

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Kebutuhan Psikososial

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Kebutuhan manusia bukan hanya menyangkut fisiknya seperti makan, minum, istirahat, eliminasi, tetapi juga kebutuhan psikologis misalnya keinginan untuk rasa dihargai, dicintai, mencintai, serta kebutuhan untuk saling berinteraksi. Dengan demikian, manusia yang sehat adalah individu yang mampu menyelaraskan antara kebutuhan fisik atau bio dengan kebutuhan psikologisnya. Tidak terpenuhinya kebutuhan fisik akan berdampak pada gangguan psikologis dengan demikian juga sebaliknya (Tarwoto&Wartona, 2015).

Kebutuhan manusia bukan hanya menyangkut fisiknya seperti makan, minum, istirahat, eliminasi, tetapi juga kebutuhan psikologis misalnya keinginan untuk rasa dihargai, dicintai, dan mencintai, serta kebutuhan untuk saling berinteraksi. Dengan demikian, manusia yang sehat adalah individu yang mampu menyelaraskan antara kebutuhan fisik atau bio dengan kebutuhan psikososial.

Ada banyak teori yang berupaya menjelaskan perilaku manusia, kesehatan, dan gangguan jiwa. Masing-masing mengajukan bagaimana perkembangan normal terjadi berdasarkan keyakinan dan asumsi para ahli teori serta pandangan dunia (Videback, 2015). Erik Erikson dalam Kasiati & Ni Wayan (2016) menjelaskan delapan tahap perkembangan psikososial. Pada setiap tahap tersebut, individu harus menyelesaikan tugas kehidupan yang esensial untuk kesejahteraan dan kesehatan jiwanya, tugas ini memungkinkan individu mencapai nilai moral kehidupan: harapan, tujuan, kesetiaan, cinta, kepedulian, dan kebijaksanaan.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal yang di arahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Sutejo,2017). Perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (NANDA,2016).

2. Faktor Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Sutejo (2017), menyatakan faktor-faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain.

- 1) Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri
 - a) Usia >45 tahun
 - b) Usia 15-19 tahun
 - c) Isyarat tingkah laku (menulis catatan cinta yang sedih, menyatakan pesan bernada kemarahan kepada orang tertentu yang telah menolak individu tersebut, dll.)
 - d) Konflik mengenai orientasi seksual
 - e) Konflik dalam hubungan interpersonal
 - f) Pengangguran atau kehilangan pekerjaan (masalah pekerjaan)
 - g) Terlibat dalam tindakan seksual autoerobik
 - h) Sumber daya personal yang tidak memadai
 - i) Status perkawinan (sendiri, menjanda, bercerai)
 - j) Isu kesehatan mental (depresi, Psikosis, gangguan kepribadian, penyalahgunaan zat)
 - k) Pekerjaan (professional,eksekutif, administrator atau pemilik bisnis, dll.)
 - l) Pola kesulitan dalam keluarga (riwayat bunuh diri, sesuatu yang bersifat kekerasan atau konflikual)

- m) Isu kesehatan fisik
 - n) Gangguan psikologis
 - o) Isolasi social
 - p) Ide bunuh diri
 - q) Rencana bunuh diri
 - r) Riwayat upacara bunuh diri berulang
 - s) Isyarat verbal (membicarakan kematian, menanyakan tentang dosis mematikan suatu obat,dll.)
- 2) Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain
- a) Akses atau ketersediaan senjata
 - b) Alterasi (gangguan) fungsi kognitif
 - c) Perilaku kejam terhadap binatang
 - d) Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual
 - e) Riwayat penyalahgunaan zat
 - f) Riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga
 - g) Impulsif
 - h) Pelanggaran atau kejahatan kendaraan bermotor (seperti, pelanggaran lalu lintas, penggunaan kendaraan bermotor untuk melampiaskan amarah)
 - i) Bahasa tubuh negative (seperti, kekakuan, mengepalkan tinju/pukulan, hiperaktivitas, dll.)
 - j) Gangguan neurologis (trauma kepala, gangguan serangan, kejang, dll.)
 - k) Intoksikasi patologis
 - l) Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung (kencing di lantai, menyobek objek di dinding, melempar barang, memecahkan kaca, membanting pintu, dll.)
 - m) Pola perilaku kekerasan terhadap orang lain (menendang, memukul, menggigit, mencakar, upaya perkosaan, memeperkosa, pelecehan seksual, mengencingi orang, dll.)

