilaku kekerasan memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga klien merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya.

6. Hubungan social

Adanya hambatan dalam behubungan dengan orang lain, minat berinteraksi dengan orang lain karena klien sering marah-marah.

7. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Klien meyakini agama yang dianutnya dan melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

b. Kegiatan ibadah

Klien jarang meakukan ibadah.

8. Status mental

1.)Penampilan

“Terkadang klien berpenampilan kurang rapi, rambut acak-acakan, mulut dan gigi kotor, badan pasien bau”.

2.)Pembicaraan

“Klien berbicara cepat dengan rasa marah, nada tinggi, dan berteriak (menggebu-gebu)”.

3.)Aktivitas Motorik

“Biasanya klien terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir dengan tangan yang mengepal dan graham yang mengatup, mata yang merah dan melotot”.

4.)Alam Perasaan

Keadaan klien tampak merasakan sedih, putus asa, gembira yang berlebihan dengan penyebab marah yang tidak diketahui.

5.)Afek

Klien “mengalami perubahan roman muka jika diberikan stimulus yang menyenangkan dan biasanya klien mudah labil dengan emosi yang cepat berubah”. klien juga akan bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.

6.)Interaksi selama wawancara

Respon klien “memperlihatkan perilaku yang tidak kooperatif, bermusuhan, serta mudah tersinggung, kontak mata yang tajam serta pandangan yang melotot”.

7.)Persepsi

Terkadang klien mendengar, melihat, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak diketahui dan tidak nyata”.

8.)Proses atau arus piker

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya “berbicara dengan blocking yaitu pembicaraan yang terhenti tiba-tiba dikarenakan emosi yang meningkat tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali”.

9.)Isi Pikir

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya memiliki phobia atau ketakutan patologis atau tidak logis terhadap objek atau situasi tertentu.

10.) Tingkat Kesadaran

Klien dengan perilaku kekerasan terkadang “tingkat kesadarannya yaitu stupor dengan gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang,

11.) Memori

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya memiliki memori yang konfabulasi yaitu pembicaraan yang tidak sesuai dengan kenyataan.

12.) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu berkonsentrasi, pasien selalu meminta agar pernyataan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.

13.) Kemampuan penilaian

Klien memiliki kemampuan penilaian yang baik.

14.) Daya tilik diri

Klien menyadari bahwa ia berada dalam masa pengobatan untuk mengendalikan emosinya yang labil.

9. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Klien makan 3x sehari dengan porsi (daging, lauk pauk, nasi, sayur, buah).

b. BAB/BAK

Klien mampu menggunakan toilet yang disediakan untuk BAB/BAK dan membersihkannya kembali.

c. Mandi

Klien mampu mandi dengan baik dan benar.

d. Berpakaian

Klien mampu berpakaian, memilih pakaian dan frekwensi ganti pakaian.

e. Istirahat dan tidur

Klien dapat melakukan istirahat dan tidur tanpa ada kesulitan.

f. Penggunaan obat

Klien minum obat 3x sehari dengan obat oral. Reaksi obat pasien dapat tenang dan tidur.

g. Pemeliharaan kesehatan

“Klien biasanya melanjutkan obat untuk terapinya dengan dukungan keluarga dan petugas kesehatan serta orang disekitarnya”.

h. Kegiatan di dalam rumah

Klien dapat melakukan aktivitas di dalam rumah seperti, mencuci dan membersihkan ruamh.

i. Kegiatan di luar rumah

“Klien dapat melakukan aktivitas diluar rumah secara mandiri seperti menggunakan kendaraan pribadi atau kendaraan umum jika ada kegiatan diluar rumah”.

10. Mekanisme Koping

Data yang didapat melalui wawancara pada klien /keluarga, bagaimana cara klien mengendalikan diri ketika menghadapi masalah:

a. Koping Adaptif

1) Bicara dengan orang lain.

2) Mampu menyelesaikan masalah.

- 3) Teknik relaksasi.
- 4) Aktifitas konstrutif.
- 5) Olahraga, dll.

b. Koping Maladaptif

- 1) Minum alcohol.
- 2) Reaksi lambat/berlebihan.
- 3) Bekerja berlebihan.
- 4) Menghindar.
- 5) Mencederai diri.

11. Masalah Psikososial dan Lingkungan

“Klien dengan perilaku kekerasan memiliki masalah dengan psikososial dan lingkungannya, seperti klien yang tidak dapat berinteraksi dengan keluarga atau masyarakat karena perilaku pasien yang membuat orang sekitarnya merasa ketakutan”.

12. Aspek Medik

Klien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun dengan 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 tidak maka dapat digunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas dan anti agitasi”.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah interpretasi ilmiah dari data pengkajian yang digunakan untuk mengarahkan perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan (Nanda 2015-2017 edisi 10).

1. Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain

2.3.3 Perencanaan

Menurut (Budi Anna, 2009) perencanaan terdiri dari 3 aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan, rencana tindakan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Tujuan Umum

Klien dapat melanjutkan hubungan peran sesuai dengan tanggung jawab dan tidak mencederai diri sendiri maupun orang lain.

2. Tujuan Khusus

- a. TUK I : Klien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria Evaluasi

- 1) Salam dibalas.
- 2) Mau berjabat tangan.
- 3) Mau menyebutkan nama.
- 4) Mau kontak mata.
- 5) Mengetahui nama perawat.
- 6) Mau menyediakan waktu untuk kontak.

Intervensi

- a.) Beri salam dan panggil nama klien.
- b.) Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan.

- c.) Jelaskan maksud hubungan interaksi.
- d.) Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat.
- e.) Beri rasa aman dan sikap empati.
- f.) Lakukan kontak singkat tapi sering.

b. TUK II : “Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan”.

Kriteria Evauasi

- a.) Klien dapat mengungkapkan perasaannya.
- b.) Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/jengkel (dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan).

Intervensi

- a.) Beri kesempatan mengungkapkan perasaannya.
 - b.) Bantu klien mengungkap perasaannya.
- c. TUK III : “Kien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan”.

Kriteria Evaluasi

- a.) Klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel.
- b.) Klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami.

Intervensi

- a.) Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami saat marah atau jengkel.
 - b.) Simpulkan tanda-tanda perilaku kekerasan pada klien.
 - c.) Observasi bersama klien tanda-tanda klien saat jengkel atau marah yang dialami.
- d. TUK IV : “Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan”.

Kriteria Evaluasi

- a.) Dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang dilakukan.

- b.) Dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang dilakukan.
- c.) Dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyelesaikan masalah atau tidak.

Intervensi

- a.) Anjurkan klien mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien.
 - b.) Bantu klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
 - c.) Bicarakan dengan klien apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai.
- e. TUK V : “Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan”.

Kriteria Evaluasi

- a.) Klien dapat mengungkapkan akibat dari cara yang dilakukan klien.

Intervensi

- a.) Bicarakan akibat kerugian dari cara yang dilakukan klien.
 - b.) Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat.
- f. TUK VI :”Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan secara konstruktif”.

Kriteria Evaluasi

- a.) Klien dapat melakukan cara berespn terhadap kemarahan secara konstruktif.

Intervensi

- a.) Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari car baru.
 - b.) Beri pujian jika klien menemukan cara yang sehat.
 - c.) Diskusikan dengan klien mengenai cara lain.
- g. TUK VII : “Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan”.

Kriteria Evaluasi

“Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan”

Fisik : Olahraga dan menyiram tanaman.

Verbal : Mengatakan secara langsung dan tidak menyakiti.

Spiritual : Sembahyang, berdoa/ibadah yang lain.

Intervensi

- a.) Bantu klien memilih cara yang tepat untuk klien.
- b.) Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih.
- c.) Bantu klien menstimulasi cara tersebut.
- d.) Berikan reinforcement positif atas keberhasilan klien menstimulasi cara tersebut.
- e.) Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipilihnya jika ia sedang kesal atau jengkel.
- h. TUK VIII : “Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan”.

Kriteria Evaluasi

- a.) Keluarga klien dapat menyebutkan cara merawat klien yang berperilaku kekerasan.
- b.) Keluarga klien merasa puas dalam merawat klien.

Intervensi

- a.) Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini.
- b.) Jelaskan peran serta keluarga dalam perawatan klien.
- c.) Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien.
- d.) Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi.
- i. TUK IX : Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program pengobatan)”.

Kriteria Evaluasi

- a.) Dapat menyebutkan obat-batan yang diminum dan kegunaannya.
- b.) Dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan.

Intervensi

- a.) Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien.
- b.) Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa izin dokter.

