

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia terdiri dari dua kata, yaitu *skhizein* = pecah dan *phrenia* = *mind* = pikiran. Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang sifatnya merusak, melibatkan gangguan berpikir, persepsi, pembicaraan, emosional, dan gangguan perilaku (Juliana & Nengah, 2019). *Skizofrenia* sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi pasien, cara berfikir, Bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Direja, 2017).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Maslim, 2013). Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa *sikzofrenia* adalah gangguan psikotis atau penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi, cara berpikir, pembicaraan, emosional, dan perilaku sosial yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas, serta mengalami kesukaran dalam melakukan aktivitas.

2.1.2 Etiologi

Hawari (2014) menyebutkan ada beberapa penyebab skizofrenia antara lain :

1) Faktor genetik (turunan/pembawa sifat)

Studi terhadap keluarga menyebutkan pada orangtua 5,6%, saudara kandung 10,1%, anak – anak 12,8%, dan penduduk secara keseluruhan 0,9% lalu studi terhadap orang kembar (*twin*) menyebutkan pada kembar identik (*monozygote*) 59,2%, sedangkan kembar non identik atau fraternal (*dizygote*) adalah 15,2% dengan demikian bahwa transmisi gen pada skizofrenia sangat kompleks dan dipengaruhi oleh banyak faktor lainnya.

2) Virus

Virus atau infeksi yang dapat mempengaruhi perkembangan otak janin yang dialami saat proses kehamilan.

3) Auto -antibody

Selanjutnya bahwa orang yang sudah mempunyai faktor epigenetik tersebut, bila mendapatkan stressor psikososial dalam hidupnya, maka risikonya akan mengancam jiwa atau lingkungannya.

4) Malnutrisi (kekurangan gizi)

Skizofrenia dapat di sebabkan oleh kekurangan gizi pada seseorang yang kehamilannya ditrimester pertama.

a. Macam – macam *skizofrenia*

Hawari (2014) menyebutkan macam – macam *skizofrenia* dibagi menjadi 9 yaitu :

1. *Skizofrenia* hebefrenik

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe hebefrenik, disebut juga *disorganized type* atau “kacau balau” yang ditandai dengan gejala – gejala antara lain sebagai berikut : inkoherensi, alam perasaan, waham, halusinasi.

2. *Skizofrenia* katatonik

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe katatonik menunjukkan gejala – gejala pergerakan atau aktivitas spontan, perlawanan, kegaduhan, dan sikap yang tidak wajar atau aneh.

3. *Skizofrenia* paranoid

Gejala gejala yang muncul yaitu : waham, halusinasi yang mengandung isi kejaran atau kebesaran, gangguan alam perasaan dan perilaku.

4. *Skizofrenia* residual

Tipe ini merupakan sisa – sisa (residu) dari gejala *skizofrenia* yang tidak begitu menonjol. Misalnya penarikan diri dari pergaulan social, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional.

5. *Skizofrenia* tak tergolong

Tipe ini tidak dapat dimasukkan dalam tipe – tipe yang telah diuraikan di muka, hanya gambaran klinisnya terdapat waham, halusinasi, inkoherensi atau tingkah laku kacau.

6. *Skizofrenia* kompleks

Suatu bentuk psikosis (gangguan jiwa yang ditandai terganggunya realitas/RTA dan pemahaman diri/ *insight* yang buruk) yang perkembangannya lambat dan perlahan – lahan dari perilaku yang aneh, ketidakmampuan memenuhi tuntutan masyarakat, dan penurunan kemampuan/keterampilan total.

7. *Skizofrenia* from (episode *skizofrenia* akut)

Fase perjalanan penyakitnya (fase aktif, prodromal, dan residual) kurang dari 6 bulan tetapi lebih lama dari 2 minggu secara klinis si penderita lebih menunjukkan gejala emosi dan kebingungan seperti dalam keadaan mimpi.

8. *Skizofrenia* laten

Hingga kini belum terdapat suatu kesepakatan yang dapat diterima secara umum untuk memberi gambaran klinis kondisi ini; oleh karenanya kategori ini tidak dianjurkan untuk dipakai secara umum.

9. *Skizoafektif*

Gambaran klinis tipe ini didominasi oleh gangguan pada alam perasaan (*mood, affect*) disertai waham dan halusinasi.

2.1.3 Tanda dan gejala

Hawari (2014) menyebutkan, gejala – gejala pada pasien skizofrenia dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negative.

I. Gejala positif

- a). 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.
- b). Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar suara – suara/bisikan – bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.
- c). Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicaranya kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d). Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e). Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- f). Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan – akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g). Menyimpan rasa permusuhan.

II. Gejala negatif

- a). Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b). Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- c). Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- d). Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e). Sulit dalam berpikir abstrak.
- f). Pola pikir *stereotip*.
- g). Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa – apa dan serba malas (kehilangan nafsu).

2.1.4. Penatalaksanaan Medis

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar di pasaran hanya dapat diperoleh dengan resep dokter, dapat dibagi dalam dua golongan yaitu golongan generasi pertama (*typical*) dan golongan generasi kedua (*atypical*). Beberapa contoh ini adalah jenis obat psikofarmaka (nama generik dan nama dagang) yang beredar di Indonesia :

Tabel 2. 1 Golongan generasi pertama

No	Nama Generik	Nama Dagang
1.	Chlorpromazine HCl	Largactil, Promactil, Meprosetil
2.	Trifluoperazine HCl	Stelazine
3.	Thioridazine HCl	Melleril
4.	Haloperidol	Haldol, Govotil, Serenace

Sumber : Hawari (2014).

Tabel 2. 2 Golongan generasi kedua

No.	Nama generic	Nama dagang
1.	Risperidone	Risperdal, Rizodal, Nophrenia
2.	Paliperidone	Invega
3.	Clozapine	Clozaril
4.	Quetiapine	Seroquel
5.	Olanzapine	Zyprexa, Olandoz, Remital
6.	Aripiprazole	Abilify

Sumber : Hawari (2014).

Obat psikofarmaka dari beberapa jenis tersebut efek samping yang sering dijumpai relative kecil dan jarang adalah gejala ekstra – pyramidal (*Extra-Pyramidal Syndrome/EPS*) yang mirip dengan penyakit Parkinson (*Parkinsonism*), misalnya kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak (kalua berjalan seperti robot), otot leher kaku sehingga kepala yang bersangkutan seolah – olah terpelintir atau “ketarik” dan lain sebagainya (Hawari, 2014).

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai dimana seseorang melakukan tindakan – tindakan yang dapat membahayakan/mencederai diri sendiri, orang lain bahkan merusak

lingkungan (Prabowo, 2014). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis, berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Dermawan & Rusdi 2013).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik dalam diri sendiri maupun orang lain disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Direja, 2017). Maka perilaku kekerasan adalah suatu bentuk ekspresi kemarahan yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis yang dapat membahayakan secara fisik, baik dalam diri sendiri maupun orang lain.

2.2.2 Etiologi

Stuart (2013) dalam Sutejo (2018) menyebutkan, masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatar belakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

1) Faktor predisposisi

a. Faktor biologis

1. Teori dorongan naluri (*instinctual drive theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

2. Teori psikomatik (*psycomatic theory*)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respons psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal.

Sehingga, system limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b. Faktor psikologis

1. Teori agresif frustasi (*frustasion aggression theory*)

Teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

2. Teori perilaku (*Behaviororal theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.

3. Teori eksistensi (*Existential theory*)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku destruktif.

2) Faktor presipitasi

Faktor ini berhubungan dengan pengaruh stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stressor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain – lain. Stressor yang berasal dari dalam dapat berupa, kehilangan keluarga atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain – lain. Selain itu lingkungan yang kurang kondusif dapat memivu perilaku kekerasan.

3) Faktor Risiko

Menyatakan faktor faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*).

a) Risiko Perilaku Kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*)

- 1). Usia ≥ 45 tahun
- 2). Usia 15 – 19 tahun
- 3). Isyarat tingkah laku (menulis catatan cinta yang sedih, menyatakan perasaan bernada kemarahan kepada orang tertentu yang telah menolak individu tersebut, dll.)
- 4). Konflik mengenai orientasi seksual
- 5). Konflik dalam hubungan interpersonal
- 6). Pengangguran atau kehilangan pekerjaan (masalah pekerjaan)
- 7). Terlibat dalam tindakan seksual autoerotic
- 8). Sumber daya personal yang tidak memadai

- 9). Status perkawinan (sendiri,menjanda,bercerai)
- 10). Isu kesehatan fisik, gangguan psikososial, isolasi sosial, ide bunuh diri, rencana bunuh diri.
- 11). Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*)
- 12). Alterasi (gangguan) fungsi kognitif
- 13). Perlakuan kejam terhadap binatang
- 14). Pelanggaran atau kejahatan kendaraan bermotor (seperti, pelanggaran lalu lintas, penggunaan kendaraan bermotor untuk melampiaskan amarah)
- 15). Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual, dll.

2.2.3 Tanda dan gejala

Menurut Sutejo (2018) tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil observasi.

a) Data subjektif

- 1) Ungkapan berupa ancaman
- 2) Ungkapan kata – kata kasar
- 3) Ungkapan ingin memukul atau melukai

b) Data objektif

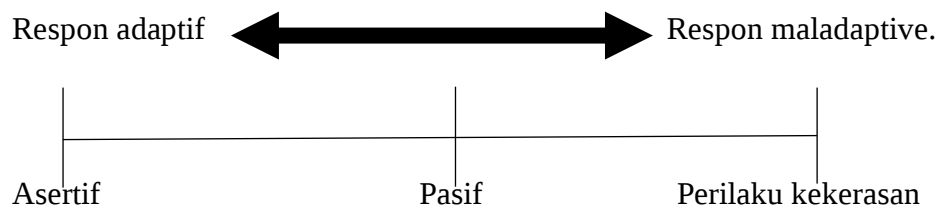
- 1) Wajah memerah dan tegang
- 2) Pandangan tajam
- 3) Mengatupkan rahang dengan kuat

- 4) Mengepal tangan
- 5) Bicara kasar
- 6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- 7) Mondar mandir
- 8) Melempar atau memukul benda/orang lain

c) Rentang respon marah

Respon marah berfluktuasi sepanjang respon adaptif dan maladaptif

Bagan 2. 1 Rentang respon marah



Sumber : (Dermawan & Rusadi 2013).

Dalam setiap orang terdapat kapasitas untuk berperilaku pasif, asertif, dan agresif/perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005) dalam (Dermawan & Rusdi 2013).

- 1) Perilaku asertif merupakan perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain sehingga perilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.
- 2) Perilaku pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu ancaman nyata.
- 3) Agresif/perilaku kekerasan. Merupakan hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan (panik).

Tabel 2. 3 Rentang respon marah

	Asertif	Pasif	Agresif
Isi pembicaraan	Positif menawarkan diri (“saya dapat”, “saya akan.”)	Negative Merendahkan diri (“dapatkah saya?”, “dapatkah kamu?”)	Menyombongkan diri, merendahkan orang lain (“kamu selalu”, “kamu tidak pernah.”)
Tekanan suara	Sedang	Cepat, lambat, mengeluh	Keras, ngotot
Posisi badan	Tegap dan santia	Menundukkan kepala	Kaku condong kedepan.
Jarak	Mempertahankan jarak yang nyaman	Menjaga jarak dengan sikap acuh/mengabaikan	Siap dengan jarak akan menyerang orang lain.
Penampilan	Sikap tegang	Loyo, tidak dapat tenang	Mengancam, posisi menyerang.
Kontak mata	Mempertahankan kontak mata sesuai dengan hubungan yang berlangsung	Sedikit/sama sekali tidak	Mata melotot dan dipertahankan.

Sumber : (Dermana & Rusdi, 2013).

d) Mekanisme koping

Prabowo (2014) menyebutkan, beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain :

1) Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyaluran secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada objek lain seperti meremas – remas adonan kue, minnju tembok, dan lain sebagainya. Tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2) Proyeksi

Menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia

mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu dan mencumbunya.

3) Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kealam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat benci pada orang tua yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci oran tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan. Sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.

4) Reaksi Formal

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebih – lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seseorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.

5) *Deplacement*

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang menghentikan emosi itu. Misalnya Timmy berusia empat tahun marah karena ia baru saja mendapatkan hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang – perangan bersama temannya (Prabowo, 2014).

2.2.4 Penatalaksanaan

Prabowo (2014) menyebutkan, penatalaksanaan yang dapat diberikan untuk pasien gangguan jiwa 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 *neuroleptic*, 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 terpai 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 ditemukan program kegiatan.

3) Terapi kelompok

Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulus 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 maladaptive (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptive (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,

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 dilakukan setiap 2-3 hari sekali.

7) Terapi relaksasi nafas dalam

Bentuk latihan relaksasi berupa latihan relaksasi nafas dalam, latihan ini dilakukan untuk mengontrol marah. Latihan ini juga bisa mengendurkan jiwa yang tegang, hasil dan prosesnya akan maksimal jika dilakukan dalam kondisi dan situasi yang relaks. Terapi relaksasi ini bersifat olah nafas dengan mengatur aktivitas nafas. Latihan relaksasi nafas dilakukan dengan cara mengatur pola pernafasan secara tempo, irama dan ritme yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafas berefek pada sikap mental dan badan yang relaks selanjutnya menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi luapan emosi tanpa membuatnya kaku (Waluyo. A, 2020).

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan *Skizofrenia* dengan Risiko Perilaku

Kekerasan

2.3.1. Pengkajian

1) Faktor predisposisi

Faktor – faktor yang mendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah factor biologis, psikologis dan sosiokultural. Dermawan & Rusdi (2013).

a) Faktor biologis

1). *Instinctual Drive Theory* (Teori Dorongan Naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku keekrasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.

2). *Psychosomatic Tehory* (Teori Psikomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari responpsikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini system limbik berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b) Fakktor psikologis

1). *Frustation Aggresion Theory* (Teori Agresif Frustasi)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustasi. Frustasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal ataumenghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui peprilaku kekerasan.

2). *Behavior Theory* (Teori Perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas/situasi yang mendukung.

3). *Eksistensi Theory* (Teori Eksistensi)

Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan memenuhinya melalui berperilaku destruktif.

c) Faktor sosiokultural

1). *Social Environment Theory* (Teori Lingkungan Sosial)

Lingkungan social akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

2). *Social Learning Theory* (Teori Belajar Sosial)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2) Faktor presipitasi

Stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar (serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain – lain) maupun dalam (putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain – lain). Selain itu lingkungan yang terlalu rivut dapat memicu tindakan perilaku kekerasan (Dermawan & Rusdi, 2013).

3) Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti “*Displacement*”, sublimasi, proyeksi, represi, denial dan reaksi formasi (Dermawan & Rusdi, 2013).

4) Perilaku

Dermawan & Rusdi (2013) menyebutkan ada beberapa macam perilaku yang berkaitan dengan perilaku keekrkaksan antara lain :

a) Menyerang atau menghindari (*Fight or Flight*)

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom beraksi terhadap sekresi ephinperin yang menyebabkan TD meningkat, takikardi, wajah merah, kewaspadaan juga meningkat serta ketegangan otot, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku disertai reflek yang tepat.

b) Menyatakan secara asertif (*Assertiveness*)

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang baik untuk mengekspresikan rasa marah tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun fisiologis.

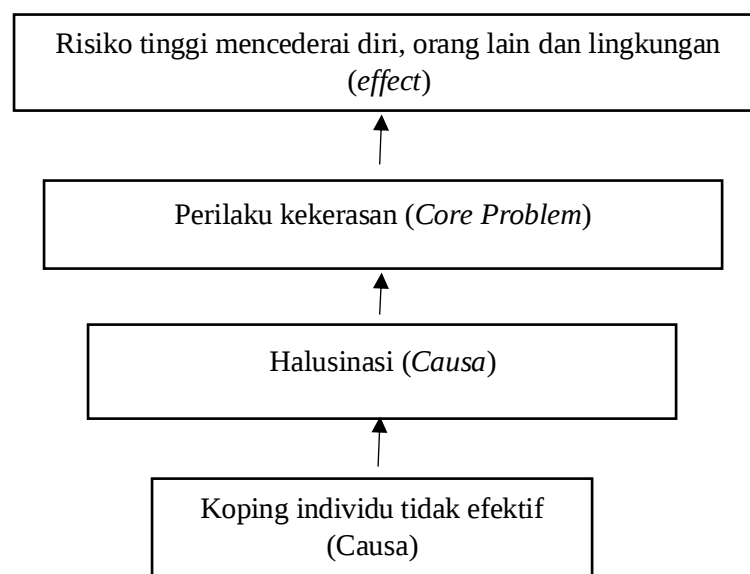
c) Memberontak (*Acting Out*)

Perilaku yang muncul biasanya disertai keekrasan akibat konflik perilaku “*Action Out*” untuk menarik perhatian orang lain.

d) Perilaku kekerasan

Tindakan keekrasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Bagan 2.2 Pohon Masalah



Sumber : (Dermawan & Rusdi, 2013)

2.3.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapatkan, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku keekrasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

Menurut (Dermawan & Rusdi, 2013) dan SDKI 2021 masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah perilaku kekerasan adalah.

- 1) Harga Diri Rendah.
- 2) Perilaku Kekerasan.
- 3) Koping individu tidak efektif.
- 4) Perubahan persepsi sensori : Halusinasi.
- 5) Risiko perilaku kekerasan (D.0146).

2.3.3 Perencanaan keperawatan

Sumber SLKI (L.09070) dan SIKI (I.14544) & (Fitri, Nita. 2014)

Tabel 2. 4 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Risiko Perilaku Kekerasan berhubungan dengan penganiayaan anak dan pengabaian anak (D.0146).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama, maka control diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Suara keras menurun 4. Bicara ketus menurun.	Observasi 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (misalkan: benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (misalkan: pisau cukur, gunting kuku). Terapeutik 1. Perhatikan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. 2. Libatkan keluarga dalam perawatan. Edukasi	Observasi 1. mencegah tindakan yang bisa membahayakan pasien dan lingkungan sekitar 2. untuk menghindari kerusakan barang 3. untuk menghindari perilaku pasien yang berpotensi mencederai pasien dan lingkungan sekitar Terapeutik 1. mengurangi risiko kejadian membahayakan. 2. Keluarga merupakan system pendukung utama bagi pasien dan merupakan bagian penting dari rehabilitas pasien. Edukasi

			1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latihan cara mengungkapkan perasaan secara asertif. 3. Latihan mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (misalkan: relaksasi, bercerita). Strategi Pelaksanaan SP 1 untuk klien : 1. mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. mengidentifikasi perilaku kekerasan 4. mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 5. menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 6. membantu klien mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik I. 7. menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian SP 2 untuk klien : 1. mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	1. memberikan dukungan positif terhadap keberhasilan pasien melakukan roleplay. 2. membantu mekanisme koping pasien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. 3. Menurunkan perilaku yang destruktif yang berpotensi mencederai pasien dan lingkungan sekitar.
--	--	--	--	---

			2. melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II. 3. menganjurkan klien memasukan jadwal kegiatan harian SP 3 untuk klien : 1. mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal 3. menganjurkan klien memasukan jadwal kegiatan harian SP 4 untuk klien : 1. mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian SP 1 untuk keluarga : 1. mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan	
--	--	--	---	--

			yang dialami klien beserta proses terjadinya. 3. menjelaskan cara-cara merawat klien perilaku kekerasan SP 2 untuk keluarga : 1. melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien perilaku kekerasan 2. melatih keluarga melakukan cara merawat klien perilaku kekerasan SP 3 untuk keluarga : 1. membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat. 2. menjelaskan follow up klien setelah pulang	
--	--	--	--	--

2.3.4. Pelaksanaan keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Kusumawati, 2013).

2.3.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi klien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subjektif. Diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, demonstrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku, penggunaan obat dengan benar, format evaluasi untuk menilai kemampuan pasien keluarga dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan (Dermawan & Rusdi, 2013).

