

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia ialah penyakit yang berpengaruh terhadap pola pikir, tingkat emosi, sikap, dan kehidupan sosial. Seseorang yang mengalami gangguan jiwa bisa di tandai dengan penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, persepsi serta pikiran, dan kognitif (Stuart, 2013). Selain itu, skizofrenia juga dapat diartikan dengan terpecahnya pikiran, perasaan, dan perilaku yang menyebabkan tidak kesesuaian pikiran, perasaan orang yang mengalaminya (Prabowo, 2014).

Macam-macam skizofrenia menurut (Mery C. Townsend, 2010) di antaranya :

1. Skizofrenia Katatonik merupakan gejala awal bisa muncul karena stupor atau kegaduhan dan menjadikan melukai dirinya sendiri.
2. Skizofrenia Residual ditandai dengan perilaku eksentrik dan menarik diri.
3. Skizofrenia Takterinci di tandai oleh gejala psikologis seperti waham, halusinasi, dan resiko perilaku kekerasan.
4. Gangguan skizoafektif : tanda gejala yang akan ditunjukkan contohnya depresi berat.

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Faktor yang menyebabkan skizofrenia menurut (Yosep, 2010) yaitu :

1. Keturunan : di buktikan oleh penelitian tentang keluarga yang menderita gangguan jiwa pada seorang anak yang mengalami kembar namun satu telur, dan anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia
2. Endokrin menjelaskan bahwa skizofrenia timbul pada waktu pubertas.
3. Metabolisme, pada teori ini di lihat dari klien yang tampak pucat, nafsu makan yang berkurang, dan berat badan menurun.
4. Susunan saraf pusat : penyebab yang diarahkan pada kelainan susunan saraf pusat..
5. Teori Adolf Meyer : dapat di sebabkan karena penyakit badaniyah yang sampai saat ini belum di temukan adanya kelainan baik patologis, anatomis, maupun fisiologis.
6. Teori Sigmund Freud : adanya kelemahan ego yang disebabkan psikogenik atau somatik.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Secara umum tanda dan gejala penderita gangguan jiwa atau skizofrenia dibedakan 2 macam (Yosep, 2011) yaitu :

1. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan yang kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan respon pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang

tidak biasa pada tubuhnya. Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada pasien skizofrenia lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap suatu isyarat dari luar angkasa. Kegagalan berfikir mengarah kepada masalah klien skizofrenia yang tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya yang membuat mereka berbicara yang tidak bisa ditangkap secara logika. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia ketawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekitarnya.

2. Gejala negatif

Pada klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal yang lain selain tidur dan makan. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun tangan, seakan-akan mereka tidak mempunyai emosi apapun. Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Perasaan depresi adalah suatu yang sangat menyakitkan. Pada kasus skizofrenia dapat menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi.

2.1.4 Tipe skizofrenia

Menurut Yosep, (2011) tipe skizofrenia diantaranya :

1. Delusi (*Delusions*)
2. Halusinasi (*Hallucinations*)
3. Gangguan Pikiran (*Incoherence*)
4. Perilaku Hiperaktif (*Catatonic or hyperactive behavior*)
5. Ekspresi wajah yang datar (*flat affect*)

2.1.5 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut “Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III)” Skizofrenia di klasifikasikan menjadi beberapa tipe, di bawah ini yang termasuk dalam klasifikasi skizofrenia (Prabowo, 2014) :

1. Skizofrenia paranoid (F20.0)

Pedoman diagnostik paranoid yaitu :

- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis
- b. Halusinasi yang menonjol
- c. Gangguan afektif, dorongan pembicaraan, dan gejala katatonik relatif tidak ada

2. Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia hebefrenik, yaitu :

- a. Diagnostik hanya di tegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
- b. Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas pemalu dan senang menyendiri
- c. Gejala bertahun 2-3 minggu.

3. Skizofrenia katatonik (F20.2)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia katatonik antara lain :

- a. Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau berbicara)
- b. Gaduh-gelisah (aktivitas motorik yang tidak bertujuan tanpa stimuli eksternal)
- c. Diagnostik katatonik tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak di karenakan klien tidak komunikatif.

4. Skizofrenia tak terinci (F20.3)

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci yaitu :

- a. Tidak ada kriteria yang menunjukkan diagnosa skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik.
- b. Tidak mampu memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F20.4)

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca skizofrenia antara lain :

- a. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada tetapi tidak mendominasi
- b. Gejala depresif menonjol dan mengganggu

6. Skizofrenia residual (F20.5)

Pedoman diagnostik skizofrenia residual antara lain :

- a. Ada riwayat psikotik
- b. Tidak dimensia atau gangguan otak organik lainnya

7. Skizofrenia simpleks (F20.6)

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain :

- a. Gejala negatif yang tidak di dahului oleh riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain.
- b. Adanya perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

2.1.6 Faktor Penyebab Skizofrenia

Hingga saat ini penyebab skizofrenia belum di temukan penyebab yang pasti, menurut (Yosep, 2011). Dari penelitian yang telah dilakukan tidak ditemukan faktor tunggal. Penyebab skizofrenia menurut penelitian mutakhir yaitu : penyebab genetik, virus, auto antibody, malnutrisi. Penelitian lain menyebutkan gangguan perkembangan otak janin juga mempunyai peran bagi timbulnya skizofrenia kelak di kemudian hari. Gangguan ini disebabkan karena kekurangan gizi, infeksi. Trauma. Toksin, dan kelainan hormonal.

Kesimpulannya adalah bahwa skizofrenia muncul bila terjadi aksi antara abnormal gen dengan :

1. Virus atau infeksi lain selama kehamilan yang dapat mengganggu perkembangan otak janin
2. Menurunnya autoimun yang mungkin disebabkan infeksi selama kehamilan
3. Komplikasi kandungan
4. Kekurangan gizi yang cukup berat, terutama pada trimester kehamilan

Selanjutnya dikemukakan bahwa orang yang sudah mempunyai faktor epigenetik tersebut, bila mengalami stressor psikososial dalam

kehidupannya, maka risikonya lebih besar untuk menderita skizofrenia daripada orang lain yang tidak ada faktor epigenetik sebelumnya.

2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan utama dari skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal klien, serta mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan dalam masing – masing subtype skizofrenia (Prabowo, 2014). Dibawah ini termasuk penatalaksanaan pada skizofrenia :

1. Terapi farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi skizofrenia yaitu golongan obat antipsikotik. Obat anti psikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Antipsikotik tipikal

Merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi seperti dopamin. Antipsikoti ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada klien skizofrenia. berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal :

- 1) Chlorpromazine dengan dosis harian 30-800 mg/hari
- 2) Flupenthixol dengan dosis harian 12-64 mg/hari
- 3) Fluphenazine dengan dosis harian 2-40 mg/hari
- 4) Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari

b. Antipsikotik atipikal

Aksi obat ini adalah mengeblok reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal ini merupakan pilihan dalam terapi skizofrenia karena mampu mengatasi gejala positif maupun negatif

pada pasien skizofrenia. berikut ini adalah daftar obat yang termasuk golongan obat antipsikotik atipikal :

- 1) Clozapine dosis harian 300-900 mg/hari
 - 2) Risperidone dosis harian 1-40 mg/hari
 - 3) Losapin dosis harian 20-150 mg/hari
 - 4) Melindone dosis harian 225 mg/hari
2. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)
 3. Pembedahan bagian otak
 4. Perawatan di rumah sakit
 5. Psikoterapi
 - a. Terapi psikoanalisa

Pada terapi ini menyadarkan seseorang terhadap masalah pada dirinya dan membuat mekanisme pertahanan dengan tujuan supaya cemasnya dapat terkendalikan.

b. Terapi Perilaku

Ada dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, diantaranya :

- 1) *Social Learning Program* : klien skizofrenia untuk mempelajari perilaku yang sesuai
 - 2) *Social Skills Training* : melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahliannya.
- c. Terapi Humanistik
- Terapi kelompok dan keluarga.

2.2 Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengertian Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Keliat, 2011). Sedangkan resiko perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana seseorang pernah mempunyai riwayat melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, bahkan lingkungan baik secara fisik, emosional, atau seksual dan verbal (Keliat, 2015). Resiko perilaku kekerasan ini dapat berupa bicara kasar, menuntut dan perilaku yang kasar disertai kekerasan (Purba, 2014). Menurut Keliat, 2015 resiko perilaku kekerasan menunjukkan rentang agresi dan perilaku amuk yang disebabkan emosi, atau perasaan marah.

2.2.2 Penyebab Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan dapat terjadi karena adanya faktor predisposisi dan presipitasi (Yosep, 2011).

1. Faktor predisposisi

a. Faktor biologis

Adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan. Adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

b. Faktor psikologis

Pengalaman marah merupakan respon terhadap stimulus eksternal, internal, maupun lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi di karenakan seseorang mengalami frustrasi.

c. Faktor sosiokultural

Teori lingkungan sosial menyatakan bahwa lingkungan sangat berpengaruh terhadap sikap individu dalam mengekspresikan marah.

2. Faktor presipitasi

Pada faktor presipitasi perilaku kekerasan bersifat unik, berbeda satu sama lain. Stresor merupakan penyebab yang berasal dari dalam maupun luar dari individu tersebut. Faktor dari dalam individu dapat di contohkan seperti kehilangan relasi atau hubungan dengan orang terdekat atau orang yang di cintai, kehilangan rasa cinta, dll. Sedangkan faktor dari dalam individu diantaranya serangan terhadap fisik, lingkungan yang terlalu ribut, serta tindakan kekerasan.

2.2.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda gejala pada resiko perilaku kekerasan menurut (Dermawan, 2013) yaitu :

1. Data Subjektif
 - a. Ungkapan berupa ancaman
 - b. Ungkapan kata – kata kasar
 - c. Ungkapan ingin mmukul
2. Data Objektif
 - a. Wajah tampak memerah dan tegang
 - b. Pandangan tajam
 - c. Mengatupkan rahang nya dengan kuat
 - d. Mengepal tangan

- e. Berbicara kasar
- f. Sering bersuara dengan nada tinggi, menjerit, bahkan berteriak
- g. Sering mondar-mandir
- h. Memukul, melempar benda kepada orang lain.

2.2.4 Rentang Respon Marah

Sikap marah yang dilakukan seseorang dimulai dari rentang respon adaptif hingga maladaptif. Dibawah ini gambar untuk memahami tentang respon perilaku kekerasan :



Gambar 2.1 Rentang respon marah

Sumber : Keliat dalam Ade Herman (2011)

Keterangan :

Asertif : kemarahan yang diungkapkan tanpa harus menyakiti orang lain.

Frustasi : kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis

Pasif : respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya.

Agresif : perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : perilaku destruktif tidak terkontrol.

2.2.5 Proses Terjadinya Masalah

Resiko perilaku kekerasan dapat terjadi karena tidak mampu untuk melakukan perlawanan terhadap stres, tidak mampu mengenali tanda yang mengakibatkan seseorang menjadi marah, sehingga tidak mampu mengendalikan perilaku kekerasan (volavka&citrome, 2011). Proses dapat terjadinya perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dijelaskan dengan konsep stress adaptasi stuart yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi. Faktor predisposisi menuju ke hal yang menimbulkan perilaku kekerasan tersebut. Misalnya kekerasan dalam rumah atau dalam keluarga. Pendapat seseorang untuk mencapai suatu tujuan yang mengalami hambatan akan menimbulkan dorongan agresif yang akan memotivasi terjadinya perilaku kekerasan. Sedangkan faktor presipitasi ialah rasa marah jika seseorang merasa terancam baik fisik, psikis, maupun konsep diri. Faktor yang menyebabkan adalah penghinaan, kehilangan orang yang di cinta, adanya permasalahan, kelemahan fisik, dan lain sebagainya (Yosep, 2011).

2.2.6 Mekanisme Koping

Seseorang dengan perilaku kekerasan perlu adanya pengkajian yang mendetail tentang mekanisme koping yang digunakan. Menurut Prabowo, (2014) mekanisme koping yang digunakan pada seorang dengan perilaku kekerasan untuk melindungi dirinya diantara lain :

a. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Misalnya orang yang sedang marah dan melampiaskan kemarahannya tersebut dengan memukul atau melempar benda yang ada disekitar klien.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain atas kesulitan yang dialami atau keinginan yang tidak tercapai. Misalnya wanita yang menyangkal dirinya menggoda rekan kerjanya tetapi ia menuduh orang lain untuk merayu teman kerjanya tersebut.

c. Represi

Merupakan sesuatu hal untuk mencegah keinginan yang berbahaya bila digambarkan dengan cara melebih-lebihkan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai senjata untuk keburukan orang lain.

2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2014) penatalaksanaan pada perilaku kekerasan antara lain :

1. Farmakoterapi

Pemberian obat antipsikotik dosis seperti klorpromazin berfungsi mengendalikan psikomotornya. Apabila serangan baru pertama kali gejala akan hilang. Pemberian dosis selama satu bulan, apabila serangan lebih dari satu kali maka obat diberikan selama terus menerus selama dua bulan.

Dosis klorpromazin diberikan dalam rentang 30-800 mg/24jam/oral.

2. Terapi okupsi

Terapi yang bertujuan mengatur kemampuan komunikasi. Setelah klien melakukan hal tersebut, klien diajarkan untuk bercerita pengalaman pribadinya. Pada terapi ini dilakukan guna rencana awal terkait dengan rehabilitas.

3. Peran serta keluarga

Peran yang sangat penting adalah keluarga. dimana keluarga merupakan pendukung yang paling penting untuk memberi perawatan kepada klien secara langsung. Tugas perawat juga membantu keluarga supaya melakukan 5 tugasnya, diantaranya mampu mengenal masalah yang Keluarga adalah pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan klien.

2.2.8 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah resiko perilaku kekerasan (Dermawan, 2013).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

1. Data identitas

Riwayat ketidakjelasan nama atau identitas serta pendidikan yang rendah, atau riwayat putus sekolah yang mengakibatkan perkembangan kurang efektif. Status sosial tuna wisma, kehidupan terisolasi (kehilangan kontak sosial, misal pada lansia). Agama dan keyakinan klien tidak bisa menjelaskan aktivitas keagamaan secara rutin (Yosep, 2011).

2. Keluhan utama / alasan masuk

Alasan masuk pada penderita gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan mengatakan dirinya suka marah apabila melihat orang, mengatakan suka memukul orang lain, melukai dirinya sendiri, merusak lingkungan.

3. Faktor predisposisi

a. Biologis

1. Terdapat riwayat dari keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
2. Sering melihat kekerasan yang dapat menstimulus individu untuk melakukan perilaku kekerasan

3. Adanya *reinforcemen* yang di terima pada saat melakukan kekerasan.

b. Psikologis

1. Tidak mampu berbicara dengan jelas, misal gagap.
2. Ada riwayat atau masalah dalam keluarga seperti keluarga pernah *broken home*.
3. Klien merasakan cepat putus asa, cemas yang tinggi.
4. Pernah gagal dalam melakukan sesuatu hal yang menyebabkan frustrasi yang menimbulkan amuk.

c. Sosial budaya

1. Adanya sikap yang tertutup dan membalas secara diam dan kontrol sosial yang tidak pasti menyebabkan perilaku kekerasan tersebut dianggap perilaku yang diterima.

4. Faktor presipitasi

1. Kehilangan orang yang dicintai
2. Interaksi sosial yang provokatif dan konflik
3. Situasi lingkungan yang ribut
4. Berasal dari klien yang kurang percaya diri, kelemahan fisik, ketidakberdayaan, putus asa

5. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat gangguan pada klien atau keluarga

6. Pemeriksaan fisik

- a. Meningkatnya Tekanan Darah, Nadi, dan juga pernafasan ketika muncul kecemasan.
- b. Adanya penurunan BB

- c. Terdapat keluhan fisik seperti kelemahan otot, kekuatan sendi, dan terdapat adanya kecacatan. Adanya keluhan fisik kelemahan otot, kekuatan sendi, dan adanya kecacatan
- d. Penampilan yang kotor dan tidak terawat.

7. Psikososial

a. Genogram

Terdapat 3 generasi yang digambarkan pada hubungan pasien dan keluarga.

b. Konsep diri

- 1) Gambaran diri negatif, ada bagian dari tubuhnya yang tidak disukai misal, bagian wajah yang ada kelainan atau cacat
- 2) Identitas diri tidak jelas, terkadang klien puas status posisinya sebagai laki-laki atau perempuan
- 3) Peran, perilaku sosial tidak diterima oleh masyarakat, ketidakmampuan menjalankan peran
- 4) Ideal diri tidak realistis
- 5) Harga diri rendah, klien merasa tidak mampu, pandangan hidup klien pesimis, dan penolakan diri

8. Hubungan Sosial

Pada hubungan sosial perawat menanyakan kepada pasien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau dorongan. Biasanya klien tidak mempunyai tempat untuk mengadu atau berbicara.

9. Spiritual

Klien tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin.

10. Pemeriksaan status mental

a. Penampilan

Penampilan tidak rapi, dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian yang tidak sesuai

b. Karakteristik gaya bicara

Pasien banyak bicara, cerewet, pendiam, tidak spontan, atau terespon normal terhadap petunjuk dari pewawancara, gaya bicara cepat atau lambat, tertekan, emosional, dramatis, monoton, keras, gagap, membisu, apatis.

c. Alam perasaan

Perasaan pasien ketika sedih, putus asa, ketakutan, bahkan khawatir, dan merasa tidak punya harapan

d. Afek

Perawat dapat mengetahui kondisi pasien ketika datar yaitu tidak ada perubahan roman muka saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan. Tumpul yaitu bereaksi apabila ada stimulus emosi yang kuat. Labil yaitu emosi yang cepat berubah ubah, tidak sesuai, bertentangan dengan stimulus yang ada.

e. Interaksi selama wawancara

Pasien tidak kooperatif, bermusuhan, mudah tersinggung, curiga, kontak mata berkurang tidak mampu menatap lawan bicara

f. Persepsi

Gangguan persepsi seperti perilaku kekerasan terhadap dirinya maupun orang lain dan isi dari perilaku kekerasan tersebut dijelaskan seperti situasi dari perilaku kekerasan, serta gejala yang tampak pada saat pasien melakukan perilaku kekerasan

g. Proses pikir

Seorang pasien dapat menunjukkan cara berpikir yang lambat atau tertahan. Blocking yaitu ketidakmampuan mengingat apa yang ingin dikatakan atau pembicaraan berhenti tiba-tiba, sirkumstansial adalah mengemukakan suatu ide pasien menyertai banyak data yang tidak relevan dan komentar tambahan namun pada akhirnya kembali ke ide semula dengan kata lain pembicaraan yang berbelit-belit. Kehilangan asosiasi merupakan pembicaraan yang tidak memiliki hubungan antara kalimat satu dengan lainnya namun pasien tidak sadar akan hal tersebut.

h. Isi pikir

Isi pikir mengarah pada apa yang dipikirkan seseorang. Genogram isi pikir dapat berupa waham, obsesi, depersonalisasi, fobia, hipokondria, ide yang terkait dan pikir magis. Obsesi adalah pikir yang selalu muncul meskipun pasien menghilangkannya. Fobia merupakan ketakutan yang patologis. Ide yang terjadi di lingkungan, bermakna, dan terkait pada dirinya. Pikiran magis merupakan khayalan pasien tentang kemampuan untuk melakukan hal yang mustahil.

i. Tingkat kesadaran

Pasien tampak bingung, dan kacau, adanya gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan berulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap canggung yang dipertahankan waktu yang lama namun pasien menyadari yang terjadi dilingkungannya.

j. Memori

Ada pasien yang tidak bisa menyebutkan nama, alamat, tanggal, dan jam pada saat itu. Namun pasien bisa menjawab dengan tepat tanggal dan jam saat ini. Pasien juga harus menyebutkan nama orang yang disekitarnya lalu apakah pasien mengetahui hubungan dengan orang tersebut.

k. Tingkat konsentrasi dalam berhitung

Pasien tidak mampu konsentrasi, serta tidak mampu berhitung secara urut.

l. Kemampuan penilaian

Pada gangguan kemampuan penilaian ringan, dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain.

2.3.2 Kebutuhan persiapan pulang

1. Makan

Menanyakan pada pasien mengenai frekuensi, jumlah, variasi, macam, dan kemampuan pasien dalam menyiapkan makanannya dan membersihkan alat makannya.

2. Eliminasi

Melihat kemampuan pasien untuk eliminasi serta kemampuan membersihkan diri

3. Mandi

Tanyakan tentang berapa kali mandi dalam sehari, cara mandi, menyikat gigi, keramas, potong kuku, cukur rambut (kumis, jenggot), kebersihan tubuh dan bau badan.

4. Berpakaian

Melihat kemampuan pasien untuk mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian, lihat penampilan dan dandanan pasien serta tanyakan berapa kali ganti baju dalam sehari

5. Istirahat dan tidur

Mencatat kebutuhan tidur pasien, persiapan sebelum tidur, dan aktivitas sesudah tidur

6. Penggunaan obat

Mengobservasi tentang penggunaan obat serta reaksinya

7. Pemeliharaan kesehatan

Menanyakan kepada pasien dan keluarga tentang perawatan lanjutan

8. Aktivitas di dalam rumah

Menanyakan tentang kemampuan aktivitas sehari-hari

9. Aktivitas di luar rumah

Kemampuan melakukan pekerjaan mandiri, serta aktivitas lain diluar rumah.

10. Mekanisme koping

Data di dapat dari masalah yang dilakukan wawancara kepada pasien atau keluarganya

11. Masalah psikososial dan lingkungannya

Pengambilan data melalui wawancara pada pasien atau keluarganya, untuk setiap masalah yang di miliki pasien dengan jelas dan singkat.

12. Aspek pengetahuan

Dilihat dari wawancara pada pasien untuk setiap poin yang dimiliki pasien.

13. Aspek medik

Menulis diagnosa medis yang dirumuskan oleh dokter, menulis obat pasien saat ini, baik obat fisik maupun psikofarma dan terapi lain.

2.3.3 **Diagnosis Keperawatan**

Menurut Yosep, (2011) diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Perubahan sensori dan persepsi : halusinasi
3. Koping individu inefektif

2.3.4 **Rencana Tindakan Keperawatan**

Tindakan keperawatan menurut Wahyuni, (2017) yaitu :

Tabel 2.1 Rencana tindakan keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	TUM : klien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK : 1. Klien dapat membina	1.setelah...x pertemuan klien menunjukkan tanda percaya kepada perawat : a. wajah ceria b. mau berkenalan	1. Beri salam setiap berinteraksi 2. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi

	hubungan saling percaya.	c. ada kontak mata d. bersedia menceritakan perasaan	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien 4. Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi 5. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien 6. Buat kontrak interaksi yang jelas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien
	2.klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya	2.setelah...x pertemuan klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan : a.menceritakan penyebab perilaku kesal baik diri sendiri maupun lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan 2. Bantu klien mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal
	3.klien dapat mengidentifikasi tanda perilaku kekerasan	3.setelah...x pertemuan klien menceritakan tanda yang terjadi perilaku kekerasan : a.tanda fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain b.tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar c.tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami dan dirasakan saat jengkel/kesal 2. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien 3. Simpulkan bersama klien tanda jengkel/kesal yang dialami klien
	4.klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan	4.setelah...x pertemuan klien menjelaskan : a.jenis-jenis ekspresi marah yang selama ini telah dilakukan b.perasaan saat melakukan kekerasan c.efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi bersama klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 2. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 3. Bicarakan dengan klien apakah dengan cara yang klien lakukan

			masalahnya selesai
	5.klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	5.setelah...x pertemuan klien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya : a.diri sendiri : luka, di jauhi teman, dll b.orang lain atau keluarga : luka, tersinggung c. lingkungan : barang atau benda rusak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicarakan akibat atau kerugian dari cara yang dilakukan klien 2. Bersama klin menyimpulkan akibat cara yang digunakan klien 3. Tanyakan pada klien apakah ia ingin mempelajari cara yang baru yang sehat?
	6.klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan	6.setelah...x pertemuan klien : a.menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan pada klien apakah ia ingin mempelajari cara yang baru mengungkapkan marah sehat 2. Berikan pujian jika klien mengetahui cara lain yang sehat 3. Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat : <ol style="list-style-type: none"> a.secara fisik : tarik nafas dalam, jika sedang kesal memukul bantal, kasur, olahraga b.secara verbal : katakan bahwa anda sedang kesal atau tersinggung c.secara sosial : lakukan dalam kelompok cara marah yang sehat, latihan asertif, latihan manajemen perilaku kekerasan d.secara spiritual : anjurkan klien untuk beribadah, berdoa kepada tuhan untuk diberikan kesabaran
	7.klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	7.setelah...x pertemuan klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan : a.fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal atau kasur b.verbal :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien memilih cara yang paling tepat untuk klien 2. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih 3. Bantu klien

		<p>mengungkapkan perasaan kesal kepada orang lain tanpa menyakiti</p> <p>c.spiritual : doa, dzikir,meditasi sesuai agamanya</p>	<p>menstimulasikan cara tersebut</p> <p>4. Beri <i>reinforcemen</i> positif atas keberhasilan klien menstimulasi cara tersebut</p> <p>5. Anjurkan klien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah</p>
	<p>8.klien menggunakan obat sesuai program yang ditetapkan</p>	<p>8.setelah...x pertemuan klien menjelaskan :</p> <p>a.manfaat minum obat</p> <p>b.kerugian tidak minum obat</p> <p>c.nama obat</p> <p>d.bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya.</p> <p>e.waktu pemakaian</p> <p>f.cara pemakaian</p> <p>g.efek yang dirasakan</p>	<p>1. Jelaaskan jenis obat yang diminum klien</p> <p>2. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa ijin dokter</p> <p>3. Jelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera, dosis obat, waktu dan cara minum)</p> <p>4. Anjurkan klien minumm obat tepat waktu</p> <p>5. Anjurkanklien melaporkan pada perawat jika merasakan efek tidak menyenangkan</p> <p>6. Beri pujian jika klien minum obat dengan benar</p>
	<p>9.klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>9.setelah....x pertemuan keluarga :</p> <p>a.menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan</p> <p>b.mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien</p>	<p>1. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini</p> <p>2. Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat klien</p>

2.3.5 Implementasi

Pada diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan maka dilakukan tindakan keperawatan dengan cara melakukan strategi pelaksanaan 1 pasien perilaku kekerasan. Setelah dirasa strategi pelaksanaan 1 pada pasien berhasil maka di lanjutkan strategi selanjutnya (Ah Yusuf, 2015).

Strategi pelaksanaan pada pasien perilaku kekerasan pada pasien diantaranya (Wahyuni, 2017) :

1) Strategi Pelaksanaan kepada pasien :

SP 1 : membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara mengontrol secara fisik.

SP 2 : latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik

SP 3 : latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial

SP 4 : latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

SP 5 : latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat

2) Strategi Pelaksanaan kepada keluarga :

SP 1 keluarga : Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan dirumah

SP 2 keluarga : Melatih keluarga melakukan cara mengontrol kemarahan

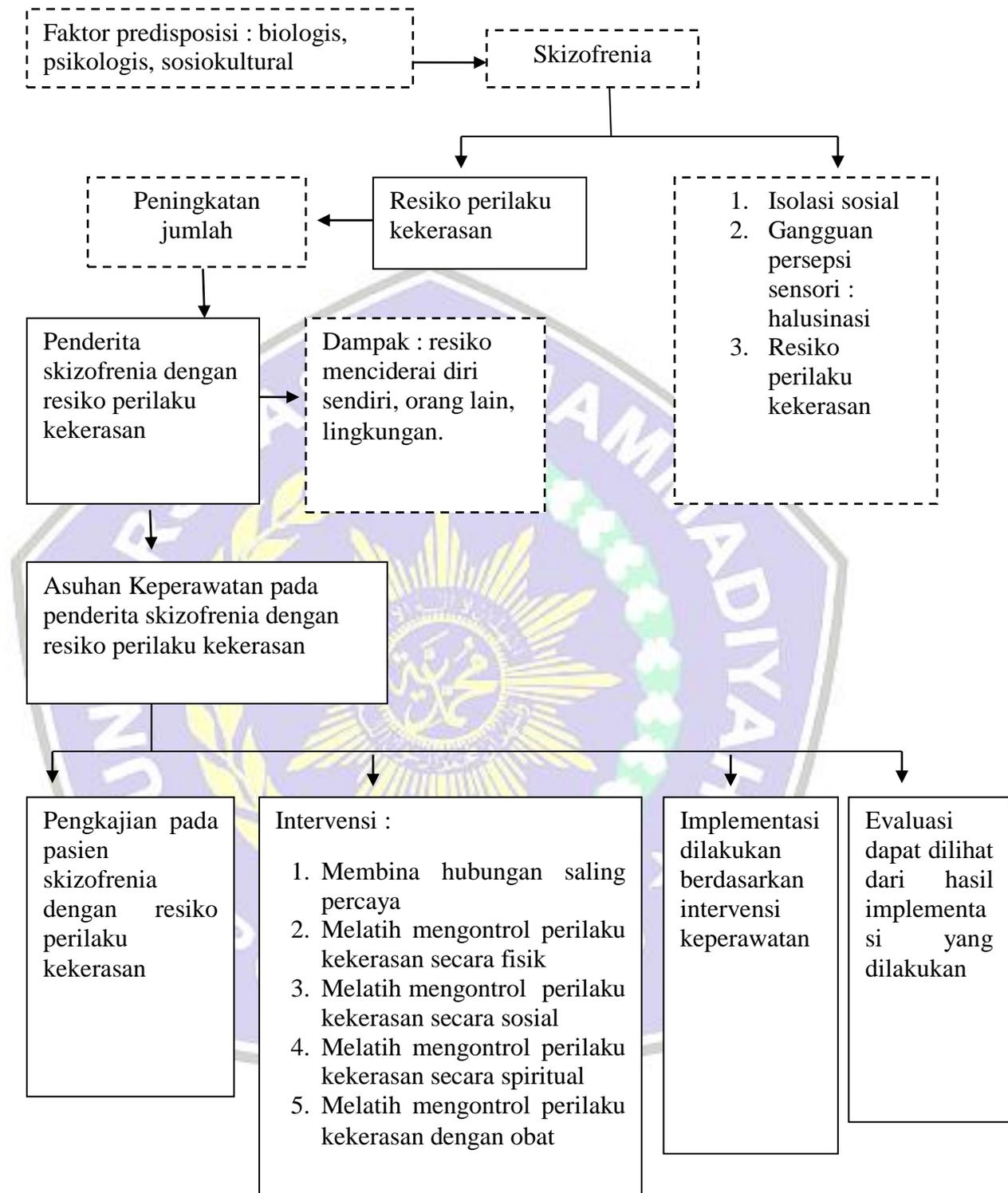
SP 3 keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.6 Evaluasi

Menurut Ah Yusuf, 2015 evaluasi kemampuan pasien mengatasi resiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat :

- 1) Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan.
- 2) Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal :
 - a. Secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal.
 - b. Secara verbal : meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan baik.
 - c. Secara spiritual
 - d. Terapi psikofarmak.
- 3) Mengidentifikasi manfaat latihan yang di lakukan dalam mencegah perilaku kekerasan.

2.3.7 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep Resiko Perilaku Kekerasan