- n) Pola ancaman kekerasan (ancaman secara verbal terhadap objek atau orang lain, menyumpah serapah, gestur dan catatan mengancam, ancaman seksual, dll.)
- o) Pola perilaku kekerasan antisosial (mencuri, meminjam dengan memaksa, penolakan terhadap medikasi, dll.)
- p) Komplikasi perinatal
- q) Komplikasi prenatal
- r) Menyalakan api
- s) Gangguan psikosis
- t) Perilaku bunuh diri

3. Tanda dan gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan di dukung dengan hasil observasi (SDKI, 2017)

- 1) Data subjektif
 - a) Ungkapan berupa ancaman
 - b) Ungkapan kata-kata kasar
 - c) Ungkapan ingin memukul/melukai
- 2) Data objektif
 - a) Wajah memerah dan tegang
 - b) Pandangan tajam
 - c) Mengatupkan rahang dengan kuat
 - d) Mengepalkan tangan
 - e) Bicara kasar
 - f) Suara tinggi, menjerit/berteriak
 - g) Mondar mandir
 - h) Melempar atau memukul benda/orang lain.

4. Perilaku Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Sutejo (2017), klien dengan gangguan perilaku kekerasan memiliki beberapa perilaku yang perlu di perhatikan. Perilaku klien dengan gangguan perilaku kekerasan dapat membahayakan bagi dirinya sendiri, orang

lain, maupun lingkungan sekitar, adapun perilaku yang harus di kenali dari klien gangguan risiko perilaku kekerasan, antara lain:

1) Menyerang atau menghindari

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi ephineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan meningkat, disertai ketegangan otot seperti; rahang terkatup, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2) Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering di tampilkan individu dalam mengekspresi kemarahannya, yaitu perilaku pasif, agresif, dan asertif. Perilaku aseertif merupakan cara terbaik individu untuk mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Dengan perilaku tersebut, individu juga dapat mengembangkan diri.

3) Memberontak

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

4) Perilaku kekerasan

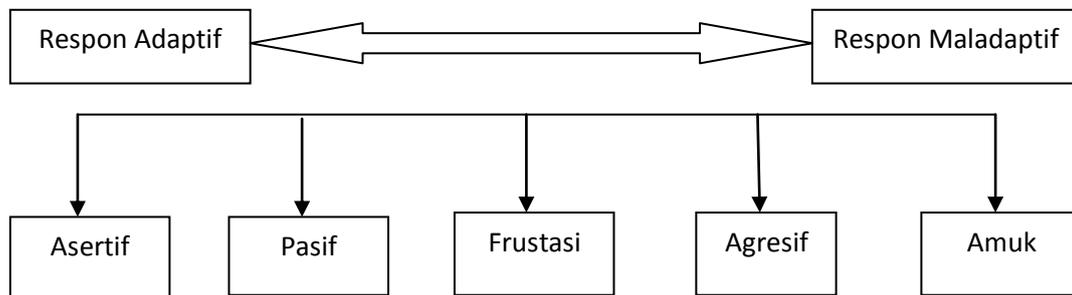
Tindakan kekerasan atau amuk yang di tujukan kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan

5. Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Menurut Yosep (2010), perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang di manifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau di remehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada

respon sangat tidak normal (maladaptif). Berikut ini merupakan beberapa istilah perilaku kekerasan:

- Asertif : kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.
- Frustasi : kegagalan mencapai tujuan karena tidak realitas atau terhambat.
- Pasif : respons lanjut klien tidak mampu ungkapkan perasaan.
- Agresif : perilaku dekstruksi masih terkontrol.
- Amuk : perilaku dekstruksi dan tidak terkontrol.



Rentang Respon Marah menurut Stuart dan Sundeen

6. Proses terjadinya Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon maladaptif dari marah. Marah adalah emosi yang kuat ketika ditolak atau dipendam dapat memicu masalah fisik seperti sakit kepala migran, radang usus dan bahkan penyakit jantung koroner ketika di tunjukkan kedalam diri sendiri, marah dapat mengakibatkan depresi dan harga diri rendah ketika diungkapkan tidak dengan tepat, dapat memperburuk hubungan ketika ditekan/supresi, marah dapat berubah menjadi kebencian yang sering dimanifestikan dengan perilaku diri yang negative, pasif sampai agresif (Townsend, 2009). Kemarahan terjadi ketika individu mengalami frustrasi, terluka atau takut (Videback, 2008). perilaku kekerasan adalah akibat dari kemarahan yang ekstrim atau ketakutan (panik), alasan khusus dari perilaku agresif bervariasi dari setiap orang (Stuart & Laraia, 2005; Stuart, 2009).

