

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin, yaitu salah satu sel kimia dalam otak. skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsangan pancaindra) fugen (2012) dalam masriadi (2016). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (keliat, dkk 2011)

2.1.2 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Keliat, dkk (2011). Gejala-gejala skizofrenia adalah sebagai berikut

1. Gejala Positif

- a. Waham: Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham besar)

b. Halusinasi: gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan)

c. Perubahan Arus Pikir

1) Arus pikir terputus: dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan

2) Inkoheren: berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)

3) Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain

d. Perubahan perilaku

1) Hiperaktif: perilaku motorik yang berlebihan

2) Agitasi: perilaku yang menunjukkan kegelisahan

3) Irabilitas: mudah tersinggung

2. Gejala Negatif

a. sikap masa bodoh (apatis)

b. Pembicaraan terhenti tiba-tiba (blocking)

c. menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)

d. menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari

2.1.3 Etiologi Skizofrenia

Luana (2007) dalam Prabowo (2014) menjelaskan penyebab dari skizofrenia, yakni:

1. Faktor Biologis

a. Komplikasi Kelahiran

bayi laki-laki yang memiliki komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia

b. infeksi

c. perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia

d. hipotesis dopamine

dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia

e. Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley, dan Show tahun 1954 mengoservasi efeklysergic acid diethylamide (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosis beratp orang normal.

f. Struktur otak

Daerah otak yang mendapatkan

2. Faktor Genetik

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia.

2.1.4 Jenis Skizofrenia

Menurut Laura (2010) dalam Masriadi (2016) ada empat jenis skizofrenia:

1. Skizofrenia Disorganized

Sekali untuk waktu yang lebih lama, beberapa hari, bahkan bisa beberapa bulan. seorang individu mengalami delusi dan halusinasi yang memiliki makna yang sedikit atau tidak bermakna sama sekali seperti arti kata "Disorganized". Seorang individu dengan skizofrenia disorganized mungkin akan menarik diri dari kontak dengan manusia lain dan mungkin mundur untuk menunjukkan perilaku dan gerak tubuh yang konyol seperti anak-anak.

2. Skizofrenia Katatonik

Perilaku yang aneh yang terkadang muncul dalam bentuk keadaan tidak bergerak sama sekali seperti orang yang pingsan, ketika berada dalam keadaan ini, individu dengan skizofrenia katatonik sebenarnya sepenuhnya sadar akan apa yang terjadi di sekitarnya.

3. Skizofrenia Paranoid

Delusi biasanya muncul dalam bentuk sebuah sistem yang terelaborasi didasarkan pada pemaknaan yang salah terhadap kejadian tertentu.

4. Skizofrenia tidak tergolong

Prilaku yang tidak teratur, halusinas, delusi, dan inkoherensi diagnosis ini digunakan ketika individu tidak memenuhi kriteria untuk satu dari tiga jenis skizofrenia lain atau memenuhi kriteria untuk lebih dari satu jenis.

Menurut Maramis, 2009 skizofrenia dibagi menjadi beberapa jenis, Penderita digolongkan ke dalam suatu jenis menurut gejala utama yang ada pada seseorang. Akan tetapi batas golongan-golongan ini tidak begitu jelas, gejala dapat saja bergantian mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam satu jenis. Pembagiannya adalah sebagai berikut :

a. Skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia ini dimulaidariusia30 tahun. Permulaanya mungkin sub akut, tetapi mungkin saja juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering digolongkan schizoid. Mereka mudah tersinggung, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain, suka menyendiri.

b. Skizofrenia hebefrenik

Awalnya perlahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau diantara usia 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalahgangguan kemauan, gangguan proses berpikir, dan adanya dipersonalisasi atau double personality.

c. Skizofrenia katatonik

Timbul pertama kalinyadiantara usia 15 - 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi strupor katatonik atau gaduh gelisah katatonik. Gejala penting yang akan muncul adalah gejala psikomotor seperti:

- 1) Mutisme : Terkadang dengan mata penderita tertutup, seperti topeng, mimik muka tidak ada, strupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama dan bisa beberapa hari, bahkan bisa beberapa bulan.
- 2) Penderita menentang jika diganti posisinya.
- 3) Makanan ditolak, air seni dan feses ditahan, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar.
- 4) Didapatkan katalepsi dan grimas.

d. Skizofrenia simplex

Sering timbul di waktu pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex merupakan kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Halusinasi jarang ditemukan dan waham.

e. Skizofrenia residual

Jenis skizofrenia ini merupakan keadaan kronis dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala berkembang ke arah gejala negative yang lebih menonjol.