2.3.4 Implementasi

Implementasi merupakan fase dimana rencana keperawatan diaplikasikan kepada klien dalam bentuk tindakan yang komprehensif (Vaughans, 2013). Implementasi dalam keperawatan jiwa diwujudkan melalui Strategi Pelaksanaan (SP). Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. “Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan, selama tahap implementasi perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien”. Semua intervensii keperawatan di dokumentasikan ke dalam format (Nursalam, 2008).

2.3.5 Evaluasi

Menurut Kusumawati dan Yudi (2011) “Evaluasi dilakukan untuk mengukur tujuan dan kriteria yang sudah tercapai dan yang belum sehingga dapat menentukan intervensi lebih lanjut”. Bentuk evaluasi yang positif adalah sebagai berikut :

1. Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan
2. Bagaimana keadaan pasien saat marah dan benci pada orang tersebut

3. Apakah pasien sudah mengetahui akibat dari marah.

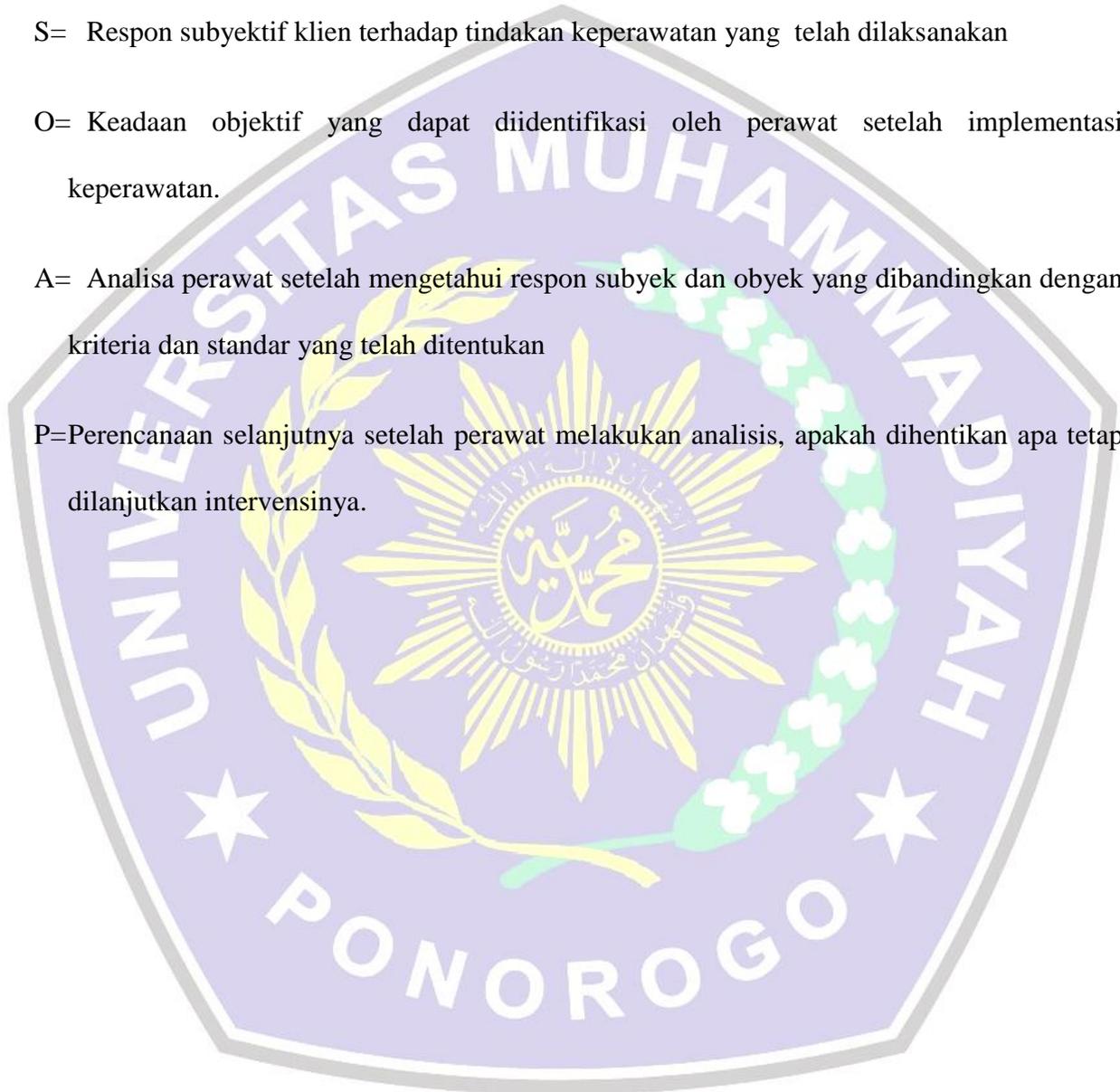
Menurut Muhith (2015:19) “evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir” . :

S= Respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

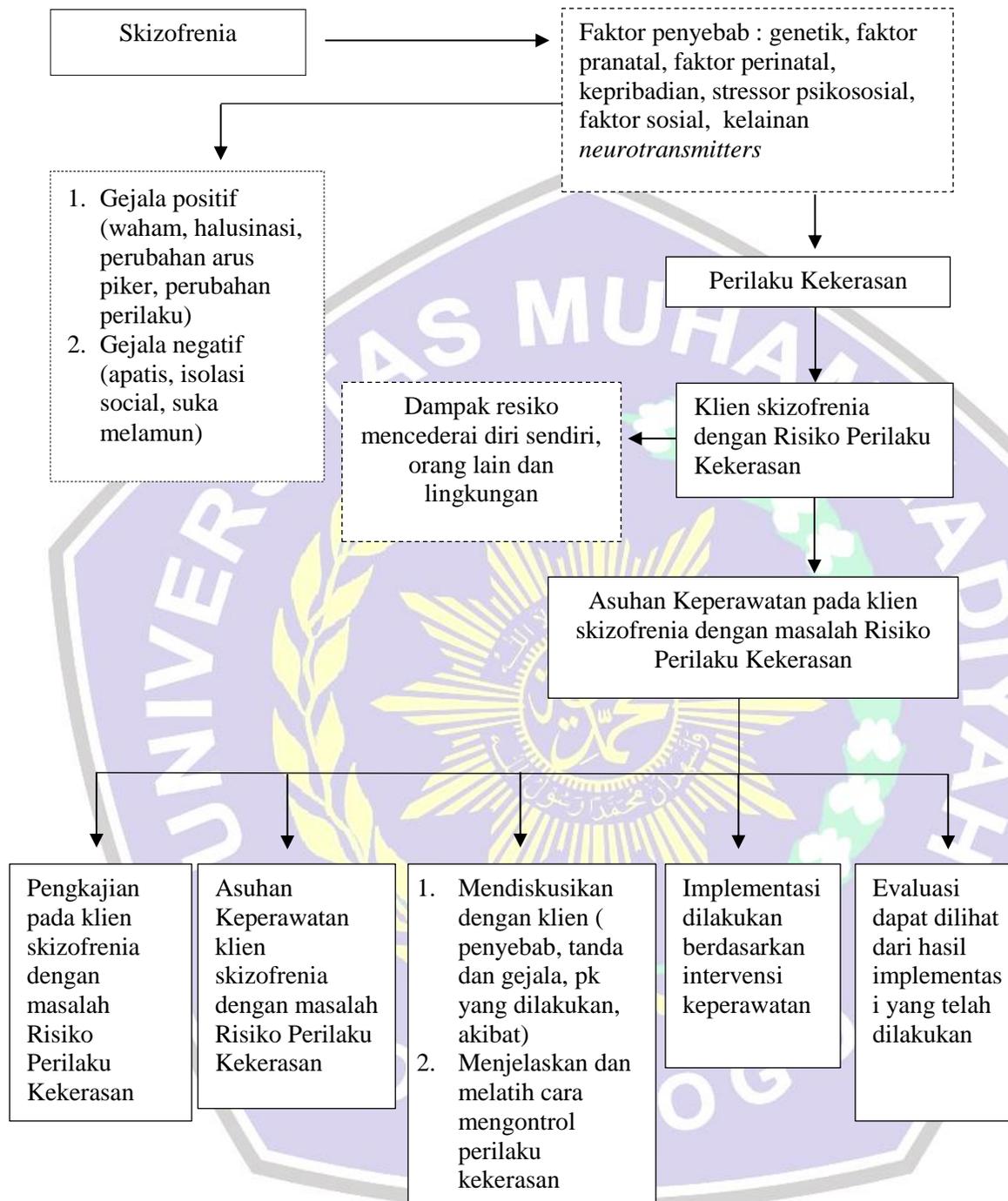
O= Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat setelah implementasi keperawatan.

A= Analisa perawat setelah mengetahui respon subyek dan obyek yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan

P=Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis, apakah dihentikan apa tetap dilanjutkan intervensinya.



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3: Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan Klien Skizofrenia dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan