

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang memiliki “arti terpisah/batu pecah” dan *phren* yang berarti “jiwa”. Secara umum skizofrenia diartikan sebagai pecahnya/ ketidak serasian antara afek, kognitif, dan perilaku (Silaban 2019).

Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede, Simanjuntak, and Laia 2020). Berdasarkan pengertian diatas peneliti menyimpulkan bahwa skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yang berarti "terpisah" atau "pecah" dan "jiwa". Secara umum, skizofrenia diartikan sebagai ketidakserasian antara afek, kognitif, dan perilaku. Skizofrenia juga merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan yang ditandai oleh gangguan otak seperti pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik.

2.1.2. Etiologi

Pada pendapat Luana (2018), mengatakan bahwa penyebab dari skizofrenia, antara lain :

1. Faktor Alami/Biologis
 - a. Ibu penderita skizofrenia yang melahirkan bayi laki-laki.
 - b. Memiliki hipotesis pada hormon dopamine.
 - c. Infeksi.
 - d. Kelainan struktur otak.
 - e. Hipotesis pada Serotonin.

2. Faktor Keturunan/Genetik

Menurut para ilmuwan skizofrenia diturunkan 1 persen dari masyarakat umum namun 10 persen orang yang mempunyai hubungan paling dekat seperti orang tua, kakak perempuan dan lelaki yang memiliki riwayat skizofrenia.

2.1.3. Tanda dan gejala

Menurut Hawari (2020), gejala-gejala pada pasien skizofrenia dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif.

- a. Gejala positif
 1. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, penderita tetap meyakini kebenarannya.

2. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar suar-suara/bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.
 3. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicaranya kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
 4. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
 5. Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
 6. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
 7. Menyimpan rasa permusuhan
- b. Gejala negatif
1. Alam perasaan (affect) “tumpul” dan “mendatar”.
Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
 2. Menarik diri atau mengasingkan diri (withdrawn) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (day dreaming).
 3. Kontak emosional amat “miskin”, suka diajak bicara, pendiam.
 4. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.

5. Sulit dalam berpikir abstrak.
6. Pola pikir stereotip.
7. Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (avolition) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, menonton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu).

2.1.4. Tipe-tipe skizofrenia

Menurut Istichomah and R (2019), Gangguan skizofrenia terbagi menjadi beberapa tipe yaitu:

- a. Skizofrenia tipe paranoid
Merupakan subtype yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.
- b. Skizofrenia tipe disorganisasi (hebefrenik)
Tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.
- c. Skizofrenia tipe katatonik
Gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.

d. Skizofreniatipetakterinci

Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misal kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual dan depresi pasca skizofrenia.

e. Depresipascaskizofrenia

Gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada paling sedikit 2 minggu

f. Skizofreniatiperesidual

Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.

g. Skizofreniatipesimpleks

Gejala utama adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan-lahan

2.1.5. PenatalaksanaanMedis

Antipsikotik adalah obat yang yang digunakan untuk mengobati skizofrenia. Fungsinya adalah mengontrol perubahan pola pikir, halusinasi serta delusi pada pasien skizofrenia. Ada berbagai macam obat antipsikotik yang banyak di pakai oleh pasien skizofrenia, antara lain :

- a. NAA(Neweratypicalantipsycotics)
- b. KonvensionalAntipsikotik.

Merupakan obat antipsikotik yang paling lama pengobatannya,
antara lain :

1. Trifluoperazine/Stelazine
2. Thioridazine/Mellaril
3. Chlorpromazine/Thorazine
4. Perphenazine/Trilafone
5. Haloperidol/Haldol
- c. ECT: Terapi Elektrokonvulsif
- d. Melakukan operasi pada otak
- e. Melakukan perawatan di rumah sakit
- f. Clozapine (Clozaril) : Obat ini jarang memiliki efek samping namun sangat berat karena bias menurunkan sel darah putih. Para spesialis jiwa menyarankan menggunakan Clozaril paling sedikit 2 hari.

2.2. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1. Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk tanggapan yang diterima oleh seseorang dapat berupa marah yang dicurahkan melalui ancaman, mencederai diri sendiri maupun lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri

maupun orang lain (Pardede and Laia 2020).

Perilaku kekerasan merupakan bentuk kekerasan secara fisik maupun perkataan yang dapat ditunjukkan kepada diri sendiri maupun orang lainnya. Pada orang dengan perilaku kekerasan cenderung bersifat agresif terhadap suatu sisi yang lainnya. Keadaan pada orang dengan perilaku kekerasan terkadang menimbulkan perasaan emosi, benci, frustrasi, atau marah (Kandar and Iswanti 2019). Berdasarkan pengertian diatas peneliti menyimpulkan bahwa Kesimpulan singkat dari kalimat tersebut adalah bahwa risiko perilaku kekerasan adalah respons yang bisa muncul pada seseorang, yang bisa berupa ekspresi marah melalui ancaman atau cedera diri sendiri atau lingkungan. Gejalanya meliputi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisik, perilaku, dan sosial, seperti peningkatan tekanan darah dan perubahan emosi negatif. Perilaku kekerasan bisa termanifestasi dalam bentuk fisik atau verbal, seringkali ditujukan kepada diri sendiri atau orang lain, dan sering disertai dengan sifat agresif serta perasaan emosi negatif.

2.2.2. Etiologi

Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya risiko perilaku kekerasan meliputi biologis, psikologis, dan sosialkultural, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetik, neuroanatomi, neurokimia, dan imunovirologi. Faktor presipitasi merupakan faktor stressor yang menjadikan klien mengalami skizofrenia.

yang terdiri dari faktor biologi, psikologi, dan sosiokultural yang mampu menyebabkan risiko perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah (Pardede, Keliat & Wardani 2016).

Faktor psikologis yang menyebabkan pasien mengalami perilaku kekerasan antara lain yaitu : Keperibadian yang tertutup, kehilangan, aniaya seksual, kekerasan dalam keluarga (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020).

a) Faktor Predisposisi

1. Faktor Psikologis

Psychoanalytical Theory : Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. Pandangan psikologi mengenai perilaku agresif mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidup. Beberapa contoh dari pengalaman hidup tersebut :

- a. Kerusakan otak organik dan retardasi mental sehingga tidak mampu menyelesaikan secara efektif.
- b. Rejeksi yang berlebihan saat anak-anak.
- c. Terpapar kekerasan selama masa perkembangan.

2. Faktor Sosial Budaya

Sosial Learning Theory, ini merupakan bahwa agresif tidak berbeda dengan respon-respon yang lain, kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan.

3. Faktor biologis

Neurotransmitter yang sering dikaitkan perilaku agresif dimana faktor pendukungnya adalah masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh tindakan agresif dan lingkungan yang tidak kondusif.

4. Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan dan sering mengamati kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

b) Faktor Presipitasi

Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Tetapi secara umum, seseorang akan mengungkapkan respon marah apabila merasa dirinya terancam. Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yaitu (Parwati, 2018) :

- a. Klien : Kelemahan fisik, keputusan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri.
- b. Lingkungan : Ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

2.2.3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah Risiko perilaku kekerasan, (Pardede, Siregar & Halawa, 2020) :

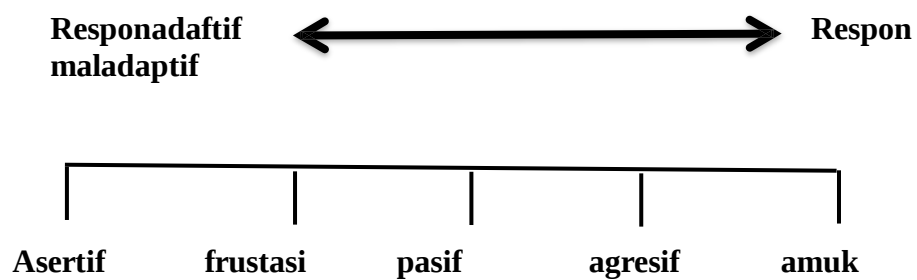
Subjektif

- a. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- b. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c. Kliensukamembentakdanmenyerangoranglain.

Objektif

- a. Matamelotot/pandangntajam.
- b. Tanganmengepal danRahangmengatup.
- c. Wajahmemerah.
- d. Posturtubuhkaku.
- e. MengancamdanMengumpat dengankata-katakotor.
- f. Suarakeras.
- g. Bicarakasat, ketus.
- h. Menyerangoranglain danMelukai diri sendiri/oranglain.
- i. Merusak lingkungan.
- j. Amuk/agresif.

2.2.4. RentangResponMarah



Gambar 2.1 Rentan respon marah (Kandar and Iswanti 2019)

Keterangan :

- a. Asertif: Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
- b. Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis atau terhambat
- c. Pasif : Respons lanjutan dimana pasien tidak dapat mengungkapkan perasaannya
- d. Agresif : Perilaku destruktif tapi masih dapat dikontrol. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e. Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol. Yaitu rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun orang lain.

2.2.5. Mekanisme koping

Menurut Dwi Prastya (2017) perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya.

Mekanisme koping

yang umum digunakan adalah mekanisme kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, dan reaksi formasi.

Perilaku yang berkaitan dengan resiko perilaku kekerasan antara lain:

- a. Menyerang atau menghindari

Pada keadaan ini respon fisiologi timbul karena kegiatan sistem

syaraf keadaan ini respon fisiologi timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan meningkat, takikardi, wajah memerah, pupil melebar, mual sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadukaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyerang secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkannya sendiri.

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

2.2.6. Penatalaksanaan

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasanyaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat di berikan seperti obat antipsikotik adalah Chlorpoazine (CPZ), Risperidon (RSP) Haloperidol (HLP), Clozapin dan Trifluoerazine (TFP). Untukterapi non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik : nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok (Estika 2021).

a. Terapi Medis

Psikomarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian kepatutan minum obat adalah mengonsumsi obat yang diresepkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita memenuhi aturan dalam penggunaan obat (Pardede et al. 2015).

b. Tindakan Keperawatan Mengajarkan stimulasi persepsi perilaku kekerasan berdasarkan standar pelaksanaan untuk mengenal penyebab perilaku kekerasan dengan latihan fisik seperti : Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, minum obat dengan teratur, berbicara secara baik-baik seperti meminta sesuatu dan mengajarkan spritual sesuai kepercayaan pasien (Pardede, Siregar, et al. 2020).

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Anggit madhani (2020) Asuhan keperawatan meliputi dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

2.3.1. Pengkajian

1. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat, 2016).

3. Faktor Predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, 2018).
- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke rumah sakit sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru dibawa ke rumah sakit jiwa

4. Trauma. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan

penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dan lingkungan.

5. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
6. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

7. Pengkajian Fisik

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan.
- c. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)
- d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

8. Psikososial

a. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksudkan untuk memudahkan diingat oleh

klien maupun keluarga pada saat pengkajian.

b. Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

c. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmonis atau terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

1. Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

2. Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

9. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti tempat mengadu, berbicara
- b. Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat

10. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
- b. Kegiatan ibadah Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

11. Status mental

- a. Penampilan.
Biasanya penampilan klien kotor.
- b. Pembicaraan.
Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.
- c. Aktivitas motorik
Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan

akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubahubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

d. Alamperasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

e. Efek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

f. Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

g. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

h. Isi Pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.

i. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung,

j. Memori

Biasanya klien di waktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami

gangguan daya ingat jangka panjang.

k. Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan

l. Dayakir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

12. Kebutuhan persiapan pulang

1. Makan

Biasanya klien tidak mengalami perubahan

2. BAB/BAK

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan

3. Mandi

Biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

13. Berpakaian

Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuaian klien tidak mengenakan alas kaki.

14. Istirahat dan tidur

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucukaki, berdoa. Dan sesudah tidur

seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

15. Penggunaan obat

Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

16. Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

17. Aktivitas di dalam rumah

Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

18. Mekanisme coping

Biasanya klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

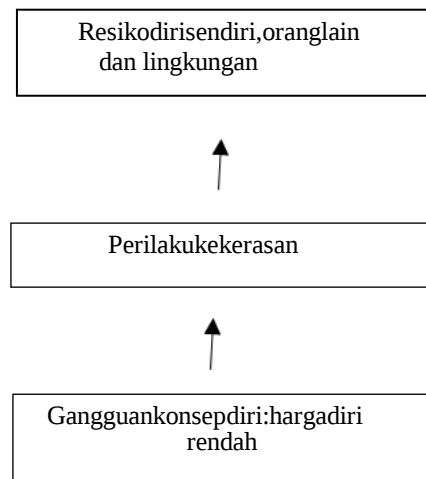
19. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

20. Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2.3.2. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah (Aramita 2023)

2.3.3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan perilaku kekerasan yaitu (Aramita 2023) :

1. Resiko resiko perilaku (D.0146)
2. Harga diri rendah (D.0087)

2.3.4. Intervensi Keperawatan

Menurut SLKIPPNI dan SIKIPPNI (2018), perencanaan tindakan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan adalah:

Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi	Persepsi sensori (L.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan	manajemen halusinasi (I.09288) Observasi • Monitor perilaku	Observasi

Pendengaran (D.0085)	selama 3x 24 jam, makapresepsisensori klien:	yang mengindikasikan halusinasi	• Untuk mengetahui penyebab halusinasi • Untuk mengetahui apa isi halusinasi tersebut.
	– Verbalisasi mendengar bisikan menurun – Distorsi sensori menurun – Perilaku halusinasi menurun – Respons sesuai stimulus membaik	• Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan • Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik • Pertahankan lingkungan yang aman • Lakukan Tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) • Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi • Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi	Terapeutik • Agar klien merasa lebih aman • Agar klien tidak melukai diri sendiri ataupun orang lain • Agar klien mampu mengetahui halusinasi • Agar klien merasa lebih nyaman Edukasi • Agar klien mampu mengontrolnya sendiri • Agar klien dapat mengalihkan halusinasi dengan berbicara. • Agar klien dapat mengalihkan halusinasinya • Agar klien dapat mengontrol halusinasinya Kolaborasi

			Edukasi • Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi • Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi • Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi) • Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi • Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	• Agarkliendapat Tenang
2	Isolasi sosial (D.0121)	Keterlibatansosial (L.13116) Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama3x24jam,	PromosiSosialisasi (I.13498) Observasi • Identifikasi	Observasi • Untukmengetahui bagaimana

makaketerlibatan sosial klien: – Minatinteraksi meningkat – Verbalisasi isolasimenurun – Verbalisasi ketidakamanan ditempatumum menurun – Perilakumenarik diri menurun	kemampuan melakukan interaksidengan orang lain • Identifikasi hambatan melakukan interaksidengan orang lain Terapeutik • Motivasi meningkatkan keterlibatandalam suatu hubungan • Motivasi kesabarandalam mengembangkan suatu hubungan • Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas barudankegiatan kelompok • Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku) • Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi denganoranglain • Diskusikan perencanaan	interaksi klien denganoranglain. • Untukmengetahui hambatan klien Terapeutik • Agarkliendapat berinteraksi • Agarkliendapat mengontrol kesabarannya • Agar klien dapat beinteraksidengan orang baru. • Agar klien dapat berinteraksidiluar lingkungan nya. • Agar klien meningkatkan interaksi. Edukasi • Agarklienmerasa lebih nyaman berkomunikasi • Agarkliendapat bersosialisasi kembali • Agarkliendapat meningkatkan kmunikasi terhadap masyarakatluar • membantu klien dapat mengekspresikan marahdengan
--	--	---

	kegiatan dimasa depan	tepat. berinteraksi
	• Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri • Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan	
	Edukasi	
	• Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap • Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan masyarakat • Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain • Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain • Anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar) • Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil	

				untuk kegiatan khusus • Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi • Latih mengekspresikan marah dengan tepat
3	Harga diri rendah (D.0087)	Harga Diri (L.09069) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, maka harga diri klien: – penilaian diri positif meningkat – konsentrasi meningkat – percaya diri berbicara meningkat – kontak mata meningkat	Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Batasi jumlah pengunjung - Bicara dengan nada rendah dan tenang. Edukasi Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentuk kognitif	Observasi - Untuk mengetahui mengendalikan perilaku klien. Terapeutik - Melatih kedisiplinan klien terhadap kegiatan - Agar klien mampu mengikuti aktivitas sesuai keinginannya - Agar klien lebih nyaman - Agar klien tidak takut. Edukasi Agar keluarga mampu membuat pembentukan kognitif terhadap klien.
4	Resiko	Kontrol	Promosi	

**resiko
perilaku
(D.0146
)**

**Diri
(L.09076)**
Setelah dilakukan
tindakan keperawatan
selama 3x 24 jam,
maka control diri
klien:
– Verbalisasi

**koping
(I.09312
)**
Observasi
• Identifikasi
kegiatan
jangka
pendek dan
jangka

Observasi

- Untuk menerapkan kegiatan klien sesuai tujuan
- Untuk

acamankepada orang lain menurun		panjang sesuaitujuan	mengetahui penyelesaian masalahklien
– Verbalisas i umpatan menurun	• Identifikasi metode	penyelesaian masalah	• Untuk menerapkan bagaimana hubungan klien
– Suarakeras menurun	• Identifikasi kebutuhan keinginan	terhadap dukungan sosial	•
– Perilakumelukai diri sendri menurun	Terapeutik		Terapeutik
– Perilakumelukai orang lain/ lingkungan menurun	• Gunakan pendekatan yangtenang dan meyakinkan		• Agar klien merasalebih aman dan nyaman
	• Diskusikan risikoyang menimbulkan bahaya pada diri sendiri		• Agar klien dapat menghindari kekerasan pada diri sendiri
	• Motivasi untuk menentukan harapanyang realistis		• Agar klien dapat menerima realitayang ada
	• Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan		• Untuk mengetahui bagaimana pengambilan keputusan klien
	• Hindari mengambil keputusan saatpasien berada		• Untuk menghindari keputusan sesaat klien
			• Untuk membantuklien dalam mengendalikan resiko perilaku kekerasan

dibawah tekanan	dengantarik nafasdalam
•Dukung	• Edukasi
penggunan mekanise pertahanan	• Agar klien dapatdukungan daari keluarga
Edukasi	• Agar tidak memecahkan masalahsecara sepihak
• Anjurka keluarga terlibat	• Agar klien dapat mengontrol dengan relaksasi
• Ajarkan cara memecahk anmasalah secara konstruktif	• Agar klien dapatobyektif.
• Latih penggunaa n teknik relaksasi	
• Latih mengemba ngkan penilaian obyektif	

Adapun rekanatindakan keperawat padaklien dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan meliputi tindakan keperawatan berupa terapi strategi pelaksanaan (Sapti et al. 2019) yaitu:

1. SP 1 (pasien): membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal penyebab perilaku kekerasan, membantu klien dalam mengenal tanda dan gejala dari perilaku kekerasan.
2. SP 2 (pasien) : membantu klien mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal atau kasur.
3. SP 3 (pasien) : membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta dengan baik.
4. SP4(pasien):membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa.
5. SP5(pasien):membantu klien dalam memin

Tindakan keperawatan pada keluarga dengan perilaku kekerasan secara umum adalah sebagai berikut :

1. SP1: Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah.
2. SP2: melatih keluarga melakukan cara-cara mengendalikan kemarahan.
3. SP3: membantu perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.5. Implementasi Keperawatan

Implementasinya selaras dengan rencana tindakan keperawatan. Dalam situasi kehidupan nyata, implementasi sering kali menyimpang secara signifikan dari rencana. Hal ini disebabkan karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis ketika memberikan asuhan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan perawatan yang direncanakan, perawat hendaknya memeriksa secara singkat apakah rencana tindakan tersebut masih sesuai berdasarkan kondisi klien (di sini dan saat ini) dan diperlukan bagi klien. Perawat juga menilai sendiri apakah keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknisnya sesuai untuk tindakan yang dilakukan dan menilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka dapat dilakukan tindakan perawatan (Aristha 2020).

2.3.6. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya. (Sapti et al. 2019)

S: Respons subjektif keluarga terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan.

O: Respons objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A:Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradik dengan masalah yang ada.

P:Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon keluarga