2.1.5 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk perilaku sebagai suatu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, merusak lingkungan secara fisik maupun psikologis dan menciderai diri sendiri atau orang lain. Perilaku kekerasan merupakan respon yang

dihadapi oleh individu tertentu. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada orang lain, diri sendiri, maupun lingkungan. Melihat dampak kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara tepat dan cepat oleh tenaga-tenaga profesional.

2.1.6 Etiologi

1. Faktor predisposisi

a. Faktor Biologis

1) Genetik

- a) Bisa diturunkan melalui kromosom orang tua yang diduga kromosom 4, 8, 15, dan 22.
- b) Perubahan kromosom 5 dan 6 (Cople, 2007)
- c) Kembar identik kemungkinan 40-55%, dan kembar non identik 10-15% (Cople, 2007)

2) Status nutrisi

- a) Seringnya mengkonsumsi minuman dan makanan yang dapat merusak metabolisme tubuh yang dapat mengganggu peredaran darah seperti *junk food* / pola hidup tidak sehat.
- b) Mempunyai riwayat malnutrisi.

3) Kondisi kesehatan secara umum

- a) Menderita skizofrenia tipe paranoid (Cople, 2007)
- b) Penyakit fisik seperti adanya tumor otak / Kelemahan fisik.
- c) Mengalami gangguan fungsi pancaindera.

- d) Mempunyai riwayat penyakit yang mempengaruhi fungsi wicara.
 - e) Faktor perkembangan yang terlambat.
 - f) Adanya riwayat hospitalisasi, tindakan medik seperti pembedahan.
 - g) Tidak melaksanakan general check up atau pemeriksaan rutin terhadap kesehatan secara umum.
 - h) Pemeriksaan *Magnetik resonance Imaging* (MRI), *Positif Emission Tomography* (PET) dan *Tomografi terkomputerisasi* (CT) memperlihatkan abnormalitas simetrisitas, kepadatan jaringan, atrofi sebagian serebral lateral.
 - i) Scanning PET menunjukkan penurunan pada aliran darah dan penurunan metabolisme glukosa di lotus frontal.
- 4) Sensivitas Biologi
- Kerusakan lontusfrontal,system limbic, ketidak seimbangan neurotransmitter dan lotus temporal.
- a) Lymbik system: gangguan pada perilaku dan ekspresi emosi
 - b) Lotus frontal: Kerusakan terjadi pada penilaian, kepribadian, pengambilan keputusan, perilaku tidak sesuai, agresif.
 - c) Lobus temporal merupakan Gangguan yang terjadi pada kedua lobus temporal akan terjadinya syndrome KluverBucy yaitu gangguan hiperseks,emosi, oral tendencies, kebutan psikis dan hipermetamorfosis. (Suliswati dkk, 2005).

d) Neurotransmitter: Benzodiazepim, Norefinefrin, Lithium carbonat, Propanolol, Monoanim.

b. Faktor hormonal yang meliputi:

1) Sklus pria terjadipada pertengahan bulan dimulai dari tanggal 17-23 perbulan. Dimana seorang pria yang tengah pucaknya mengalami keletihan dan kelelahan atau dalam psikologisnya burnout (Bondan Seno Prasetyadi, 2008).

2) Perilaku yang dapat berhubungan dengan hipersekresi hormone prolaktin adalah ansietas, penurunan libido dan mudah marah (Reus dalam Sulawesi, 2005).

3) Meningkatkan kadar hormone progesteron dan testoteron dapat mengakibatkan turunnya norepinefrin sehingga menstimulus perilaku agresif (Ernawati dkk, 2009).

4) Paparan terhadap Racun, meliputi: penyalahgunaan zat, perokok berat, polusi udara tinggi, riwayat keracunan, terpapar mercury, insetisida dll.

c. Faktor psikologis

1) Intelegensi

a) Berkurangnya konsentrasi

b) Prestrasi akademik yang menurun (Hefler, 1976 dalam patlino, 2003)

2) Keterampilan verbal

a) Komunikasi cenderung dibesar-besarkan, tidak mampu berkomunikasi secara optimal.

b) Konfrontasi kemarahan secara verbal / kesulitan mengungkapkan.

3) Moral

a) Moral yang dapat mempengaruhi hubungan individu itu sendiri dengan lingkungan.

b) Suatu hal yang dapat bertentangan dengan norma yang dimiliki oleh seseorang yang dapat menimbulkan kemarahan dan dimanifestasikan dengan moral dan rasa tidak berdosa.

4) Kepribadian, yang meliputi pemurung, mudah putus asa, mudah tersinggung, agresif, tertutup.

5) Pengalaman masa lalu

a) dimasa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu dengan dihina, perasaan ditolak dan dianiaya atau saksi penganiayaan.

b) Diwaktu masih kecil pernah melihat orang tua melakukan hal yang sama, sehingga terpat proses modeling (mengidolakan) atau copying (meniru) / sering mengobservasi kekerasan di luar rumah atau di rumah.

c) Kelainan orang tua dalam mendidik, sebagian muncul dari niat baik, namun mendidik dan sebagian lagi timbul dari sikap

orang tua yang ditaktor, otoriter dan lain sebagainya. (Dimas, 2005 dalam Spesialis keperawatan jiwa FIK UI).

- d) Keluarga yang penuh konflik, tidak bahagia.
 - e) Perpisahan atau kehilangan dengan orang yang bermakna dimasa kanak-kanak.
 - f) Mempunyai riwayat pernah ditipu (Madden dalam ernawati, 2007)
- 6) Konsep diri
- a) Kurang percaya diri
 - b) Harga diri Hilang
 - c) Kehilangan peran dalam keluarga, peran yang tidak dapat dilakukannya
 - d) Tidak terpenuhinya kebutuhan akan status dan pretise.
 - e) Kebutuhan aktualisasi diri tidak tercapai sehingga dapat membuat individu cepat tersinggung dan menimbulkan ketegangan.
- 7) Motivasi
- a) Ketidak pedulian
 - b) Sikap yang meremehkan
 - c) Menghadapi permasalahan dengan pesimis.
- 8) Pertahanan Psikologi
- a) Dalam situasi kehilangan sangat peka.
 - b) Kebiasaan kopingmaladaftif

c) kesulitan dalam mengembangkan sikap optimis didalam menghadapi permasalahan.

9) Self Kontrol

a) Terganggu Fungsi control diri, individu tidak mampu menahan diri terhadap negative.

b) Kontrol diri yang diambil orang lain akibat menderita sakit.

10) Terhambatnya pencapaian tujuan. Tujuan yang tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa terancam dan cemas dapat berakibat frustrasi.

d. Faktor sosial budaya

1) Budaya permissive / latar belakang budaya: Kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan dapat menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

a) Agama dan Keyakinan

1) Nilai keyakinan keluarga yang tidak solid antara praktek, serta tidak kuat terhadap nilai-nilai baru yang rusak.

2) Keyakinan yang salah terhadap nilai dan kepercayaannya tentang marah dalam kehidupan sehari-hari. Contohnya adalah bahwa penyakit yang diderita merupakan hukuman dari Tuhan.

b) Keikutsertaan dalam Politik

1) Terlibat di dalam suatu politik yang kurang sehat.

2) Tidak bisa menerima suatu kekalahan dalam suatu pertarungan politik yang diikuti.

c) Pengalaman Sosial

1) Seringnya mendapat kritikan yang mengarah pada hal yang bersifat penghinaan terhadapnya.

2) Kehilangan sesuatu yang berharga (orang atau pekerjaan)

3) Interaksi sosial yang konflik dan provokatif

4) Tidak bermaknanya hubungan interpersonal

5) Hubungan interpersonal yang sulit diperhatikan

d) Peran sosial

1) Jarang bersosialisasi ataupun beradaptasi

2) Masa tidak berat di dalam masyarakat

3) Adanya perubahan status dari mandiri lalu ketergantungan (pada lansia)

4) Praduga negatif

5) Adanya norma atau budaya yang menerima suatu ekspresi marah.

2. Faktor presipitasi

Terhadap ancaman biologis, sosial budayadan psikologis yang terjadi pada saat ini, seperti:

a. Terhadap ancaman fisik: penyakit dan fisik dan pemukulan.

b. Terhadap ancaman psikologi: kehilangan kasih sayang dan perhatian.

- c. Terhadapancaman konsep diri: harga diri rendah, kegagalan dan frustrasi.
- d. Ancaman sosial: kehilangan orang/benda yang berarti.

2.1.7 Manifestasi klinis

1. Kognitif

- a. Memiliki pikiran yang negative didalam menghadapi stressor.
- b. Mendominasi.
- c. Bawel.
- d. Sarkasme.
- e. Berdabat.
- f. Keputusan yang diremehkan.
- g. Flight of idea.
- h. Mengalami gangguan berbicara.
- i. Perubahandalam isi pikir.
- j. Menurun konsentrasi.
- k. Persuasif.

2. Afekfif

- a. Cepat tersinggung.
- b. Tidak bisa sabar.
- c. Frustrasi.
- d. Wajah nampak sangat tegang.
- e. Merasa tidak ada kenyamanan.

- f. Merasa tidak ke berdaya.
- g. Sering jengkel.
- h. Memiliki dendam.
- i. keinginuntuk memukul orang lain.
- j. Menuntu dan menyalahkan.

3. Fisiologis

- a. Sering buang air besar.
- b. Pernapasan meningkat dan denyut nadi.
- c. Muntah / mual
- d. Tonus otot meningkat.
- e. Pupil dilatasi.
- f. Muntah / mual
- g. Meningkatkan tekanan darah
- h. Terkadang konstipasi reflek tondon meningkat.
- i. Peristaltik gaster menurun.
- j. Pengeluaran saliva meningkat dan urine.
- k. Kewaspadaan juga sering meningkat disertai ketegangan otot, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku ,seperti rahang terkatup, dan disertai reflek yang cepat.

4. Behaviour

- a. Agresif pasif.
- b. Bermusuhan dengan teman
- c. Sinis terhadap orang lain

- d. Mencurigai orang terdekat
- e. Sering mengamuk.
- f. Nada suara kasar dan keras.
- g. Perilaku yang sering berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain:
 Memberontak (*acting out*) perilaku kekerasan. Menyatakan secara asertif (*assertiveness*).

5. Sosial

- a. Menarik diri.
- b. Pengasingan.
- c. Penolakan.
- d. Kekerasan.
- e. Ejekan.
- f. Humor.

2.1.8 Mekanisme Koping

1. Personal Ability

- a. Kemampuan untuk mencari informasi yang terkait masalah.
- b. Kemampuan untuk mengidentifikasi masalah.
- c. Pertimbangan alternative.
- d. Kemampuan untuk mempertahankan hubungan interpersonal.
- e. Tidak semangat menyelesaikan suatu masalah.
- f. Kemampuan untuk mengungkapkan / konfortasi perasaan marah.

- g. Memiliki pengetahuan dalam pemecahan suatu masalah secara asertif.
 - h. Intelegensi yang kurang dalam menghadapi stressor.
 - i. Identitas ego tidak adekuat.
2. Sosial support
- a. Kurangnya dukungan darimasyarakat dan keluarga.
 - b. Ikut serta dalam perkumpulan di suatu masyarakat.
 - c. Bertentangan dengan nilai agama.
3. Material Assets
- a. Layaknya suatu penghasilan.
 - b. Tidak ada barang atau benda yang dapat dijadikan assets.
 - c. Tidak memiliki tabungan untuk mengantisipasi kehidupan.
 - d. Kurangnya kemampu menjangkaudalam pelayanan kesehatan.
4. Positive Belief
- a. Distress spiritual.
 - b. Mendapat motivasi.
 - c. Penilaian terhadap pelayanan kesehatan.

2.1.9 Penatalaksanaan

Rentang tindakan keperawatan dalam manajemen agresif

Stratergi prevensi

stategi antisipasi

strategi



- | | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|
| 1. kesadaran diri | 4. Komunika
s | 7. Psikofarmaka |
| 2. Pendidikan kesehatan/
manajemen perilaku kekerasan. | 5. Perubahan lingkungan | 8. Manajemen krisis |
| 3. Latihan asertif | 6. Tindakan perilaku | 9. Pengasingan manajemen perilaku. |
| | | 10. Pengekangan kekerasan |

Gambar 2.1 rentang tindakan keperawatan (Fitria, 2010)

1. Kesiapan Perawat
 - a. Sadar perasaan sendiri.
 - b. Yakin klien dapat belajar mengungkapkan marah yang benar.
 - c. Hangat, tegas, menerima, tetap tenang dan kalem.
 - d. Suasana dan sikap hubungan kerja yang akrab.
2. Manajemen perilaku kekerasan / pendidikan kesehatan.
 - a. Mengidentifikasi tanda/gejala perilaku kekerasan/marah.
 - b. Memperagakan / demonstrasi cara lama jika marah.
 - c. Dapat mengidentifikasi cara baru yang konstruktif.
 - d. Mendemostrasikan cara baru yang konstruktif.
 - e. Melatih cara yang baru pada situasi kenyataan.

3. Latiahasertif

Prinsip

- a. Berinteraksi langsung pada orang lain
- b. Mengatakan tidak pada suatu hal yang tidak beralasan (logis)
- c. Harus mampu mengungkapkan keluhan yang dialami
- d. Mengungkapkan penghargaan/ pujian

2.1.10 Rentang Respon

Halusinasi adalah gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan responneorologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respon halusinasi mengikuti rentang respons neorobiologi. Rentang responneorobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respon yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut ini adalah gambaran rentang responneorobiologi.

2.1.11 Penatalaksanaan

Menurut Keliat, Akemat, Helena, Nurhaeni (2011), berikut ini akan diuraikan penatalaksanaan pada pasien psikotik kronik secara medis.

1. Memberikan suatu informasi kepada keluarga dan pasien. Untuk lebih jelasnya anda dapat membaca isi informasi dan metode penyampaian yang tepat pada modul tentang asuhan keperawatan pada pasien halusinasi, waham, isolasi sosial, dan defisit perawatan diri. Beberapa informasi yang dapat Anda sampaikan pada pasien dan keluarga antara lain :

- a. Gejala penyakit jiwa (perilaku aneh dan agitasi).
 - b. Antisipasi kekambuhan.
 - c. Penanganan psikosi akut.
 - d. Pengobatan yang akan mengurangi gejala dan mencegah kekambuhan.
 - e. Perlunya organisasi dimasyarakatkan sebagai suatu dukungan yang berarti bagi pasien dan keluarga.
2. Konseling keluarga dan pasien, beberapa topik yang dapat menjadi fokus konseling:
- a. Dukungan keluarga terhadap pasien dalam pengobatan.
 - b. Membantu pasien untuk berfungsi pada taraf yang optimal dalam kegiatan sehari-hari dan pekerjaan.
 - c. Kontak dengan stres dan kurangi stres.

2.2 Konsep askep

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas

- a. Perawat yang merawat pasien memperkenalkan diri dan melakukan kontrak dengan pasien tentang : nama klien , nama perawat, tujuan, waktu, topik yang akan dibicarakan dan tempat pertemuan.
- b. Nomor Rekam Medik dan usia

2. Alasan Masuk

Alasan utamaklien biasanya masuk ke rumah sakit yaituklien dengan mengungkapkan kata-kata kasar, perkataan yang bernada

ancaman, ingin memukul serta memecahkan perabotan rumah tangga yang ada disekitarnya. Pada saat berbicara wajah , wajah terlihat kemerahan, rahang terkatup dengan kuat, pandangan mata tajam, tangan mengepal. Tindakan utama keluarga pada saat itu adalah dengan memasung atau mengurung pasien. Sebenarnya tindakan tersebut tidak dapat merubah kondisi ataupun perilaku klien.

3. Faktor Predisposisi

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya sering mendapatkan pengobatan di rumah sakit. Pengobatan yang dijalani belum sembuh total, sehingga pasien belum bisa beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. Gejala sisanya kambuh mengakibatkan trauma yang pernah dialami pasien berupa kekerasan di lingkup keluarga atau lingkungan, penganiayaan fisik tindakan kriminal yang pernah dialami ataupun melakukan tindakan kekerasan tersebut.

4. Pemeriksaan Fisik

Pada saat dilakukannya pemeriksaan TTV mendapatkan hasil tekanan yang darah meningkat, pernafasan cepat jika klien marah, nadi cepat, mata melotot, mata merah, matatajam, otot tegang, nada yang mengancam suara yang tinggi, kasar dan kata-kata kotor, mengatupkan rahang serta postur tubuh yang kaku dan tangan mengepal.

5. Psiokosial

a. Genogram

Genogram menggambarkan garis keturunan keluarga pasien, untuk mengetahui ada atau tidaknya anggota keluarga yang menderita gangguan kejiwaan seperti yang dialami pasien.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Tidak adanya keluhan terhadap persepsi klien dengan tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai pada seseorang.

2) Identitas diri

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan berasal dari anggota masyarakat dan keluarga. Akan tetapi karena klien mengalami gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan yang terjadi interaksi antara klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga klien tidak puas akan status ataupun posisi klien sebagai anggota masyarakat dan keluarga.

3) Peran diri

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu melakukan tugas dan perannya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

4) Ideal diri

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan selalu ingin diperlakukan baik oleh keluarganya ataupun masyarakat, sehingga

klien dapat melakukan perannya dengan baik sebagai anggota keluarga atau anggota masyarakat.

5) Harga diri

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mempunyai hubungan yang tidak baik bersama dengan orang lain sehingga klien merasa bahwa dirinya dikucilkan dilingkungan sekitarnya

6) Hubungan social

Biasanya klien dekat dengan orang tuanya yang lebih utama dengan ibu, karena dengan sering marah, melempar atau memukul orang lain, bicara kasar, sehingga klien tidak pernah berkunjung ke rumah tetangga ataupun saudara dan klien sekalipun tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di dalam lingkungan masyarakat.

7) Spiritual

a) Nilaikeyakinan

Klien dengan keyakinanya melakukan ibadah dengan agama sesuai yang dianutnya.

b) Kegiatan ibadah

Klien dengan berperilaku kekerasan kurang (jarang) dalam melakukan ibadah sesuai dengan kepercayaannya.

8) Statusmental

Penampilan, dengan berpenampilan klien tidak rapi, rambut berantakan, bau badan, mulut dan gigi terlihat kotor.

9) Pembicaraan

Klien berbicara lebih cepat dan rasa marah, suara bernada tinggi, dan berteriak (menggebu-gebu).

10) Aktivitas Motorik

Klien kelihatan gelisah, berjalan tanpa arah disertai tangan yang mengepal dan graham yang mengatup, mata melotot dan kemerahan.

11) Alam Perasaan

Klien terlihat sedih, terkadang gembira yang sangat berlebihan terkadang marah yang tanpa diketahui penyebabnya, dan merasa putus asa.

12) Afek

Klien biasanya mengalami perubahan dalam raut muka jika ada yang memberikan stimulus menyenangkan dan klien juga mudah labil dengan disertai emosi yang cepat berubah. Klien akan bereaksi bila ada stimulus emosi yang cukup kuat.

13) Interaksi selama wawancara

Klien suka memperlihatkan kanperilaku yang tidak kooperatif, mudah tersinggung, bermusuhan, dan kontak mata yang sangat tajam disertai pandangan mata yang melotot. Dan klien juga berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran pada dirinya.

14) Persepsi

Klien dengan melihat, mendengar, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata ada dengan frekuensi waktu yang tidak diketahui.

15) Proses atau Arus Pikir

Biasanya klien saat berbicara tiba-tiba terhenti bisa dikarenakan emosi yang meningkat tanpa ada gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.

16) Isi Pikir

Klien dengan berperilaku keras memiliki ketakutan patologis atau tidak logis terhadap objek dan situasi tertentu, bisa disebut juga phobia.

17) Tingkat Kesadaran

Klien dengan berperilaku keras tingkat kesadarannya adalah stupor dengan gangguan motorik seperti kekakuan, melakukan gerakan yang sering diulang-ulang dan anggota tubuh klien dengan sikap yang canggung serta klien terlihat kacau.

18) Memori

Pasien dengan perilaku keras mempunyai memori yang konfabulasi yaitu berbicara yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada, dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan jiwa yang dialaminya.

19) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien dengan berperilaku keras tidak mampu untuk berkonsentrasi, selalu meminta agar pernyataan yang diberikan untuk diulang atau tidak dapat menjelaskan kembali apa yang dibicarakan. Dan biasanya pasien pernah mengenyam dunia pendidikan, tidak memiliki masalah dalam berhitung (penambahan maupun pengurangan).

20) Kemampuan penilaian

Klien mempunyai kemampuan penilaian yang baik, seperti disuruh untuk memilih mana yang baik antara makan atau mandi terlebih dahulu, dan dia akan menjawab mandi terlebih dahulu.

21) Dayatilikdiri

Klien begitu menyadari bahwa dirinya berada didalam masa pengobatan untuk mengendalikan segala aemosinya yang masih labil.

22) KebutuhanPersiapanPulang

a) Makan

Klien makan 3x dalam sehari dengan porsi (laukpauk,daging, buah, nasi,sayur).

b) BAB/BAK

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

c) Mandi

Klien mandi 2x dalam sehari dan membersihkan rambut 2 hari sekali. Jika mandi klien juga tidak lupa untuk menggosok gigi.

d) Berpakaian

Klien akan mengganti pakaiannya setiap selesai mandi sore

e) Istirahat dan tidur

Klien tidur siang kurang lebih 1 - 2 jam dan tidur malam kurang lebih 8 - 9 jam. Persiapan klien sebelum tidur yaitu terbiasa untuk cuci kaki, tangan dan gosok gigi.

f) Penggunaan obat

Klien minum obat 3x dalam sehari dengan obat oral. Reaksi klien setelah minum obat lebih tenang dan tidur nyenyak.

g) Pemeliharaan kesehatan

Klien melanjutkan berobat untuk terapinya dengan dukungan keluarga dan petugas kesehatan serta orang yang ada disekitarnya.

h) Kegiatan di dalam rumah

Pasien dengan melakukan kegiatan sehari-hari seperti merapikan kamar tidur.

i) Kegiatan di luar rumah

Pasien dengan melakukan aktivitas diluar rumah secara mandiri.

23) Mekanisme Koping

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

- a) Koping Adaptif meliputi: berbicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah secara mandiri.
- b) Koping Maladaptif meliputi: Dengan meminum alkohol, dan mencederai diri.

24) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Harga Diri Rendah: klien dengan berperilaku keras memiliki suatu masalah dengan psikososial dan lingkungannya, seperti halnya klien yang tidak bisa berinteraksi dengan keluarga atau masyarakat dikarenakan perilaku klien yang membuat orang lain disekitarnya merasa ketakutan.

25) Aspek Medik

Klien dengan ekspresi marah diperlukan perawatan dan pengobatan yang lebih tepat. Dengan menggunakan obat neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: Clorpromazine HCL yang bisa digunakan untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak dapat digunakan dosis efektif rendah, contohnya Trifluoperasineestelasine, bila tidak dapat juga maka dapat digunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi dengan kedua obat tersebut mempunyai efek anti tegang, anti cemas dan anti agitasi.

26) Masalah Keperawatan

- a) Resiko Perilaku Kekerasan.
- b) Resiko tinggi cedera.
- c) Defisit perawatan diri.
- d) Hambatan komunikasi.
- e) Gangguan proses pikir.
- f) Hambatan interaksi sosial.
- g) Gangguan identitas diri.
- h) Distres spiritual.

2.2.2 Pathways

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan



Perilaku kekerasan :



Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

Gambar 2.2 pathway Resiko Perilaku Kekerasan (Nita, Fitria, 2010)

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Isolasi
3. Harga diri rendah
4. Defisit perawatan diri

2.2.4 Tindakan keperawatan

1. Tindakan Keperawatan untuk Klien

a. Tujuan

- 1) Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- 3) Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- 4) Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- 5) Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerannya.
- 6) Klien dapat mengontrol perilaku kekerannya secara fisik, spiritual, sosial dan dengan terapi psikofarmaka.

b. Tindakan

1) Bina hubungan saling percaya

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar klien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan saudara. Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah mengucapkan salam terapeutik, jabat tangan, menjelaskan tujuan interaksi, serta membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu.

- 2) Diskusikan bersama klien penyebab perilaku kekerasan yang terjadi di masa lalu dan saat ini.

3) Diskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan. Diskusikan bersama klien mengenai tanda dan gejala perilaku kekerasan, baik kekerasan fisik, psikologis, sosial, spiritual maupun intelektual.

4) Diskusikan bersama klien perilaku sevata verbal yang bisa dilakukan pada saat marah baik terhadap dirisendiri, orang lain maupun lingkungan.

5) Diskusikan bersamaa klien akibat yang timbul dari perilaku marahnya. Diskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan baik fisik, (pukul kasur atau bantal serta tarik nafas dalam), obat-obatan, sosial atau verbal (dengan mengungkapkan kemarahannya secara asertif), ataupun spiritual (sholat atau berdoa sesuai keyakinan klien).

2. Tindakan keperawatan untuk keluarga

a. Tujuannya adalah keluarga mampu merawat klien dirumah.

b. Tindakan

1) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan meliputi penyebab, tanda gejala, perilaku yang muncul, serta akibat dari perilaku tersebut.

2) Latih keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan.

a) Anjurkan keluarga untuk selalu mmemotivasi klien agar melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat.

- b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada klien bila anggota keluarga dapat melakukan kegiatan secara tepat.
 - c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila klien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan.
- 3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi klien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.

2.2.5 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut Dalami (2009) adalah rencana perawat akan menyusun kembali rencana yang akan dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalahnya perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan salah satu / masalah utamanya adalah resiko perilaku kekerasan. Perencanaan terdiri dari tiga aspek yaitu: Tujuan Umum (TUM), Tujuan Khusus (TUK) dan Intervensi.

1. Tujuan Umum (TUM)

Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan khusus (TUK)

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
- b. Klien dapat mengidentifikasi penyebab kekerasan yang dilakukannya
- c. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

- d. Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- e. Klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan.
- f. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruksi atau konstruksi atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan.

Tabel 2.1

Intervensi pada klien resiko perilaku kekerasan

Tujuan (TUK/TUM)	Intervensi
<p>TUM: Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan.</p> <p>TUK 1: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Bina hubungan saling percaya menggunakan prinsip komunikasi trapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam trapeutik 2. Berjabat tangan dengan klien 3. Perkenalkan dengan diri dengan sopan 4. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai 5. Jelaskan tujuan pertemuan 6. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali temu klien 7. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 8. Beri perhatian kepada klien

<p>TUK 2:</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi penyebab kekerasan yang dilakukanya</p>	<p>Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama klien untuk menceritakan penyebab jengkel atau rasa kesalnya. 2. Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau memberi penilaiann pada setiap ungkapan perasaan klien
<p>TUK 3:</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi taznda-tanda perilaku kekerasan.</p>	<p>Membantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya:</p> <p>Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dan motiivasi klien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi. 2. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan ko ndisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan. 3. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan. 4. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi

	<p>hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan.</p>
<p>TUK 4:</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.</p>	<p>Diskusikan dengan klien seputar perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama dengan pasien seputar perilaku kekerasan yang dilakukannya. 2. Memotivasi pasien untuk menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan yang pernah dilakukannya. 3. Memotivasi pasien untuk menceritakan perasaan klien setelah melakukan tindakan kekerasan tersebut. 4. mendiskusikan apakah dengan melakukan tindakan kekerasan yang dilakukannya, masalah yang dialami bisa teratasi.
<p>TUK 5:</p> <p>Pasien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan.</p>	<p>Diskusikan dengan klien akibat negatif atau kerugian dari cara atau kerugian dari cara atau tindakan kekerasan yang dilakukan pada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diri sendiri 2. Orang lain/ keluarga 3. Lingkungan
<p>TUK 6:</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi cara</p>	<p>Diskusikan dengan klien seputar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apakah klien mau mempelajari

konstruksi atau konstruksi atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan.	<p>cara baru mengungkapkan marah yang sehat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui klien. 3. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan.
--	--

2.2.6 Implementasi

Implementasi merupakan suatu tahapan ketika perawat untuk mengaplikasikan kedalam suatu bentuk intervensi keperawatan yang berguna untuk membantu pasien dalam mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi merupakan kemampuan untuk berkomunikasi yang lebih efektif, kemampuan untuk menciptakan saling adanya rasa percaya dan saling membantu, kemampuan untuk melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi.

2.2.7 Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses yang berlanjut yang dapat menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir. (S) merupakan respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Dapat diukur dengan menanyakan “ bagaimana perasaan ibu setelah latihan fisik nafas dalam ?” , (O) merupakan respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan yang dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpanbalik sesuai dengan hasil observasi. (A) merupakan analisis ulang atas data subjektif atau objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau data kontra indikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dan tujuan. (P) merupakan perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut pasien dan tindak lanjut oleh perawat.

Menurut Badan PPSDM (2013), evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan untuk klien dan keluarga perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Klien mampu
 - a. Klien mampu menyebutkan apa penyebab, perilaku kekerasan yang dilakukan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, dan akibat dari perilaku kekerasan.
 - b. Mengontrol perilaku kekerasan sesuai jadwal:
 - 1) Secara fisik: Tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur.
 - 2) Terapi psikofarmaka: minum obat (6 benar).
 - 3) Secara verbal: mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik.

- 4) Secara spiritual.
 - c. Mengidentifikasi manfaat dari latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan.
2. Keluarga mampu
- a. Keluarga harus mampu mengenali masalah yang dirasakan yang dirasakan klien.
 - b. Perilaku kekerasan harus dicegah.
 - c. Mendukung klien dan menunjukkan sikap menghargai.
 - d. Memberu motivasi klien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan.
 - e. Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung klien dalam mengontrol perilaku kekerasan.
 - f. Melakukan evaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien.
 - g. Melakukan *follow up* pelayanan kesehatan masyarakat, mengenal tanda kambuh, dan melakukan rujukan.

2.2.8 Dokumentasi

Menurut Rusdi (2013), dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan.