

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Skizofrenia*

2.1.1 Pengertian *Skizofrenia*

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, perilaku, serta pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar dan tidak sesuai, serta berbagai gangguan aktifitas motorik yang *bizarre* (perilaku aneh), pasien *skizofrenia* menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Orang-orang yang menderita *skozofrenia* umumnya mengalami beberapa episode akut simtom– simtom. Komorbiditas dengan penyalahgunaan zat merupakan masalah utama pada pasien skizofrenia, terjadi pada sekitar 50 persennya. (Davison 2010).

2.1.2 Etiologi

Etiologi pada *skizofrenia* dibagi menjadi beberapa bagian (Maramis, 2005) :

1. Keturunan

Hal ini dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita *skizofrenia* terutama pada anak kembar satu telur, tetapi ini juga tergantung dari lingkungan individu.

2. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya *skizofrenia* pada waktu pubertas, waktu kehamilan dan *purperium*.

3. Metabolisme

Penderita dengan *skizofrenia* tampak pucat dan tidak sehat. Pada ujung *ekstremitas* agak *sianosis*, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun.

4. Susunan saraf pusat

Ada yang mencari penyebab *skizofrenia* ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada *diensefalon* ataupun *korteks* otak. Tetapi kelainan patologis yang ditemukan itu mungkin disebabkan oleh perubahan *postmortem*.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut Hawari (2006) gejala *skizofrenia* dibagi menjadi dua yaitu negatif dan positif.

1. Gejala positif

- a. Delusi, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal) tapi diyakini kebenarannya.
- b. Kekacauan alam pikir
- c. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus) misalnya mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan padahal tak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.

- e. Merasa dirinya orang besar
 - f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan.
2. Gejala negatif
- a. Alam perasaannya (*affect*) yang tumpul dan mendatar, terlihat dari wajahnya yang tak menunjukkan ekspresi.
 - b. Menarik diri atau mengasingkan diri, tidak mau bergaul, kontak dengan orang lain dan suka melamun.
 - c. Kontak emosional sangat miskin, sukar diajak bicara, pendiam.
 - d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
 - e. Kesulitan dalam berpikir abstrak
 - f. Tidak ada upaya dan usaha, tidak ada dorongan kehendak atau inisiatif, tidak ada spontanitas, monoton serta tak ingin apa-apa.
 - g. Pola pikir *stereotif*.

2.1.4 Jenis – Jenis Skizofrenia

Kraepelin (Maramis, 2009) membagi *skizofrenia* menjadi beberapa jenis yaitu sebagai berikut :

1. *Skizofrenia paranoid*

Jenis *skizofrenia* ini sering mulai sesudah usia 30 tahun. Permulaanya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan *schizoid*. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2. *Skizofreniahebefrenik*

Permulaanya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja antara 15 – 25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan serta adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, *neologisme* atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada *skizofreniaheberfrenik*, waham dan halusinasi.

3. *Skizofreniakatatonik*

Timbulnya pertama kali yaitu antara usia 15 – 30 tahun, dan biasanya akut dan sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah *katatonik* atau *stupor katatonik*. Gejala yang penting yaitu gejala psikomotor seperti: Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan. Bila diganti posisinya penderita menentang. Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan. Terdapat grimas dan katalepsi.

4. *Skizofreniasimplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama jenis *simplex* ini adalah kedangkalan emosi dan

kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

5. *Skizofrenia residual*

Skizofrenia residual adalah keadaan kronis dari *skizofrenia* dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negative yang lebih menonjol. Gejala negative terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan baik secara fisik/emosional/seksual dan verbal (Keliat, 2010).

Risiko perilaku kekerasan/agresi adalah sikap, perilaku kasar atau kata-kata yang menggambarkan perilaku amuk, permusuhan serta potensi untuk merusak secara fisik. (Stuart 2011)

Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak dapat terkontrol (Townsend, 2010).

2.2.2 Proses Terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya Risiko perilaku kekerasan dijelaskan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yaitu :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

Meliputi adanya faktor herediter yang 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 dan internal maupun lingkungan.

c. Faktor Sosiokultural

Fungsi dan hubungan sosial yang terganggu disertai lingkungan sosial yang mengancam kebutuhan individu, akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah.

Norma dan budaya dapat mempengaruhi individu untuk berperilaku asertif atau agresif.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, akan berbeda antara 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) dan kekhawatiran terhadap penyakit fisik. Faktor eksternal meliputi kegiatan atau kejadian sosial yang berubah seperti serangan fisik atau tindakan kekerasan, kritikan yang menghina, lingkungan yang terlalu ribut, atau putusnya hubungan sosial, kerja, atau sekolah.

2.2.3 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif). (Yosep, I, 2016)



Gambar 2.1: Rentang respon perilaku kekerasan (Ade Hermawan 2011)

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi : Kegagalan dalam mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respon lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol

2.2.4 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Stuart (2011), tanda dan gejala perilaku kekerasan diantaranya yaitu sebagai berikut :

1. Fisik : mata melotot dan pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang serta postur tubuh kaku.
2. Verbal : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, bicara dengan nada tinggi, keras, kasar dan ketus.
3. Perilaku : menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain merusak lingkungan, amuk atau agresif.
4. Emosi : tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut orang lain.
5. Intelektual : mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan sering mengeluarkan kata-kata yang bernada sarkasme.
6. Spiritual : merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keragu-raguan, tidak bermoral dan kreatifitas terhambat.
7. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan.

8. Perhatian : bolos, melarikan diri dan melakukan penyimpangan seksual

2.2.5 Mekanisme Koping

Menurut Eko Prabowo (2014) mekanisme koping yang dipakai pada klien perilaku kekerasan untuk melindungi diri antara lain:

1. *Sublimasi*

Menerima sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal.

2. *Proyeksi*

Menyalahkan orang lain kesukaran atau keinginannya yang tidak baik.

3. *Represi*

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kealam sadar.

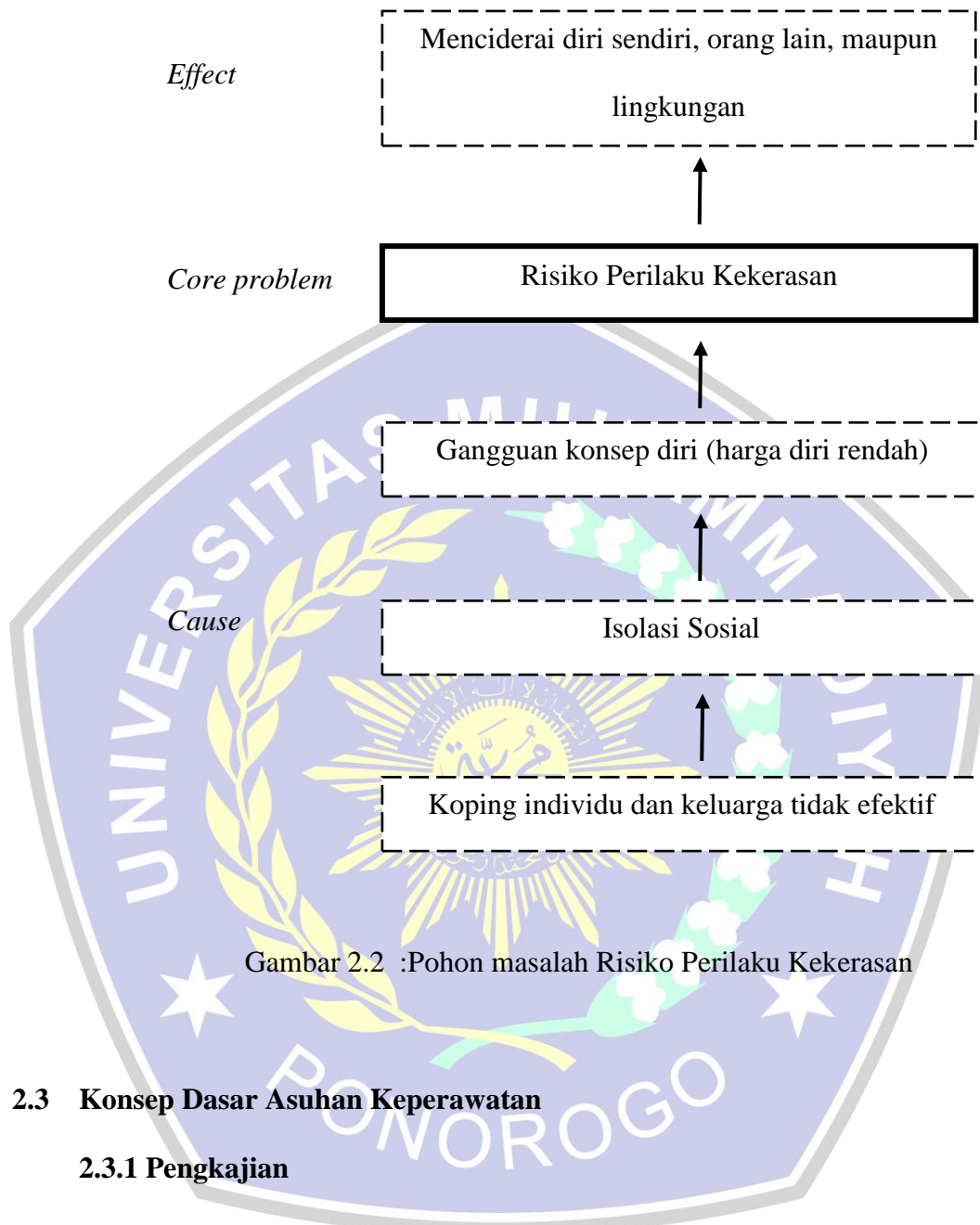
4. *Reaksi formasi*

Mencegah keinginan yang berbahaya bila di ekspresikan dengan berlebihan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.

5. *Deplacement*

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada objek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya membangkitkan emosi.

2.2.6 Pohon Masalah



Gambar 2.2 :Pohon masalah Risiko Perilaku Kekerasan

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama dari proses keperawatan.

Pada tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. (Azizah, lilik. 2016)

1. Identitas klien

Pada pasien risiko perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan yaitu 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata - rata lulusan SD.

2. Alasan Masuk

Biasanya alasan masuk pada pasien risiko perilaku kekerasan yaitu marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain.

3. Faktor predisposisi

Biasanya pasien dengan resiko perilaku kekerasan sebelumnya pernah masuk rumah sakit jiwa. Pengobatan yang dilakukan sebelumnya masih meninggalkan gejala sisa, sehingga pasien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Biasanya gejala sisa yang timbul merupakan akibat trauma yang dialami pasien berupa penganiayaan fisik, tindakan kriminal yang pernah disaksikan, dialami, atau melakukan kekerasan tersebut, kekerasan di dalam keluarga atau lingkungan.

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien perilaku kekerasan biasanya tekanan darah naik, nadi naik, otot wajah tegang, nada yang mengancam, tangan menggepal, dengan kondisi fisik muka merah, suara tinggi, kasar dan kata-kata kotor, rahang mengatup serta postur tubuh yang kaku.

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram dibuat minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarganya. Dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya yaitu pandangan tajam, tangan mengempal, muka merah, dan rahang mengatup.

2) Identitas diri

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya identitas dirinya merupakan moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan

3) Fungsi peran

Fungsi peran pada pasien risiko perilaku kekerasan kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

4) Ideal diri

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan akan cenderung menunjukkan amarahnya.

5) Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh pasien risiko perilaku kekerasan merupakan harga diri rendah karena penyebab awal risiko perilaku kekerasan yaitu marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

c. Hubungan sosial

Hubungan sosial pada pasien risiko perilaku kekerasan terganggu karena adanya risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol sehingga tidak pernah mengikuti kegiatan masyarakat, hanya mengurung diri dirumah saja

d. Spiritual

Nilai keyakinan dan ibadah pada pasien risiko perilaku kekerasan menganggap bahwa tidak ada gunanya lagi untuk menjalankan ibadah

6. Status mental

a. Penampilan

Pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya pasien tidak mampu merawat penampilannya, penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b. Pembicaraan

Pada pasien risiko perilaku kekerasan cara bicara pasien yaitu tidak mampu memulai pembicaraan, keras, apatis, lambat, pelan, membisu, membentak, berbicara dengan kata-kata kotor

c. Aktivitas motorik

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah, mata melotot, rahang mengatup, jalan mondar mandir dengan tangan mengepal

d. Afek dan Emosi

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan afek dan emosinya labil, datar, tumpul, tidak sesuai, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barang-barang, melukai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar dan berteriak-teriak

e. Interaksi selama wawancara

Pasien risiko perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya tidak kooperatif, mata melotot, mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis, mudah tersinggung dan menolak dengan kasar.

f. Presepsi/sensori

Biasanya pasien mendengar, melihat, meraba, mengecap, menghidu sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak diketahui.

7. Proses pikir

a. Proses pikir (arus pikir)

Proses pikir pasien risiko perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, biasanya pembicaraan blocking yaitu pembicaraan yang berhenti karena emosi kemudian dilanjutkan lagi, pengulangan pembicaraan, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya

b. Isi pikirannya

Biasanya pada pasien risiko perilaku kekerasan memiliki pikiran yang curiga, obsesi, isolasi sosial, tidak percaya dengan orang lain serta merasa dirinya tidak aman

8. Tingkat kesadaran

Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan tingkat kesadarannya yaitu tidak sadar, bingung, gelisah dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu.

9. Memori

Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan terjadi gangguan mengingat kejadian jangka pendek atau panjang, gangguan daya ingat saat ini, konfabulasi

10. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tingkat konsentrasi pasien risiko perilaku kekerasan yaitu mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung sederhana.

11. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya terjadi gangguan ringan, gangguan bermakna, dan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif

12. Daya tilik diri

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita, klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) dan merasa tidak perlu dilakukan perawatan. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah

13. Kebutuhan persiapan pulang

Pada pasien risiko perilaku kekerasan kebutuhan persiapan pulang meliputi, cara makan, BAK / BAB, mandi, berpakaian / berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktifitas di luar rumah.

14. Mekanisme koping

Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan untuk menghadapi suatu masalah dengan cara maladaptif seperti minum alkohol, menghindar, menciderai diri sendiri, bekerja berlebihan.

15. Masalah psikososial dan lingkungan

Pada pasien risiko perilaku kekerasan untuk masalah psikososial dan lingkungan meliputi masalah dengan dukungan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan, masalah dengan pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan perumahan, masalah dengan ekonomi, masalah dengan pelayanan kesehatan.

16. Aspek medik

Pasien risiko perilaku kekerasan dalam pengobatan medik harus sesuai dengan resep dokter, meliputi obat fisik, psikofarmako dan terapi lain.

2.3.2 Masalah Keperawatan

Masalah Keperawatan dikutip dari buku ajar asuhan keperawatan jiwa (Herman, 2011)

1. Perilaku kekerasan
2. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
4. Harga diri rendah kronis
5. Isolasi sosial
6. Berduka Dingfusional
7. Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif
8. Koping keluarga inefektif

2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Menurut (Yusuf, A. Fitriyasari, Nihayati, 2015)

1. *Skizofrenia* berhubungan dengan Risiko Perilaku Kekerasan



2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3.1 :Rencana tindakan keperawatan

Tgl	No Dx	Dx Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
		Risiko Perilaku Kekerasan	<p>TUM: Klien tidak melakukan tindakan kekerasan</p> <p>TUK:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien dapat membina hubungan saling percaya 	<ol style="list-style-type: none"> Setelah ... X pertemuan klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat: <ol style="list-style-type: none"> Wajah cerah, tersenyum Mau berkenalan Ada kontak mata Bersedia menceritakan perasaan 	<ol style="list-style-type: none"> Bina hubungan saling percaya dengan: <ol style="list-style-type: none"> Beri salam setiap berinteraksi. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien Buat kontrak interaksi yang jelas Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien
			<ol style="list-style-type: none"> Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya 	<ol style="list-style-type: none"> Setelah ... X pertemuan klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya: <ol style="list-style-type: none"> Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri bmaupun lingkungannya 	<ol style="list-style-type: none"> Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya: <ol style="list-style-type: none"> Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien

- | | | |
|---|--|---|
| 3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan | 3. Setelah ... X pertemuan klien menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan
a. Tanda fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain.
b. Tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar.
c. Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan. | 3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya:
a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi
b. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan
c. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan |
| 4. Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya | 4. Setelah ... X pertemuan klien menjelaskan:
a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya
b. Pberasaannya saat melakukan kekerasan
c. Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah | 4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini:
a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya.
b. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi
c. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi. |
| 5. Klien dapat | 5. Setelah ... X pertemuan | 5. Diskusikan dengan klien akibat negatif |

mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

klien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya

(kerugian) cara yang dilakukan pada:

- d. Diri sendiri : luka, dijauhi teman, dll
- e. Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dll
- f. Lingkungan : barang atau benda rusak dll

- a. Diri sendiri
- b. Orang lain/keluarga
- c. Lingkungan

6. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan

6. Setelah ... X pertemuan klien :
a. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah

6. Diskusikan dengan klien:

- a. Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat
- b. Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien.
- c. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah:
 - 1) Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olah raga.
 - 2) Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain.
 - 3) Sosial: latihan asertif dengan orang lain.
 - 4) Spiritual: sembahyang/doa, zikir, meditasi, dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing

7. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	7. Setelah ... X pertemuan klien mempragakan mengontrol perilaku kekerasan: a. Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur b. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti c. Spiritual: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya	7. 1. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan. 7.2. Latih klien mempragakan cara yang dipilih: a. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih. b. Jelaskan manfaat cara tersebut c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan. d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna 7.3. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel
8. Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan	8. Setelah ... X pertemuan keluarga: a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien	8.1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien untuk mengatasi perilaku kekerasan. 8.2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan 8.3. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat klien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga. 8.4. Peragakan cara merawat klien (menangani perilaku kekerasan) 8.5. Beri kesempatan keluarga untuk mempragakan ulang

-
- 8.6. Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan
- 8.7. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan
-
9. Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan
- 9.1. Setelah ...X pertemuan klien menjelaskan:
- Manfaat minum obat
 - Kerugian tidak minum obat
 - Nama obat
 - Bentuk dan warna obat
 - Dosis yang diberikan kepadanya
 - Waktu pemakaian
 - Cara pemakaian
 - Efek yang dirasakan
- 9.2. Setelah ... X pertemuan klien menggunakan obat sesuai program
- 9.1. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat
- 9.2. Jelaskan kepada klien:
- Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat)
 - Dosis yang tepat untuk klien
 - Waktu pemakaian
 - Cara pemakaian
 - Efek yang akan dirasakan klien
- 9.3. Anjurkan klien:
- Minta dan menggunakan obat tepat waktu
 - Lapor ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa
 - Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.
-

Sumber :(Doenges, dkk, 2007)

2.3.5 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 3.2 :Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

TINDAKAN KELUARGA	MASALAH	TINDAKAN KE KLIEN
<p>A. SP I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. Menjelaskan pengertian PK, tanda & gejala serta proses terjadinya 3. menjelaskan cara merawat klien dengan PK <p>B. SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga mempraktekan cara merawat klien dengan PK 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien PK <p>C. SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (discharge 	<p>RISIKO</p> <p>PERILAKU</p> <p>KEKERASAN</p>	<p>A. SP I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab PK 2. Mengidentifikasi tanda & gejala PK 3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 4. Menyebutkan cara mengontrol PK 5. Membantu klien mempraktekan latihan cara mengontrol fisik I dan II 6. Menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian <p>B. SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol PK dengan minum obat 3. Menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian <p>C. SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol PK dengan cara verbal 3. Menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian <p>D. SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol PK dengan cara spiritual 3. Menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

-
- planning)
2. Menjelaskan
follow up
klien setelah
pulang
-

Sumber :(Doenges, dkk, 2007)

2.3.6 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan. Standart asuhan berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien dan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Dengan adanya perincinan kebutuhan waktu, diharapkan setiap perawat memiliki jadwal harian untuk masing-masing pasien sehingga waktu kerja perawat menjadi lebih efektif dan efisien (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu sebagai berikut (Doenges, dkk, 2007) :

1. Membina hubungan saling percaya pada pasien
2. Membantu pasien untuk mengungkapkan perasaan marahnya
3. Membantu pasien mengungkapkan tanda – tanda perilaku kekerasan yang dialami
4. Mendiskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini
5. Mendiskusikan dengan pasien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan

6. Mendiskusikan dengan pasien mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat
7. Mendiskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan pasien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahannya
8. Mendiskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan
9. Menjelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat

2.3.7 Segi Keislaman

Dari segi keislaman untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan terapi spiritual yaitu mendengarkan Al-Qur'an ayat kursi dapat membuat perasaan menjadi tenang dan nyaman sehingga berdampak terhadap penurunan tingkat emosi klien dengan risiko perilaku kekerasan. (Heppy, & Sawab, 2015)

Ayat kursi adalah ayat dalam Al-Qur'an yang paling agung karena didalamnya mengandung nama Allah Subhanahu Wa Ta'ala Al-Hayyu dan Al-Qayyu yang paling agung. Sebagaimana yang tertulis dalam surat QS. Ar-Raad 28 "(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tentram dengan mengingat Allah. Ingatlah hanya dengan mengingat Allah di hati mereka menjadi tentram". Maka secara spiritual dengan diperdengarkan Al-Qur'an secara berulang kali dapat menurunkan risiko perilaku kekerasan. Sehingga akan mengalami perubahan perilaku kekerasan dan memiliki

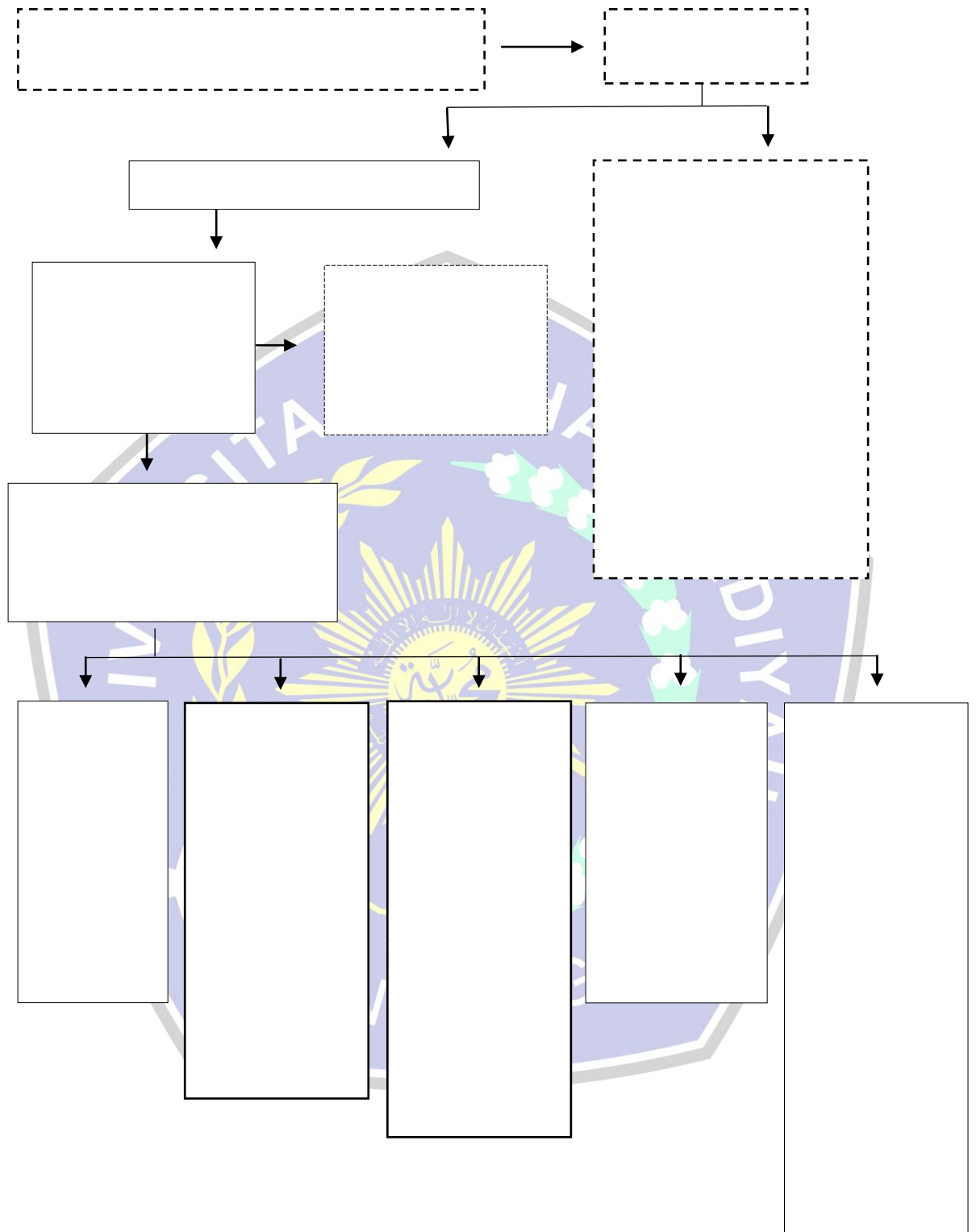
kemampuan berespon terhadap stressor secara adaptif. (Medipro, 2019)

2.3.8 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan secara terus menerus pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Sehingga pada pasien risiko perilaku kekerasan diharapkan bisa mengontrol marah, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengetahui cara mengontrol perilaku kekerasan, dapat minum obat secara teratur, mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual dan meminimalisir perilaku yang dapat menciderai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Evaluasi dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya. (Keliat, 2011)



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 :Hubungan Antar Konsep Risiko Perilaku Kekerasan