

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Skizofrenia**

##### **2.1.1 Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia adalah suatu kondisi kronis yang mengganggu proses berpikir, persepsi dan perasaan yang bisa mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan yang terkadang penderita perlu di rawat inap (Rodgers, L. 2014). Berdasarkan asal kata bahasa Yunani yaitu skizo berarti terpecah dan phrenos yang berarti otak atau jiwa, maka skizofrenia berarti jiwa yang terpecah.

Menurut Maramis (dalam Erlina, 2010) pada perkembangan psikologi yang salah dapat terjadi ketidakmatangan atau fiksasi bahwa individu gagal berkembang lebih lanjut pada fase berikutnya dan ada tempat-tempat yang lemah (rentan). Individu yang rentan tersebut apabila dikenai stres psikososial seperti status ekonomi yang rendah, gagal dalam mencapai cita-cita dan konflik yang berlarut-larut, kematian keluarga yang dicintai dan lain sebagainya dapat berkembang menjadi gangguan jiwa skizofrenia.

Beberapa tipe skizofrenia yang diidentifikasi berdasarkan variabel klinik menurut ICD-10 antara lain sebagai berikut:

- 1 Skizofrenia paranoid, ciri utamanya adalah adanya waham kejar dan halusinasi auditorik namun fungsi kognitif dan afek masih baik.
- 2 Skizofrenia hebefrenik, ciri utamanya adalah pembicaraan yang kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau inappropriate.

- 3 Skizofrenia katatonik, ciri utamanya adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi motoric immobility, aktivitas motorik berlebihan, negativisme yang ekstrim serta gerakan yang tidak terkendali.
- 4 Skizofrenia tak terinci, gejala tidak memenuhi kriteria skizofrenia paranoid, hebefrenik maupun katatonik.
- 5 Depresi pasca skizofrenia.
- 6 Skizofrenia residual paling tidak pernah mengalami satu episode skizofrenia sebelumnya dan saat ini gejala tidak menonjol.
- 7 Skizofrenia simpleks.
- 8 Skizofrenia lainnya.
- 9 Skizofrenia yang tak tergolongkan.

### **2.1.2 Etiologi Skizofrenia**

Menurut (Zahnia S & Sumekar D W, 2016) ada beberapa faktor yang menyebabkan skizofrenia, yaitu:

#### **1 Umur**

Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

#### **2 Jenis kelamin**

Proporsi skiofrenia terbanyak adalah laki-laki (72%) dengan kemungkinan laki-laki berisiko kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan. Laki-laki lebih mudah terkena gangguan jiwa karena laki-laki yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan

perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki. Meskipun beberapa sumber lainnya mengatakan bahwa wanita lebih mempunyai risiko untuk menderita stress psikologik dan juga wanita relatif lebih rentan bila dikenai trauma. Sementara prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

### 3 Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia, jumlah yang tidak bekerja adalah sebesar 85,3% sehingga orang yang tidak bekerja kemungkinan mempunyai risiko lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres yang berhubungan dengan tingginya kadar hormon stres (kadar katekolamin) dan mengakibatkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja.

### 4 Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan yang menikah karena status marital perlu untuk pertukaran ego ideal dan identifikasi perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian, perhatian dan kasih sayang adalah fundamental bagi pencapaian suatu hidup yang berarti dan memuaskan.

a Konflik keluarga

Konflik keluarga kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga.

b Status ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi. Status ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai faktor risiko, tetapi faktor yang menyertainya bertanggung jawab atas timbulnya gangguan kesehatan. Himpitan ekonomi memicu orang menjadi rentan dan terjadi berbagai peristiwa yang menyebabkan gangguan jiwa. Jadi penyebab gangguan jiwa bukan sekadar stressor psikososial melainkan juga stressor ekonomi, dua stressor ini kait-mengait, makin membuat persoalan yang sudah kompleks menjadi lebih kompleks.

c Faktor genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar monozigot. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%; bagi saudara kandung 7-15%; bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7-16%; bila kedua orang tua

menderita skizofrenia 40- 68%; bagi heterozigot 2-15%; dan bagi monozigot 61-86%. diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

### 2.1.3 Tanda dan gejala

Menurut (Kartikadewi A, 2017) Tanda gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Gangguan proses pikir contohnya alogia, konkritisasi, clanging, blocking, neologisme, overinklusif, implikasi lebar, ekolalia.
2. Gangguan isi pikir atau waham merupakan suatu ketentuan yang salah dan menetap, tidak sesuai dengan realitas, diyakini 100% dan tidak dapat dihentikan.
3. Gangguan persepsi ilusi, halusinasi, dan pada panca indera.
4. Gangguan emosi afek labil, afek datar/ tumpul, afek tak sinkron.
5. Gangguan perilaku berbagai perilaku yang tidak pantas atau aneh bisa terlihat misalnya perilaku ritual, agresif.
6. Gangguan motivasi kehilangan kehendak atau tidak ada aktivitas.
7. Gangguan neurokognitif terdapat gangguan memori, gangguan atensi, penurunan kemampuan untuk menyelesaikan masalah serta fungsi eksekutif.

#### 2.1.4 Pemeriksaan penunjang

Berdasarkan *diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5). Pada pasien skizofrenia perlu dilakukan pemeriksaan penunjang untuk melihat kemampuan kognitif pasien serta rencana terapi. Pada pasien skizofrenia pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan adalah:

1. Pemeriksaan psikologi:
  - a. Pemeriksaan psikometri: adanya gangguan psikotik halusinasi dan masalah berpikir (penalaran tidak logis).
  - b. Pemeriksaan psikiatri: disorganisasi pola pikir, masalah pada komunikasi dan kognisi, gangguan persepsi terutama halusinasi dan waham.
2. Pemeriksaan lain jika diperlukan:
  - a. Tes Darah: Adakah kecanduan alkohol atau penggunaan obat-obatan terlarang.
  - b. MRI: Pembesaran ventrikel lebih dari 10%, pembesaran ganglia basal, pengurangan *grey matter* secara berkala sebanyak 5%.
  - c. Pergerakan mata: Ketidakmampuan mengikuti benda yang bergerak.
  - d. CT-Scan: Ukuran otak lebih kecil dengan ukuran ventrikel lateral yang lebih besar.
  - e. Sel darah putih dan imunoglobulin: mengalami penurunan interleukin.

- f Tes urin: untuk melihat kemungkinan kecanduan terhadap zat tertentu.

### 2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut (Irwan M dkk, 2008) penatalaksanaan yang bisa dilakukan untuk pasien dengan skizofrenia adalah sebagai berikut:

#### 1. Terapi somatic

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu:

##### a. Antipsikotik Konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional. Antipsikotik konvensional sering menimbulkan efek samping yang serius, contoh obat antipsikotik konvensional antara lain:

- 1) Haldol (*haloperidol*)
- 2) Stelazine (*trifluoperazine*)
- 3) Mellaril (*thioridazine*)
- 4) Thorazine (*chlorpromazine*)
- 5) Navane (*thiothixene*)
- 6) Trilafon (*perphenazine*)
- 7) Prolixin (*fluphenazine*)

b. Newer Atypical Antipsychotic

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Beberapa contoh newer atypical antipsychotic yang tersedia, antara lain:

1) Risperdal (*risperidone*)

2) Seroquel (*quetiapine*)

3) Zyprexa (*olanzopine*)

c. Clozaril

Clozaril dapat membantu  $\pm$  25-50% pasien yang tidak merespon (berhasil) dengan antipsikotik konvensional. Sangat disayangkan, clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), clozaril dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Sediaan obat anti psikosis dan dosis anjuran antara lain:

1) Klorpromazin tablet 25 dan 100 mg, injeksi 25 mg/ml 150 - 600 mg/hari.

2) Haloperidol tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg Injeksi 5 mg/ml 5 - 15 mg/hari.

3) Perfenazin tablet 2, 4, 8 mg 12 - 24 mg/hari.

4) Flufenazin tablet 2,5 mg, 5 mg 10 - 15 mg/hari.

5) Flufenazin dekanat Inj 25 mg/ml 25 mg/ 2-4 minggu.



- 6) Levomeprazin Tablet 25 mg Injeksi 25 mg/ml 25 - 50 mg/hari.
- 7) Trifluoperazin tablet 1 mg dan 5 mg 10 - 15 mg/hari.
- 8) Tioridazin tablet 50 dan 100 mg 150 - 600 mg/hari.
- 9) Sulpirid tablet 200 mg 300 - 600 mg/hari 1 - 4 mg/hari Injeksi 50 mg/ml.
- 10) Pimozid tablet 1 dan 4 mg 1 - 4 mg/hari 11.
- 11) Risperidon tablet 1, 2, 3 mg 2 - 6 mg/hari.

## 2. Terapi Psikososial

### a. Terapi perilaku

Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal.

### b. Terapi berorientasi-keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga dimana pasien skizofrenia kembali seringkali mendapatkan manfaat dari terapi keluarga yang singkat namun intensif (setiap hari).

### c. Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana, masalah dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara psikodinamika atau suportif. Terapi kelompok efektif

dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien skizofrenia. Kelompok yang memimpin dengan cara suportif, bukannya dalam cara interpretatif, tampaknya paling membantu bagi pasien skizofrenia.

d. Psikoterapi individual

Penelitian yang paling baik tentang efek psikoterapi individual dalam pengobatan skizofrenia telah memberikan data bahwa terapi alah membantu dan menambah efek terapi farmakologis.

Suatu konsep penting di dalam psikoterapi bagi pasien skizofrenia adalah perkembangan suatu hubungan terapeutik yang dialami pasien sebagai aman. Pengalaman tersebut dipengaruhi oleh dapat dipercayanya ahli terapi, jarak emosional antara ahli terapi dan pasien dan keikhlasan ahli terapi seperti yang diinterpretasikan oleh pasien.

3. Perawatan di Rumah Sakit (*Hospitalization*)

Indikasi utama perawatan rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar.

Tujuan utama perawatan dirumah sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat. Rehabilitasi dan penyesuaian yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus

direncanakan. Dokter harus juga mengajarkan pasien dan pengasuh serta keluarga pasien tentang skizofrenia.

Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan rumah sakit tergantung dari keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan. Rencana pengobatan di rumah sakit harus memiliki orientasi praktis ke arah masalah kehidupan, perawatan diri, kualitas hidup, pekerjaan, dan hubungan sosial. Perawatan di rumah sakit harus diarahkan untuk mengikat pasien dengan fasilitas perawatan termasuk keluarga pasien. Pusat perawatan dan kunjungan keluarga pasien kadang membantu pasien dalam memperbaiki kualitas hidup.

Selain anti psikosis, terapi psikososial ada juga terapi lainnya yang dilakukan di rumah sakit yaitu *Electro Convulsive Therapy* (ECT). Terapi ini diperkenalkan oleh ugo cerleti (1887-1963). Mekanisme penyembuhan penderita dengan terapi ini belum diketahui secara pasti. Alat yang digunakan adalah alat yang mengeluarkan aliran listrik sinusoid sehingga penderita menerima aliran listrik yang terputus putus. Tegangan yang digunakan 100-150 Volt dan waktu yang digunakan 2-3 detik.

Pada pelaksanaan Terapi ini dibutuhkan persiapan sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan jantung, paru dan tulang punggung.
- b. Penderita harus puasa.
- c. Kandung kemih dan rektum perlu dikosongkan.
- d. Gigi palsu, dan benda benda metal perlu dilepaskan.

- e. Penderita berbaring telentang lurus di atas permukaan yang datar dan agak keras.
- f. Bagian kepala yang akan dipasang elektroda (antara os frontal dan os temporalis) dibersihkan.
- g. Diantara kedua rahang di beri bahan lunak dan di suruh agar pasien menggigitnya.

Frekuensi dilakukannya terapi ini tergantung dari keadaan penderita dapat diberi:

- a. 2-4 hari berturut-turut 1-2 kali sehari.
- b. 2-3 kali seminggu pada keadaan yang lebih ringan.
- c. Maintenance tiap 2-4 minggu.
- d. Dahulu sebelum jaman psikotropik dilakukan 12-20 kali tetapi sekarang tidak dianut lagi.

Indikasi pemberian terapi ini adalah pasien skizofrenia katatonik dan bagi pasien karena alasan tertentu karena tidak dapat menggunakan antipsikotik atau tidak adanya perbaikan setelah pemberian antipsikotik. Kontra indikasi Electro Convulsive Therapy adalah dekompensasi kordis, aneurisma aorta, penyakit tulang dengan bahaya fraktur tetapi dengan pemberian obat pelemas otot pada pasien dengan keadaan diatas boleh dilakukan. Kontra indikasi mutlak adalah tumor otak. Sebagai komplikasi terapi ini dapat terjadi luksasio pada rahang, fraktur pada vertebra, robekan otot-otot, dapat juga terjadi apnue, amnesia dan terjadi degenerasi sel-sel otak.

## **2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan**

### **2.2.1 Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan**

Perilaku Kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan merusak lingkungan (SDKI edisi 1, 2016). Perilaku kekerasan atau agresif yaitu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus tetapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Dermawan dan Rusadi, 2013). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Afnuhazi, 2015).

### **2.2.2 Penyebab Risiko Perilaku Kekerasan**

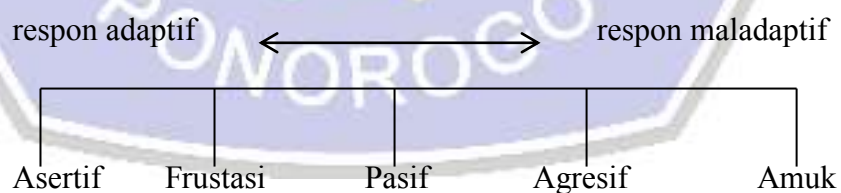
Beragam komponen dari sistem syaraf seperti sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif (Damaiyanti M, 2012: hal 100). Lobus frontalis memegang peranan penting sebagai penengah antara perilaku yang berarti dan pemikiran rasional, yang 3 merupakan bagian otak dimana terdapat interaksi antara rasional dan emosi. Kerusakan pada lobus frontal dapat menyebabkan tindakan agresif yang berlebihan (Nuraenah, 2012: 29).

### 2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) terdapat 2 tanda dan gejala yaitu mayor dan minor pada pasien perilaku kekerasan:

- 1 Gejala dan tanda mayor
  - a Mayor subjektif: mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus.
  - b Mayor objektif: menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk.
- 2 Gejala dan tanda minor
  - a. Minor objektif: mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku. Menurut teori Keliat dkk dalam Prabowo, 2014 mengatakan ada juga ciri dari gangguan jiwa yang dapat diidentifikasi ialah antara lain: mengurung diri, tidak kenal orang lain, marah tanpa sebab, bicara kacau, tidak mampu merawat diri.

### 2.2.4 Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Sumber: (Nurhalimah, 2016)

Keterangan:

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi: Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis atau terhambat.

Pasif : Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya.

Agresif: Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol.

### 2.2.5 Proses Terjadinya Masalah

Menurut Badan PPSDM (2013) Proses terjadinya Risiko perilaku kekerasan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi:

Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

Meliputi adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

b. Faktor Psikologis

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terhambat, seperti kesehatan fisik terganggu, hubungan sosial yang terganggu. Salah satu kebutuhan manusia adalah berperilaku apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui

berperilaku konstruktif, maka yang akan muncul adalah individu tersebut berperilaku destruktif.

c. Faktor Sosiokultural

Fungsi dan hubungan sosial yang terganggu disertai lingkungan sosial yang mengancam kebutuhan individu, yang mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma dan budaya dapat mempengaruhi individu untuk berperilaku asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi, merupakan proses meniru dari lingkungan yang menggunakan perilaku kekerasan sebagai cara menyelesaikan masalah.

d. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan orang yang lain. Stressor tersebut dapat merupakan penyebab yang bersifat faktor eksternal maupun internal dari individu. Faktor internal meliputi keinginan yang tidak terpenuhi, perasaan kehilangan dan kegagalan dalam kehidupan (pekerjaan, pendidikan, dan kehilangan orang yang dicintai), kekhawatiran terhadap penyakit fisik. Faktor eksternal meliputi kegiatan atau kejadian social yang berubah seperti serangan fisik atau tindakan kekerasan, kritikan yang menghina, lingkungan yang terlalu ribut, atau putusnya hubungan sosial/kerja/sekolah.



### 2.2.6 Mekanisme Koping

Menurut (Yosep, 2011) perawat perlu mengidentifikasi mekanisme orang lain. Mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan yaitu mekanisme pertahanan ego seperti:

#### 1. *Displacement*

Melepaskan perasaan terterkannya bermusuhan pada objek yang begitu seperti pada awalnya yang membangkitkan emosi.

#### 2. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai keinginan yang kurang baik.

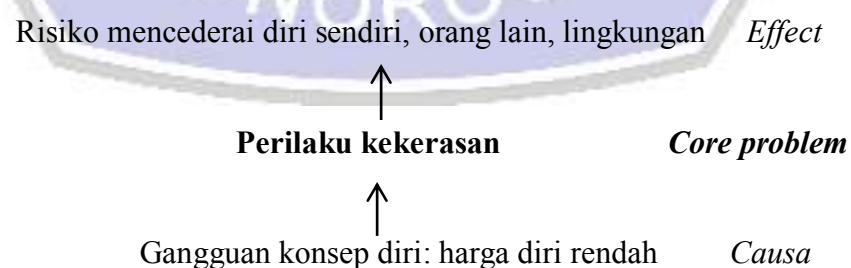
#### 3. Depresi

Menekan perasaan orang lain yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluas mekanisme ego lainnya.

#### 4. Reaksi formasi

Pembentukan sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar-benar dilakukan orang lain.

### 2.2.7 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah Risiko Perilaku Kekerasan

(Sumber: Ahmad Yusuf, 2015)

### 2.2.8 Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat diambil dari pohon masalah diatas adalah:

1. Perilaku kekerasan
2. Risiko Perilaku kekerasan.
3. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan

### 2.2.9 Penatalaksanaan

Menurut (Prabowo, 2014), penatalaksanaan yang dapat diberikan antara lain:

1. Farmakoterapi pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan dosis efektif rendah, contohnya trifluoperasine estelasine, bila tidak ada juga, maka dapat digunakan transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas dan anti agitasi.
2. Terapi okupasi terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, berdialog, berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan bagi dirinya. Terapi ini

merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatan.

- 3 Terapi kelompok terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal. Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitasi psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.
- 4 Peran serta keluarga keluarga merupakan system pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder), dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.
- 5 Terapi somatik Terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif

menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.

- 6 Terapi kejang listrik Terapi kejang listrik atau Electro Convulsive Therapy (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi, biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali.

### **2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.**

#### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengkumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Azizah, et al. 2016).

Menurut (Keliat, Budi Ana 1998: 3) dalam (Azizah, et al. 2016) pengkajian yang dilakukan kepada pasien skizofrenia yaitu:

- 1 Identitas klien
  - a Nama: Nama Pasien
  - b Jenis kelamin: Laki-laki/perempuan, pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan jenis kelamin adalah laki-laki (72%) dengan

kemungkinan laki-laki berisiko kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan.

c Umur: Umur dihitung sejak pasien dilahirkan, biasanya pada pasien Skizofrenia usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan yaitu umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

d Alamat: Tempat tinggal/domisili yang terakhir.

e Pekerjaan: Jenis pekerjaan terakhir yang dilakukan oleh pasien dan menghasilkan uang atau pendapatan, 85,3% orang yang tidak bekerja mempunyai risiko lebih besar untuk menderita gangguan Risiko Perilaku Kekerasan.

f Informan: Pasien, status rekam medik, keluarga, perawat maupun dokter yang merawat.

g Tgl pengkajian: Tanggal perawat melakukan pengkajian data, pengkajian dilakukan pada waktu perawat menjumpai pasien untuk pertama kali.

h Diagnosa medis: Tulis diagnosa medis multiaxial

## 2 Alasan masuk dan faktor prestisipasi

### a Alasan Masuk

1) Apa yang menyebabkan pasien dibawa keluarga ke rumah sakit untuk saat ini?

2) Apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah tersebut? Biasanya pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan

keluarga melakukan tindakan dengan mengurung pasien atau memasing pasien.

- 3) Bagaimana hasilnya? Biasanya pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan 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.

#### b Faktor pretisipasi

Faktor pencetus (penyebab langsung pasien dibawa ke rumah sakit). Bisa biologis (gangguan otak, putus obat), psikologis (perasaan terhadap stressor), sosial (stressor di luar individu: pendidikan, ekonomi, pekerjaan, keluarga). Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan orang yang lain.

Menurut Setiadi (2014), menyatakan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh tiga faktor yang saling berinteraksi, yaitu: faktor biologis (keturunan, keadaan otak ketika didalam kandungan atau bayi), faktor psikologis (pengalaman hidup yang menekan), dan faktor sosial (seperti kemiskinan).

#### 3 Faktor predisposisi

Menurut (Putri, 2013) kekambuhan dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya ekspresi emosi, dukungan keluarga, dan faktor kepatuhan minum obat. Simatupang (2014) juga menyebutkan bahwa

kekambuhan pada pasien skizofrenia disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor ketidakpatuhan minum obat dan faktor psikososial. Fitra M (2013) menyebutkan bahwa terdapat pengaruh lingkungan masyarakat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

a Apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu?

b Bila Ya, bagaimana hasil dari pengobatan sebelumnya?

1) Berhasil: Pasien dapat beradaptasi di masyarakat tanpa adanya gejala-gejala gangguan jiwa

2) Kurang berhasil: Pasien dapat beradaptasi di masyarakat tetapi masih ada gejala-gejala gangguan jiwa

3) Tidak berhasil: Tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap pasien opname atau kambuh yang berapa kali? Apakah ada riwayat putus obat.

c Faktor yang mendukung terjadinya masalah meliputi biologi, psikologi dan sosial.

1) Biologi: apakah ada riwayat kejang, riwayat trauma kepala, riwayat menderita panas yang tinggi pada masa tumbang? Terjadi waktu umur berapa?

2) Psikologis: pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami pasien selama fase perkembangan (kegagalan, kehilangan, perpisahan, kematian, trauma selama tumbang) yang pernah pasien alami

#### 4 Pemeriksaan Fisik

- a. Ukur tanda-tanda vital
- b. Ukur BB dan TB
- c. Tanyakan apakah berat badannya naik/turun?
- d. Tanyakan ada keluhan fisik baik pada pasien maupun keluarganya?
- e. Lakukan pemeriksaan dari kepala sampai ujung kaki
- f. Bila dijumpai adanya temuan abnormal pada pemeriksaan fisik, maka dilanjutkan dengan pengkajian tiap sistem.
- g. Tanyakan riwayat pengobatan penyakit fisik yang pernah atau sedang dijalani pasien atau keluarga?

Pemeriksaan fisik klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang.

#### 5 Psikososial

##### a Genogram

- 1) Genogram dibuat 3 generasi
- 2) Gambarkan adanya riwayat perceraian
- 3) Gambarkan adanya anggota keluarga yang meninggal dan penyebab meninggal
- 4) Gambarkan pasien tinggal dengan siapa?
- 5) Bagaimana pola komunikasi antar anggota keluarga yang dilakukan dalam keluarga?
- 6) Pengambilan keputusan dalam keluarga oleh siapa?



7) Tanyakan pola asuh orang tua terhadap anak terutama pada pasien?

8) Genogram mencakup situasi lingkungan rumah (posisi kamar tidur pasien dengan anggota keluarga yang lain).

b Konsep diri

1) Gmbaan diri atau citra tubuh

a) Bagaimanakah persepsi pasien terhadap bentuk dan fungsi tubuhnya?

b) Menurut pasien, apakah ada bagian dari tubuh pasien yang tidak atau kurang disukai oleh pasien?

c) Mneurut pasien, apakah ada bagian dari tubuh pasien yang mengalami kehilangan atau penurunan fungsi?

d) Bila tidak ada bagian tubuh yang bentuk tidak diuskai dan fungsinya tidak mneurun, apakah pasien mampu menerima keadaan fisiknya tersebut?

e) Jika ada bagian tubuh yang bentuknya tidak disukai dan fungsinya menurun, bagaimana perasaan pasien terkait dengan perubahan tersebut, apakah sampai mempengaruhi dalam berhubungan sosial dengan orang lain?

Biasanya gambaran diri klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengempal dan muka merah.

2) Identitas diri

a) Berisi status dan posisi sebelum dirawat

- b) Bagaimana kepuasan pasien terhadap sekolahnya, tempat kerjanya dan kelompoknya?
- c) Tanyakan jenis kelamin pasien, apakah merasa puas dengan jenis kelaminnya dan apakah perilakunya sesuai dengan jenis kelaminnya
- d) Tanyakan pada pasien bagaimana kepuasannya terhadap sekolah, pekerjaan dan kelompoknya serta jenis kelaminnya. Apakah mempengaruhi hubungan sosial dengan orang lain?
- e) Bila pasien puas dalam posisinya dalam sekolah, pekerjaan, kelompok dan jenis kelaminnya, apakah pasien mampu menerima keadaan tersebut?

Identitas diri klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan.

### 3) Peran diri

- a) Peran terkait dengan tugas dan peran pasien sebagai individu, anggota keluarga, anggota kelompok dan anggota masyarakat?
- b) Apakah pasien dalam menjalankan perannya dari segi individu, keluarga dan masyarakat?
- c) Sebagai individu sekarang usiannya berapa (sesuai SP perkembangan) pasien dapat menjalankan perannya atau tidak. Misalnya pasien berusia 35 tahun termasuk usia

dewasa, sudah bekerja atau menikah atau belum, jika belum apakah kondisi ini mempengaruhi hubungannya dengan orang lain?

d) Sebagai anggota keluarganya, apakah sudah menikah atau belum, jika belum apakah pasien dapat membantu pekerjaan orang tua dirumah? Misalnya sebagai seorang laki-laki: apabila sudah apakah ada hambatan menjalankan peran sebagai ayah, sebagai suami, sebagai pencari nafkah? Jika ada hambatan dalam menjalankan peran sebagai anggota keluarga apa sampai mengganggu hubungan dengan orang lain?

e) Sebagai anggota masyarakat, apakah pasien dapat mengikuti kegiatan kemasyarakatan yang ada di masyarakat (misalnya gotong royong, pengajian, arisan)? Jika tidak dapat mengikuti kegiatan-kegiatan tersebut, apakah mempengaruhi hubungannya dengan orang lain.

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

4) Ideal diri

a) Bagaimanakah harapan pasien tentang tubuh, posisi, status, tugas dan fungsi?

- b) Bagaimanakah harapan pasien terkait dengan sekolahnya, pekerjaannya, keluarganya, terhadap penyakitnya dan cita-citanya?
- c) Apakah pasien tidak mampu mencapai harapannya tersebut, apa yang dirasakan?

Ideal diri klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya. Menurut Azwar (2016), faktor yang mempengaruhi sikap terhadap objek sikap pada pasien dengan gangguan jiwa yaitu pengalaman pribadi, apa yang sedang kita alami akan ikut membentuk serta mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan itu akan membentuk sikap positif atau sikap negatif, akan bergantung pada berbagai faktor lain. Pembentukan kesan atau tanggapan terhadap objek merupakan proses kompleks dalam diri individu yang melibatkan individu yang bersangkutan, situasi dimana tanggapan itu terbentuk dan atribut atau ciri-ciri objektif yang dimiliki oleh stimulus. Untuk bisa menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat, karena sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

## 5) Harga diri

- a) Bagaimana hubungan pasien dengan orang lain terkait kondisi gambaran diri, identitas diri, peran, ideal diri
- b) Bagaimana pandangan pasien tentang penilaian atau penghargaan orang lain terhadap dirinya dan kehidupannya.

Pengkajian konsep diri tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh, gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang autistik dan mutisme.

Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

## c Hubungan sosial

## 1) Dirumah

Ketika dirumah, tanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, misalnya tempat mengadu, tempat berbicara, tempat minta bantuan? Dikaji: pengambilan keputusan di dalam rumah, pada komunikasi antar anggota keluarga, posisi kamar tidur pasien pasien dengan ruang lain (ruang tamu, ruang keluarga, ruang makan dan ruang tidur anggota keluarga yang lain).

## 2) Di Rumah Sakit

Ketika di rumah sakit, tanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, makanya sebagai tempat mengadu, tempat berbicara, tempat minta bantuan?

- 3) Tanyakan kegiatan kelompok apa saja yang diikuti pasien dalam masyarakat?
- 4) Tanyakan kegiatan kelompok apa saja yang diikuti pasien dirumah sakit?
- 5) Apakah ada ketergantungan pasien terhadap seseorang atau orang lain yang mempengaruhi hubungan pasien dengan kelompok dan masyarakat?

Pengkajian hubungan sosial tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh, gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang autistik dan mutisme. Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol.

Menurut (Lestari dkk, 2014) gangguan jiwa dapat disebut gangguan psikiatri atau gangguan mental. Banyak gejala yang terjadi seorang dengan gangguan jiwa, baik dengan tingkah laku maupun yang hanya terdapat dalam pikirannya. Perilaku menghindar dari lingkungan, tidak mau berhubungan komunikasi dengan orang, mengamuk tanpa sebab hingga tidak mau makan adalah contoh gangguan jiwa yang terjadi. Dampak dari gangguan jiwa akan mengganggu aktifitas sehari-hari, gangguan interpersonal dan gangguan fungsi peran sosial. Menurut Damaiyanti, 2012 isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu

berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Menurut Keliat, 2011 klien mungkin merasa ditolak, tidak terima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

d Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan: Tanyakan pandangan dan keyakinan pasien tentang gangguan jiwa sesuai dengan budaya dan agama yang dianut? Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa?
- 2) Kegiatan ibadah: Tanyakan kegiatan ibadah yang diikuti secara individu atau kelompok, misalnya berdoa, sholat, kebaktian dll?
- 3) Tanyakan kepada pasien dan keluarga pandangannya tentang kegiatan ibadah?

Pengkajian hubungan sosial tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang autistic dan mutisme.

Spiritual nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah.

6 Status Mental

a Penampilan

Penampilan fisik: kondisi, rambut, kuku, kulit, gigi, cara berpakaian. Penampilan pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya: rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir,

gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam. Menurut Fitria, 2012 defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kemampuan dalam melakukan atau melengkap aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian atau berhias, makan dan minum, buang air besar dan buang air kecil.

b Pembicaraan

- 1) Pembicaraan pasien apakah: cepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat?
- 2) Berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain tetapi tidak ada kaitan dan sulit dipahami (inkonheren) atau bicara kacau
- 3) Tidak dapat memulai pembicaraan.

Pembicaraan pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor.

c Aktivitas motorik

- 1) Lesu, pasif (hipomotorik), segala aktivitas sehari-hari dengan bantuan perawat atau orang lain
- 2) Tegang, gelisah, tidak bisa tenang (hipermotorik)
- 3) TIK (gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol)
- 4) Agitasi (kegelisahan motorik, mondar mandir)



- 5) Grimasen (gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol pasien)
- 6) Tremor (jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangannya dan merentangkan jari-jari)
- 7) Kompulsif (kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan)

Aktivitas motorik klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandir.

d Alam perasaan

Data ini dapatkan melalui hasil wawancara dengan pasien meliputi adanya perasaan: sedih, putus asa, gembira, khawatir dan takut (hasil wawancara divalidasi dengan hasil observasi, apakah disforia, efori)

Ditanyakan bukan dilihat.

e Afek

1) Data afek didapatkan dari respon pasien selama wawancara bukan didapatkan dari status pasien

2) Jenis afek

a) Appropriate (tepat)

b) Inappropriate (tidak tepat)

(1) Datar (saat dilakukan wawancara pasien tidak menunjukkan perubahan roman muka atau ekspresi wajah, juga saat diberikan stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan)

- (2) Tumpul (pasien hanya mau berinteraksi atau memberi respon jika diberikan stimulus yang kuat, misalnya ditepuk atau diberikan pertanyaan dengan intinasi yang keras)
- (3) Labil (emosi pasien yang cepat berubah)
- (4) Tidak sesuai (emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada, misalnya ketika diajak berbicara hal-hal yang sedih, pasien malah tertawa terbahak-bahak)

Afek dan emosi untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak.

#### f Interaksi selama wawancara

- 1) Interaksi selama wawancara apakah bermusuhan, tidak kooperatif atau mudah tersinggung, Interaksi selama wawancara klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar.
- 2) Kontak mata selama wawancara (tidak ada kontak mata, mudah beralih dan dapat mempertahankan kontak mata)
- 3) Defensif (selama wawancara pasien selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya), pada

pasien risiko perilaku kekerasan biasanya dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah.

- 4) Curiga (selama wawancara menunjukkan sikap perasaan tidak percaya pada orang lain), biasanya pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

Dikaji selama proses wawancara dengan perawat.

#### g Persepsi

- 1) Kaji adanya pengalaman pasien tentang halusinasi dan ilusi, biasanya pada pasien perilaku kekerasan persepsi atau sensori sebagai penyebabnya.
- 2) Bila pasien mengalami halusinasi, tanyakan jenis halusinasinya, isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi muncul, respon atau perasaan selama halusinasi muncul, tindakan yang sudah dilakukan pasien untuk mengontrol atau menghilangkan halusinasi serta keberhasilan tindakan tersebut.

#### h Proses pikir

Data diperoleh melalui observasi selama wawancara dengan pasien

- 1) Sirkumtansial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan
- 2) Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai tujuan yang diinginkan perawat

- 3) Kehilangan asosiasi: pembicaraan tidak hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya
- 4) Fight of ideas: pembicaraan yang meloncat dari topic ke topic lainnya tapi masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan, akan tetapi perawat dapat memahami yang diucapkan oleh pasien
- 5) Blocking: pembicaraan yang berhenti secara tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dapat melanjutkan pembicaraan lagi
- 6) Reeming: pembicaraan yang secara perlahan intonasinya menurun dan kemudian berhenti dan pasien tidak sanggup melanjutkan pembicaraan lagi
- 7) Perseverasi: pembicaraan yang diulang berkali-kali  
Proses pikir ( arus pikir) proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

i Isi pikir

- 1) Dapat diketahui dari wawancara dengan pasien
- 2) Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya

- 3) Phobia: ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek/situasi tertentu, misalnya takut ditempat keramaian, takut gelap, takut darah dan sebagainya
- 4) Ide terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna dan terkait dengan dirinya
- 5) Depersonalisasi: perasaan pasien yang asing terhadap dirinya sendiri, orang atau lingkungannya
- 6) Waham:
  - a) Agama: keyakinan pasien terhadap suatu agama suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan, kadang perilaku sudah sesuai dengan isi wahamnya
  - b) Somatic: pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya yang berlebihan dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
  - c) Kebesaran: pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya yang berlebihan dan dikatakan dan ditampilkan dalam bentuk perilaku secara berulang yang kenyataan, misalnya mengaku sebagai nabi, kyai, tentara, dokter, orang yang pandai, kaya
  - d) Curiga: pasien mempunyai keyakinan bahwa seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan. Pasien menolak

makan makanan yang disajikan karena merasa ada racunnya

e) Nihilistik: pasien yakin dirinya sudah tidak ada didunia atau sudah meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya mengatakan dirinya adalah mayat dan sudah meninggal, perilaku kadang sudah mengikuti isi wahamnya yaitu tidak mau melakukan aktivitas sehari-hari termasuk mandi dan makan

f) Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada, misalnya merasa menderita penyakit tertentu

g) Magic mistik: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal mustahil diluar kemampuannya, misalnya bisa menghidupkan orang yang mati, menyembuhkan penyakit, bisa menenun atau menyantet orang (mengguna-guna orang)

7) Waham yang bizar:

a) Sisip pikir: pasien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikirannya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan, pasien kadang tampak bicaranya kacau, flight of ideas dan sering juga ide atau gagasan menyerang orang lain, merusak lingkungan dan melakukan upaya bunuh diri

b) Siar pikir: pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan. Biasanya pasien menjadi defensif menolak interaksi atau wawancara dengan perawat, karena merasa perawat sudah tahu apa yang pasien pikirkan

c) Kontrol pikir: pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, misalnya pasien melakukan percobaan bunuh diri atau ingin membunuh orang lain karena merasa ada orang lain yang memerintahkan untuk membunuh.

Isi pikirannya pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

j) Tingkat kesadaran dan orientasi

Data tingkat kesadaran diperoleh selama pasien menjalani wawancara dengan perawat

1) Kesadaran pasien

a) Bingung: tampak bingung dan kacau

b) Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dengan tidak sadar

c) Stupor: gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien

dapat diletakkan dalam sikap canggung dan dipertahankan klien, tetapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungannya, biasanya pada pasien risiko perilaku kekerasan mengalami tingkat kesadaran bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

- 2) Orientasi pasien terhadap waktu, tempat dan orang diperoleh melalui wawancara, pada pasien risiko perilaku kekerasan terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu.

#### k Memori

Data diperoleh melalui wawancara

- 1) Gangguan daya ingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan
- 2) Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir
- 3) Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
- 4) Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya

Memori klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang.

#### l Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh melalui wawancara



- 1) Mudah dialihkan: perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain
- 2) Tidak mampu berkomunikasi: pasien selalu minta agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan
- 3) Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan pada benda-benda yang nyata

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan.

#### m Kemampuan penilaian

- 1) Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain, misalnya beri kesempatan pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi dan jika diberikan penjelasan pasien dapat mengambil keputusan, misalnya memakai baju kancingnya tidak terpasang, diberikan penjelasan, pasien baru membetulkan kancing bajunya
- 2) Gangguan kemampuan penilaian bermakna, tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Misalnya, ketika pasien diberikan penjelasan mau makan dulu atau mandi dulu pasien tetap tidak dapat memilih keputusan: pada pasien akut, sering tampak klien telanjang, tidak mau mandi dan menolak makan.

Kemampuan penilaian atau pengambilan keputusan klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

n Daya tilik diri

data diperoleh melalui wawancara

- 1) Tanyakan saat ini berada dimana?
- 2) Mengapa pasien berada di rumah sakit jiwa?
- 3) Klien biasanya tidak menyadari dirinya dirumah sakit, tidak menyadari penyakitnya atau menyalahkan orang lain karena telah membawa dirinya di rumah sakit jiwa
- 4) Tidak tahu tujuan dia berada di rumah sakit jiwa
- 5) Menuduh orang tua atau perawat yang sakit jiwa dan dirawat

Daya tilik klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah.

7 Kebutuhan Persiapan Pulang

a Penampilan

Penampilan fisik: kondisi, rambut, kuku, kulit, gigi, cara berpakaian.

Penampilan pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya: rambut kotor,

rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b Pembicaraan

- 1) Pembicaraan pasien apakah: cepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat?
- 2) Berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain tetapi tidak ada kaitan dan sulit dipahami (inkonheren) atau bicara kacau
- 3) Tidak dapat memulai pembicaraan.

Pembicaraan pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor.

c Aktivitas motorik

- 1) Lesu, pasif (hipomotorik), segala aktivitas sehari-hari dengan bantuan perawat atau orang lain
- 2) Tegang, gelisah, tidak bisa tenang (hipermotorik)
- 3) TIK (gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol)
- 4) Agitasi (kegelisahan motorik, mondar mandir)
- 5) Grimasen (gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol pasien)
- 6) Tremor (jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangannya dan merentangkan jari-jari)
- 7) Kompulsif (kegiatan yang dilakukan berulang-ulang seperti berulang kali mencuci tangan)

Aktivitas motorik klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandir.

d Alam perasaan

Data ini dapatkan melalui hasil wawancara dengan pasien meliputi adanya perasaan: sedih, putus asa, gembira, khawatir dan takut (hasil wawancara divalidasi dengan hasil observasi, apakah disforia, efori)

Ditanyakan bukan dilihat.

e Afek

1) Data afek didapatkan dari respon pasien selama wawancara bukan didapatkan dari status pasien

2) Jenis afek

a) Appropriate (tepat)

b) Inappropriate (tidak tepat)

(1) Datar (saat dilakukan wawancara pasien tidak menunjukkan perubahan roman muka atau ekspresi wajah, juga saat diberikan stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan)

(2) Tumpul (pasien hanya mau berinteraksi atau memberi respon jika diberikan stimulus yang kuat, misalnya ditepuk atau diberikan pertanyaan dengan intinasi yang keras)

(3) Labil (emosi pasien yang cepat berubah)

(4) Tidak sesuai (emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada, misalnya ketika diajak berbicara hal-hal yang sedih, pasien malah tertawa terbahak-bahak)

Afek dan emosi untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah–ubah cenderung

mudah mengamuk, membating barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak.

f Interaksi selama wawancara

- 1) Interaksi selama wawancara apakah bermusuhan, tidak kooperatif atau mudah tersinggung, Interaksi selama wawancara klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar.
- 2) Kontak mata selama wawancara (tidak ada kontak mata, mudah beralih dan dapat mempertahankan kontak mata)
- 3) Defensif (selama wawancara pasien selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya), pada pasien risiko perilaku kekerasan biasanya dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah.
- 4) Curiga (selama wawancara menunjukkan sikap perasaan tidak percaya pada orang lain), biasanya pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

Dikaji selama proses wawancara dengan perawat.

g Persepsi

- 1) Kaji adanya pengalaman pasien tentang halusinasi dan ilusi, biasanya pada pasien perilaku kekerasan persepsi atau sensori sebagai penyebabnya.

- 2) Bila pasien mengalami halusinasi, tanyakan jenis halusinasinya, isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi muncul, respon atau perasaan selama halusinasi muncul, tindakan yang sudah dilakukan pasien untuk mengontrol atau menghilangkan halusinasi serta keberhasilan tindakan tersebut.

h Proses pikir

Data diperoleh melalui observasi selama wawancara dengan pasien

- 1) Sirkumtansial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan
- 2) Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai tujuan yang diinginkan perawat
- 3) Kehilangan asosiasi: pembicaraan tidak hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya
- 4) Flight of ideas: pembicaraan yang meloncat dari topik ke topik lainnya tapi masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan, akan tetapi perawat dapat memahami yang diucapkan oleh pasien
- 5) Blocking: pembicaraan yang berhenti secara tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dapat melanjutkan pembicaraan lagi
- 6) Reaming: pembicaraan yang secara perlahan intonasinya menurun dan kemudian berhenti dan pasien tidak sanggup melanjutkan pembicaraan lagi.
- 7) Perseverasi: pembicaraan yang diulang berkali-kali

Proses pikir ( arus pikir) proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

i Isi pikir

- 1) Dapat diketahui dari wawancara dengan pasien
- 2) Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya
- 3) Phobia: ketakutan yang pathologis/ tidak logis terhadap objek/ situasi tertentu, misalnya takut ditempat keramaian, takut gelap, takut darah dan sebagainya
- 4) Ide terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna dan terkait dengan dirinya
- 5) Depersonalisasi: perasaan pasien yang asing terhadap dirinya sendiri, orang atau lingkungannya
- 6) Waham:
  - a) Agama: keyakinan pasien terhadap suatu agama suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan, kadang perilaku sudah sesuai dengan isi wahamnya
  - b) Somatic: pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya yang berlebihan dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan

- c) Kebesaran: pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya yang berlebihan dan dikatakan dan ditampilkan dalam bentuk perilaku secara berulang yang kenyataan misalnya mengaku sebagai nabi, kyai, tentara, dokter, orang yang pandai, kaya
- d) Curiga: pasien mempunyai keyakinan bahwa seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan. Pasien menolak makan makanan yang disajikan karena merasa ada racunnya
- e) Nihilistik: pasien yakin dirinya sudah tidak ada didunia atau sudah meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya mengatakan dirinya adalah mayat dan sudah meninggal, perilaku kadang sudah mengikuti isi wahamnya yaitu tidak mau melakukan aktivitas sehari-hari termasuk mandi dan makan
- f) Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada, misalnya merasa menderita penyakit tertentu
- g) Magic mistik: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal mustahil diluar kemampuannya, misalnya bisa menghidupkan orang yang mati, menyembuhkan penyakit, bisa menenun atau menyantet orang (mengguna-guna orang)



7) Waham yang bizar:

- a) Sisip pikir: pasien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikirannya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan, pasien kadang tampak bicaranya kacau, flight of ideas dan sering juga ide atau gagasan menyerang orang lain, merusak lingkungan dan melakukan upaya bunuh diri
- b) Siar pikir: pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan. Biasanya pasien menjadi defensif menolak interaksi atau wawancara dengan perawat, karena merasa perawat sudah tahu apa yang pasien pikirkan
- c) Kontrol pikir: pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, misalnya pasien melakukan percobaan bunuh diri atau ingin membunuh orang lain karena merasa ada orang lain yang memerintahkan untuk membunuh.

Isi pikirannya pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

k Tingkat kesadaran dan orientasi

Data tingkat kesadaran diperoleh selama pasien menjalani wawancara dengan perawat

- 1) Kesadaran pasien

- a) Bingung: tampak bingung dan kacau
- b) Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dengan tidak sadar
- c) Stupor: gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat diletakkan dalam sikap canggung dan dipertahankan klien, tetapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungannya, biasanya pada pasien risiko perilaku kekerasan mengalami tingkat kesadaran bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

- 2) Orientasi pasien terhadap waktu, tempat dan orang diperoleh melalui wawancara, pada pasien risiko perilaku kekerasan terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu.

#### 1 Memori

Data diperoleh melalui wawancara

- 1) Gangguan daya ingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan
- 2) Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir
- 3) Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
- 4) Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya

Memori klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang.

m Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh melalui wawancara

- 1) Mudah dialihkan: perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain
- 2) Tidak mampu berkomunikasi: pasien selalu minta agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan
- 3) Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan pada benda-benda yang nyata

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan gelisah.

n Kemampuan penilaian

- 1) Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain, misalnya beri kesempatan pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi dan jika diberikan penjelasan pasien dapat mengambil keputusan, misalnya memakai baju kancingnya tidak terpasang, diberikan penjelasan, pasien baru membetulkan kancing bajunya
- 2) Gangguan kemampuan penilaian bermakna, tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Misalnya, ketika pasien diberikan penjelasan mau makan dulu atau mandi dulu pasien

tetap tidak dapat memilih keputusan: pada pasien akut, sering tampak klien telanjang, tidak mau mandi dan menolak makan.

Kemampuan penilaian atau pengambilan keputusan klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

o Daya tilik diri

Data diperoleh melalui wawancara

- 1) Tanyakan saat ini berada dimana?
- 2) Mengapa pasien berada di rumah sakit jiwa?
- 3) Klien biasanya tidak menyadari dirinya dirumah sakit, tidak menyadari penyakitnya atau menyalahkan orang lain karena telah membawa dirinya di rumah sakit jiwa
- 4) Tidak tahu tujuan dia berada di rumah sakit jiwa
- 5) Menuduh orang tua atau perawat yang sakit jiwa dan dirawat

Daya tilik klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah.

8 Mekanisme Koping

Data dari hasil wawancara:

- a Meliputi koping adaptif sampai dengan maladaptive

Ketika menghadapi masalah, tekanan dan peristiwa traumatik yang hebat, apa yang dilakukan pasien dalam menyelesaikan masalah tersebut: Cerita dengan orang lain (asertif), diam (represi/supresi), menyalahkan orang lain (sublimasi), mengamuk/merusak alat-alat rumah tangga (displacement), mengalihkan ke kegiatan yang bermanfaat (konversi), memberikan alasan yang logis (rasionalisasi), mundur ke strategi pelaksanaan perkembangan sebelumnya (regresi), dialihkan ke objek lain seperti memarahi televisi, memarahi tanaman atau memarahi binatang (proyeksi). Mekanisme koping klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maldatif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

b Sumber mekanisme koping: sumber dukungan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan.

Menurut Marshaly (2013) gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir, kehendak, emosi dan tindakan, di mana individu tidak dapat menyesuaikan diri dengan orang lain dan lingkungan. Menurut Madalise dkk (2015) Gangguan jiwa menyebabkan penderitanya tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau merusak /menyakiti dirinya sendiri.

### 2.3.2 Analisa Data

Menurut Setiawan (2012), analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien. Analisa data pada perilaku kekerasan dapat di peroleh dari:

1. Gejala dan tanda mayor
  - a. SubJektif: Mengancam mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara keras.
  - b. Objektif: Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk.
2. Gejala dan tanda minor
  - a. Subjektif: (tidak tersedia)
  - b. Objektif: Mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

### 2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Berdasarkan pengamatan dan wawancara, perawat dapat merumuskan masalah yaitu risiko perilaku

kekerasan. Perilaku Kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan merusak lingkungan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

#### **2.3.4 Intervensi**

Intervensi adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Setelah dilakukan pengkajian dari penegakan diagnosis maka langkah selanjutnya adalah merencanakan tindakan keperawatan atau yang disebut dengan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan dibuat perawat untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan lain (Muhith, 2015). Tujuan umum adalah klien mampu mengontrol perilakunya dan dapat mengungkapkan kemarahannya secara asertif. Sedangkan tujuan khususnya yaitu klien dapat mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda perilaku kekerasan, klien mampu memilih sikap yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahannya, klien mampu mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol, klien mampu memperoleh dukungan keluarga (Dermawan D & Rusdi, 2013). Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,

2016). Berdasarkan pengamatan dan wawancara, perawat dapat merumuskan masalah yaitu risiko perilaku kekerasan.

Tabel 2.1 Intervensi pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (materi pelatihan pembelajaran RSJD Surakarta, 2015)

Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan (TUM/TUK)	Kriteria hasil	Intervensi
Risiko Perilaku Kekerasan	<p>TUM: Klien tidak melakukan tindakan kekerasan</p> <p>TUK:</p> <p>1 Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>1 Setelah 3 X pertemuan klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat:</p> <p>b Wajah cerah, tersenyu</p> <p>c Mau berkenala</p> <p>d Ada kontak mata</p> <p>e Bersedia menceritakan perasaan</p>	<p>1 Bina hubungan saling percaya dengan:</p> <p>a. Beri salam setiap berinteraksi</p> <p>b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi</p> <p>c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</p> <p>d. Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi</p> <p>e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien</p> <p>f. Buat kontrak interaksi</p>



			<p>g. Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien</p>
	<p>2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya</p>	<p>2. Setelah 3 X pertemuan klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya:</p> <p>a. Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri bmaupun lingkungannya</p>	<p>2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya:</p> <p>a. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya</p> <p>b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien</p>
	<p>3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan</p>	<p>3. Setelah 3 X pertemuan klien menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>a. Tanda fisik: mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain.</p> <p>b. Tanda emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar.</p>	<p>3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya:</p> <p>a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi</p> <p>b. Motivasi klien menceritakan</p>

		<p>c. Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.</p>	<p>n kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>c. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan</p>
	<p>4. Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya</p>	<p>4. Setelah 3 X pertemuan klien menjelaskan:</p> <p>a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya</p> <p>b. berasaannya saat melakukan kekerasan</p> <p>c. Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah</p>	<p>4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini:</p> <p>a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya</p> <p>a</p> <p>b. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi</p>

			<p>c. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.</p>
	<p>5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p>	<p>5. Setelah 3 X pertemuan klien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diri sendiri: luka, dijauhi teman, dll</li> <li>Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll</li> <li>Lingkungan: barang atau benda rusak dll</li> </ol>	<p>5. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diri sendiri</li> <li>Orang lain/keluarga</li> <li>Lingkungan</li> </ol>
	<p>6. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan</p>	<p>6. Setelah 3 X pertemuan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah</li> </ol>	<p>6. Diskusikan dengan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat</li> <li>Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien.</li> </ol>

			<p>c. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olah raga.</li> <li>2) Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain.</li> <li>3) Sosial: latihan asertif dengan orang lain.</li> <li>4) Spiritual: s embahyan g/doa, zikir, meditasi, dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing</li> </ol>
	<p>7. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>7. Setelah 3 X pertemuan klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur</li> </ol>	<p>7. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan.</p>

		<p>b. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti</p> <p>c. Spiritual: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya</p>	<p>a. Latih klien memperagakan cara yang dipilih: Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan manfaat cara tersebut</li> <li>2) Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan.</li> <li>3) Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna</li> </ol> <p>b. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel</p>
--	--	---	---

	<p>8. Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>8. Setelah 3 X pertemuan keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan</li> <li>b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien untuk mengatasi perilaku kekerasan.</li> <li>b. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan</li> <li>c. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat klien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga.</li> <li>d. Peragakan cara merawat klien (menangani perilaku kekerasan)</li> <li>e. Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang</li> <li>f. Beri pujian kepada keluarga</li> </ol>
--	--	---	--

			<p>setelah peragaan</p> <p>g. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan</p>
	<p>9. Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan</p>	<p>9. Setelah 3 X pertemuan klien menjelaskan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Manfaat minum obat</li> <li>Kerugian tidak minum obat</li> <li>Nama obat</li> <li>Bentuk dan warna obat</li> <li>Dosis yang diberikan kepadanya</li> <li>Waktu pemakaian</li> <li>Cara pemakaian</li> <li>Efek yang dirasakan</li> </ol> <p>9. Setelah 3 X pertemuan klien menggunakan obat sesuai program</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat</li> <li>Jelaskan kepada klien: <ol style="list-style-type: none"> <li>Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat)</li> <li>Dosis yang tepat untuk klien</li> <li>Waktu pemakaian</li> <li>Cara pemakaian</li> <li>Efek yang akan dirasakan klien</li> </ol> </li> <li>Anjurkan klien: <ol style="list-style-type: none"> <li>Minta dan menggunakan obat tepat waktu</li> <li>Lapor ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa</li> </ol> </li> </ol>

			c. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.
--	--	--	--

Sedangkan intervensi Risiko Perilaku Kekerasan menurut SDKI, SIKI dan SLKI adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (SDKI, SIKI, SLKI, 2018)

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Risiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x pertemuan diharapkan risiko perilaku kekerasan membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko meningkat (5)</li> <li>2. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat (5)</li> <li>3. Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko meningkat (5)</li> <li>4. Kemampuan mengubah perilaku meningkat (5)</li> <li>5. Komitmen terhadap strategi meningkat (5)</li> <li>6. Kemampuan modifikasi gaya hidup meningkat (5)</li> </ol>	Tindakan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali)</li> <li>b. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung.</li> <li>c. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur)</li> </ol> </li> <li>2. Terapeutik               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</li> <li>b. Libatkan keluarga dalam perawatan</li> </ol> </li> <li>3. Edukasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</li> <li>b. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</li> <li>c. Latih mengurangi</li> </ol> </li> </ol>



		<p>7. Kemampuan menghindari faktor risiko meningkat (5)</p> <p>8. Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat (5)</p> <p>9. Kemampuan berpartisipasi dalam skrining risiko meningkat (5)</p> <p>10. Penggunaan fasilitas kesehatan meningkat (5)</p> <p>11. Penggunaan sistem pendukung meningkat (5)</p> <p>12. Pemantauan perubahan status kesehatan meningkat (5)</p> <p>13. Imunisasi (5)</p>	<p>kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita)</p>
--	--	--	--

Tabel 2.3 Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan

(materi pelatihan pembelajaran RSJD Surakarta, 2015)

SP 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik

ORIENTASI:

“Assalamualaikum pak, perkenalkan nama saya A K, panggil saya A, saya perawat yang dinas di ruangan soka in. Hari ini saya dinas pagi dari pk. 07.00-14.00. Saya yang akan merawat bapak selama bapak di rumah sakit ini. Nama bapak siapa, senangnya dipanggil apa?” “Bagaimana perasaan bapak saat ini?,

Masih ada perasaan kesal atau marah?” “Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah bapak” “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang?” Bagaimana kalau 10 menit? “Dimana enakya kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

KERJA:

“Apa yang menyebabkan bapak marah?, Apakah sebelumnya bapak pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?. O..iya, jadi ada 2 penyebab marah bapak” “Pada saat penyebab marah itu ada, seperti bapak pulang kerumah dan istri belum menyediakan makanan(misalnya ini penyebab marah pasien), apa yang bapak rasakan?” (tunggu respons pasien) “Apakah bapak merasakan kesal kemudian dada bapak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkutup rapat, dan tangan mengepal?” “Setelah itu apa yang bapak lakukan? O..iya, jadi bapak memukul istri bapak dan memecahkan piring, apakah dengan cara ini makanan terhidang? Iya, tentu tidak. Apakerugian cara yang bapak lakukan? Betul, istri jadi sakit dan takut, piring-piring pecah. Menurut bapak adakah cara lain yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?” ”Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, pak. Salah satunya adalah dengan cara fisik. Jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah.” ”Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu?” ”Begini pak, kalau tanda-tanda marah tadi sudah bapak rasakan maka bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiupu perlahan –lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus..., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana

perasaannya?” “Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul bapak sudah terbiasa melakukannya”

#### TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan bapak?” ”Iya jadi ada 2 penyebab bapak marah ..... (sebutkan) dan yang bapak rasakan ..... (sebutkan) dan yang bapak lakukan ..... (sebutkan) serta akibatnya ..... (sebutkan) ”Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah bapak yang lalu, apa yang bapak lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya pak. ‘Sekarang kita buat jadwal latihannya ya pak, berapa kali sehari bapak mau latihan napas dalam?, jam berapa saja pak?’”

”Baik, bagaimana kalau 2 jam lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya pak, assalamualaikum”

SP 2 Pasien: Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2 a. Evaluasi latihan nafas dalam b. Latih cara fisik ke-2: pukul kasur dan bantal c. Susun jadwal kegiatan harian cara kedua

#### ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi” “Bagaimana perasaan bapak saat ini, adakah hal yang menyebabkan bapak marah?” “Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua” “Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?” Dimana kita bicara? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

#### KERJA

“Kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal,

berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal”. “Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba bapak lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali bapak melakukannya”. “Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal.” “Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya

#### TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?” “Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba bapak sebutkan lagi? Bagus!” “Mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari bapak. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi. dan jam 15.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya pak. Sekarang kita buat jadwalnya ya pak, mau berapa kali sehari bapak latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?” “Besok pagi kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa”

SP 3 Pasien: Latihan Mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal:

- a. Evaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik
- b. Latihan mengungkapkan rasamarah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik
- c. Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal

## ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang kita ketemu lagi” “Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?” “Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya.” “Bagus. Nah kalau tarik nafas dalamnya dilakukan sendiri tulis M, artinya mandiri; kalau diingatkan suster baru dilakukan tulis B, artinya dibantu atau diingatkan. Nah kalau tidak dilakukan tulis T, artinya belum bisa melakukan “Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah marah?” “Dimana enaknyanya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat yang sama?” “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

## KERJA

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah dusalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya pak: 1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Bapak bilang penyebab marahnya larena minta uang sama isteri tidak diberi. Coba Bapak minta uang dengan baik:”Bu, saya perlu uang untuk membeli rokok.” Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta baju, minta obat dan lainlain. Coba bapak praktekan. Bagus pak.”

2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: ‘Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan’. Coba bapak praktekan. Bagus pak”

a. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan:’ Saya

jadi ingin marah karena perkataanmu itu'. Coba praktekan. Bagus”

#### TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?” “Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari” “Bagus sekal, sekarang mari kita masukkan dalam jadual. Berapa kali sehari bapak mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?” Coba masukkan dalam jadual latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dll. Bagus nanti dicoba ya Pak!” “Bagaimana kalau dua jam lagi kita ketemu lagi?” “Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau di mana Pak? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya”

SP 4 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual a. Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal b. Latihan sholat/berdoa c. Buat jadwal latihan sholat/berdoa

#### ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi” Baik, yang mana yang mau dicoba?” “Bagaimana pak, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya” “Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?” “Dimana enakny kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?” “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

#### KERJA

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan! Bagus. Baik, yang

mana mau dicoba? “Nah, kalau bapak sedang marah coba bapak langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat”. “Bapak bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan.” “Coba Bpk sebutkan sholat 5 waktu? Bagus. Mau coba yang mana?Coba sebutkan caranya (untuk yang muslim).”

#### TERMINASI

Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga ini?” “Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus”. “Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan bapak. Mau berapa kali bapak sholat. Baik kita masukkan sholat ..... dan ..... (sesuai kesepakatan pasien) “Coba bapak sebutkan lagi cara ibadah yang dapat bapak lakukan bila bapak merasa marah” “Setelah ini coba bapak lakukan jadwal sholat sesuai jadwal yang telah kita buat tadi” “Besok kita ketemu lagi ya pak, nanti kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat.. Mau jam berapa pak? Seperti sekarang saja, jam 10 ya?” “Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah bapak, setuju pak?” SP 5 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat a. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih. b. Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat. c. Susun jadwal minum obat secara teratur

## ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya kemarin hari ini kita ketemu lagi” “Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam, pukul kasur bantal, bicara yang baik serta sholat?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?. Coba kita lihat cek kegiatannya”. “Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?” “Dimana enakya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat kemarin?” “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit”

## KERJA

(perawat membawa obat pasien) “Bapak sudah dapat obat dari dokter?” Berapa macam obat yang Bapak minum? Warnanya apa saja? Bagus! Jam berapa Bapak minum? Bagus! “Obatnya ada tiga macam pak, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar bias tidur, yang putih ini namanya THP agar rileks dan tidak kaku, dan yang merah jambu/ping ini namanya HDL agar tenang dan rasa marah berkurang. Semuanya ini harus bapak minum 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam”. “Bila nanti setelah minum obat mulut bapak terasa kering, untuk membantu mengatasinya bapak bisa mengisap-isap es batu”. “Bila terasa mata berkunang-kunang, bapak sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu” “Nanti di rumah sebelum minum obat ini bapak lihat dulu label di kotak obat apakah benar nama bapak tertulis disitu, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum. Baca juga apakah nama obatnya sudah benar? Di sini minta obatnya pada suster kemudian cek lagi apakah benar obatnya!” “Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya pak,



karena dapat terjadi kekambuhan.” “Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya kedalam jadwal ya pak.”

#### TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara minum obat yang benar?” “Coba bapak sebutkan lagi jenis obat yang Bapak minum! Bagaimana cara minum obat yang benar?” “Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari?. Sekarang kita tambahkan jadwal kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya”. “Baik, Besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauhmana ana bapak melaksanakan kegiatan dan sejauhmana dapat mencegah rasa marah. Sampai jumpa”

SP 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan di rumah a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut)

#### ORIENTASI

“Assalamualaikum bu, perkenalkan nama saya A K, saya perawat dari ruang Asoka ini, saya yang akan merawat bapak (pasien). Nama ibu siapa, senangya dipanggil apa?” “Bisa kita berbincang-bincang sekarang tentang masalah yang Ibu hadapi?” “Berapa lama ibu kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?” “Dimana enaknya kita berbincang-bincang, Bu? Bagaimana kalau di kantor Perawat?”

#### KERJA

“Bu, apa masalah yang Ibu hadapi/ dalam merawat Bapak? Apa yang Ibu

lakukan? Baik Bu, Saya akan coba jelaskan tentang marah Bapak dan hal-hal yang perlu diperhatikan.” “Bu, marah adalah suatu perasaan yang wajar tapi bisa tidak disalurkan dengan benar akan membahayakan dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan. “Yang menyebabkan suami ibu marah dan ngamuk adalah kalau dia merasa direndahkan, keinginan tidak terpenuhi. Kalau Bapak apa penyebabnya Bu?” “Kalau nanti wajah suami ibu tampak tegang dan merah, lalu kelihatan gelisah, itu artinya suami ibu sedang marah, dan biasanya setelah itu ia akan melampiaskannya dengan membanting-banting perabot rumah tangga atau memukul atau bicara kasar? Kalau apa perubahan terjadi? Lalu apa yang biasa dia lakukan?”” “Bila hal tersebut terjadi sebaiknya ibu tetap tenang, bicara lembut tapi tegas, jangan lupa jaga jarak dan jauhkan benda-benda tajam dari sekitar bapak seperti gelas, pisau. Jauhkan juga anak-anak kecil dari bapak.” “Bila bapak masih marah dan ngamuk segera bawa ke puskesmas atau RSJ setelah sebelumnya diikat dulu (ajarkan caranya pada keluarga). Jangan lupa minta bantuan orang lain saat mengikat bapak ya bu, lakukan dengan tidak menyakiti bapak dan dijelaskan alasan mengikat yaitu agar bapak tidak mencedari diri sendiri, orang lain dan lingkungan” “Nah bu, ibu sudah lihat khan apa yang saya ajarkan kepada bapak bila tanda-tanda kemarahan itu muncul. Ibu bisa bantu bapak dengan cara mengingatkan jadwal latihan cara mengontrol marah yang sudah dibuat yaitu secara fisik, verbal, spiritual dan obat teratur”. “Kalau bapak bisa melakukan latihannya dengan baik jangan lupa dipuji ya bu”.

#### TERMINASI

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara merawat bapak?” “Coba ibu sebutkan lagi cara merawat bapak” “Setelah ini coba ibu

ingatkan jadwal yang telah dibuat untuk bapak ya bu” “Bagaimana kalau kita ketemu 2 hari lagi untuk latihan cara-cara yang telah kita bicarakan tadi langsung kepada bapak?” “Tempatnya disini saja lagi ya bu?”

SP 2 Keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol Kemarahan a. Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah b. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat c. Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat d. Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan

#### ORIENTASI

“Assalamualaikum bu, sesuai dengan janji kita 2 hari yang lalu sekarang kita ketemu lagi untuk latihan cara-cara mengontrol rasa marah bapak.” “Bagaimana Bu? Masih ingat diskusi kita yang lalu? Ada yang mau Ibu tanyakan?” “Berapa lama ibu mau kita latihan?” “Bagaimana kalau kita latihan disini saja?, sebentar saya panggilkan bapak supaya bisa berlatih bersama”

#### KERJA

”Nah pak, coba ceritakan kepada Ibu, latihan yang sudah Bapak lakukan. Bagus sekali. Coba perlihatkan kepada Ibu jadwal harian Bapak! Bagus!” ”Nanti di rumah ibu bisa membantu bapak latihan mengontrol kemarahan Bapak.”

”Sekarang kita akan coba latihan bersama-sama ya pak?” ”Masih ingat pak, bu kalau tanda-tanda marah sudah bapak rasakan maka yang harus dilakukan bapak adalah.....?” ”Ya.. betul, bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan/tiup perlahan –lahan melalui mulut seperti mengeluarkan

kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus.., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali, coba ibu temani dan bantu bapak menghitung latihan ini sampai 5 kali”. “Bagus sekali, bapak dan ibu sudah bisa melakukannya dengan baik”. “Cara yang kedua masih ingat pak, bu?” “Ya..benar, kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal”. “Sekarang coba kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba bapak lakukan sambil didampingi ibu, berikan bapak semangat ya bu. Ya, bagus sekali bapak melakukannya”. “Cara yang ketiga adalah bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga caranya pak, coba praktekan langsung kepada ibu cara bicara ini: 1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, misalnya: ‘Bu, Saya perlu uang untuk beli rokok! Coba bapak praktekan. Bagus pak’. 2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: ‘Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan’. Coba bapak praktekan. Bagus pak” 3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan: ‘ Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu’. Coba praktekan. Bagus” “Cara berikutnya adalah kalau bapak sedang marah apa yang harus dilakukan?” “Baik sekali, bapak coba langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat”. “Bapak bisa melakukan sholat secara teratur dengan didampingi ibu untuk meredakan kemarahan”. “Cara terakhir

adalah minum obat teratur ya pak, bu agar pikiran bapak jadi tenang, tidurnya juga tenang, tidak ada rasa marah” “Bapak coba jelaskan berapa macam obatnya! Bagus. Jam berapa minum obat? Bagus. Apa guna obat? Bagus. Apakah boleh mengurangi atau menghentikan obat? Wah bagus sekali!” “Dua hari yang lalu sudah saya jelaskan terapi pengobatan yang bapak dapatkan, ibu tolong selama di rumah ingatkan bapak untuk meminumnya secara teratur dan jangan dihentikan tanpa sepengetahuan dokter”

#### TERMINASI

“Baiklah bu, latihan kita sudah selesai. Bagaimana perasaan ibu setelah kita latihan caracara mengontrol marah langsung kepada bapak?” “Bisa ibu sebutkan lagi ada berapa cara mengontrol marah?” “Selanjutnya tolong pantau dan motivasi Bapak melaksanakan jadwal latihan yang telah dibuat selama di rumah nanti. Jangan lupa berikan pujian untuk Bapak bila dapat melakukan dengan benar ya Bu!” “Karena Bapak sebentar lagi sudah mau pulang bagaimana kalau 2 hari lagi Ibu bertemu saya untuk membicarakan jadwal aktivitas Bapak selama di rumah nanti.” “Jam 10 seperti hari ini ya Bu. Di ruang ini juga.”

SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

#### ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, bu, karena besok Bp sudah boleh pulang, maka sesuai janji kita sekarang ketemu untuk membicarakan jadwal Bp selama dirumah” “Bagaimana pak, bu, selama ibu membesuk apakah sudah terus dilatih cara merawat Bp? Apakah sudah dipuji keberhasilannya?” “Nah sekarang bagaimana kalau bicarakan jadwal di rumah, disini saja?” “Berapa lama bapak dan ibu mau kita berbicara? Bagaimana kalau 30 menit?”

## KERJA

“Pak, bu, jadwal yang telah dibuat selama B di rumah sakit tolong dilanjutkan dirumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obatnya. Mari kita lihat jadwal Bapak!” “Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh bapak selama di rumah. Kalau misalnya Bp menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi Suster E di Puskesmas Indara Puri, puskesmas terdekat dari rumah ibu dan bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0651) 554xxx. “Jika tidak teratasi Sr E akan merujuknya ke BPKJ.” “Selanjutnya suster E yang akan membantu memantau perkembangan B selama di rumah”

## TERMINASI

“ Bagaimana Bu? Ada yang ingin ditanyakan? Coba Ibu sebutkan apa saja yang perlu diperhatikan (jadwal kegiatan, tanda atau gejala, follow up ke Puskesmas). Baiklah, silakan menyelesaikan administrasi!” “Saya akan mempersiapkan pakaian dan obat.”

## TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK PERILAKU KEKERASAN

Terapi kelompok yang dapat diberikan untuk pasien dengan PK adalah: TAK stimulasi persepsi

1. Sesi I: mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
2. Sesi II: mencegah perilaku kekerasan fisik
3. Sesi III: mencegah perilaku kekerasan sosial
4. Sesi IV: mencegah perilaku kekerasan spiritual
5. Sesi V: mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi obat

### 2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan rencana keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan perencanaan. Perawat melakukan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk rencana yang disusun dalam tahap rencana dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut (Kozier et al, 2011). Pada masalah risiko perilaku kekerasan maka dilakukan tindakan keperawatan dengan cara menggunakan percakapan strategi pelaksanaan 1 pada pasien risiko perilaku kekerasan berhasil maka boleh dilanjutkan ke strategi pelaksanaan ke 2, ke 3, ke 4 dan ke 5 pada pasien risiko perilaku kekerasan. Adapun strategi pelaksanaan pada risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Standar Pelaksanaan Tindakan Keperawatan  
Risiko Perilaku Kekerasan  
(Yusuf. Ah. dkk, 2019)

Strategi Pelaksanaan 1 Pasien	Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik 1
Strategi Pelaksanaan 2 Pasien	Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2 a Evaluasi latihan nafas dalam b Latih secara fisik ke-2: pukul kasur dan bantal c Susun jadwal kegiatan harian cara kedua
Strategi Pelaksanaan 3 Pasien	Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal: a Evaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik dan sosial/verbal b Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik

	c Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal
Strategi Pelaksanaan 4 Pasien	Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual a Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal b Latihan sholat/berdoa Buat jadwal latihan sholat/berdoa
Strategi Pelaksanaan 5 Pasien	Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat a Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih b Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat dan benar dosis obat) c Susun jadwal minum obat secara teratur
Strategi Pelaksanaan 1 Keluarga	Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan dirumah a Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien b Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut c Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain
Strategi Pelaksanaan 2 Keluarga	Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan a Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah b Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat c Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat d Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
Strategi Pelaksanaan 3 Keluarga	Membuat perencanaan pulang bersama keluarga Buat perencanaan pulang bersama keluarga

### 2.3.6 Evaluasi

Munurut Kozier et all ( 2011), evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Dalam konteks ini evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketika klien dan professional



kesehatan menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan atau hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan menurut (PPNI, 2016).

S: respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dapat diukur dengan Pasien tidak lagi melakukan perilaku mengancam, pasien tidak lagi mengumpat dengan kata-kata kasar, pasien tidak lagi bersuara keras, pasien tidak lagi berbicara ketus.

O: respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pasien tidak tampak menyerang orang lain, pasien tidak tampak melukai diri sendiri/orang lain, pasien tidak tampak merusak lingkungan, pasien tidak tampak berperilaku agresif/amuk, mata pasien tidak tampak melotot dan pandangan tidak tajam, tangan pasien tidak tampak mengepal, rahang pasien tidak tampak mengatup, wajah pasien tidak tampak memerah.

A: analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P: perencanaan atau tindakan lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien, dan tindak lanjut oleh perawat.

### 2.3.7 Hubungan antar konsep

Menurut (Kartikadewi A,dkk, 2017) hubungan antar konsep pada pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan yaitu:



Gambar 2.3 Hubungan antar konsep  
(Kartikadewi A, dkk, 2017)