Penyebab kemarahan atau risiko perilaku kekerasan secara umum adalah kebutuhan yang tidak terpenuhi, menyinggung harga diri dan harapan tidak sesuai dengan kenyataan. Model Stress Adaptasi Stuart dari keperawatan jiwa memandang perilaku manusia dalam perpektif yang holistic terdiri atas biologis, psikologis dan sosiokultural dan aspek-aspek tersebut saling berintegrasi dalam perawatan. Komponen biopsikososial dari model tersebut termasuk dalam factor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan mekanisme coping (Stuart & Laria, 2005; Stuart, 2009).

Penyebab kemarahan atau risiko perilaku kekerasan secara umum adalah kebutuhan yang tidak terpenuhi, menyinggung harga diri dan harapan tidak sesuai dengan kenyataan. Proses terjadinya perilaku kekerasan pada pasien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi (Damayanti, 2012).

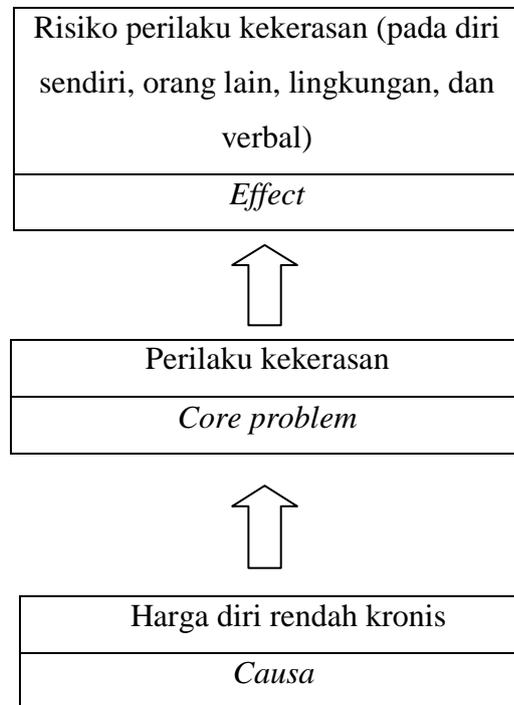
1) Faktor predisposisi

Menurut Stuart, (2016) masalah perilaku kekerasan disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah). Didalam faktor predisposisi terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya masalah perilaku kekerasan seperti biologis, psikologis, dan sosiokultural.

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stressor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Stressor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian. Stressor yang berasal dari dalam berupa kehilangan keluarga atau sahabat dalam dan lain-lain. Selain itu lingkungan yang kurang kondusif seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu timbulnya perilaku kekerasan (Sutejo, 2017).

7. Pohon masalah



Pohon masalah Risiko Perilaku Kekerasan

Sumber: Damayanti, 2012

8. Diagnosa Keperawatan

Menurut Damayanti (2012), adapun diagnosa keperawatan pasien yang muncul pasien dengan gangguan risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- a. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal)
- b. Perilaku kekerasan
- c. Harga diri rendah kronik

TABEL 1.1 RENCANA KEPERAWATAN PADA MASALAH RISIKO PERILAKU KEKERASAN (PANDUAN PRAKTIK KEPERAWATAN Jiwa, 2016)

Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
Risiko perilaku kekerasan	<p>Tujuan umum : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>Tujuan khusus: 1. klien mengenal perilaku kekerasan yang di alami dan mengontrol dengan cara fisik</p>	<p>Klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. membina hubungan saling percaya 2. menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya 3. menceritakan tanda tanda saat terjadi perilaku kekerasan: <ul style="list-style-type: none"> • tanda fisik: mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang, dan lain-lain. • Tanda emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar. • Tanda sosial: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beri salam setiap interaksi <input type="checkbox"/> Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan <input type="checkbox"/> Tanyakan nama dan panggilan kesukaaan klien <input type="checkbox"/> Tunjukkan sikap empat, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi <input type="checkbox"/> Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien <input type="checkbox"/> Buat kontrak interaksi yang jelas <input type="checkbox"/> Dengankan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien 2. bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya <input type="checkbox"/> Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien 3. Bantu klien mengungkapkan tanda tanda perilaku kekerasan yang di alaminya: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik)saat perilaku kekerasan terjadi <input type="checkbox"/> Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan

		<p>bermusuhan yang di alami saat terjadi perilaku kekerasan.</p> <p>4. menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah di lakukannya, perasannya saat melakukan kekerasan efektivitas cara yang di pakai dalam menyelesaikan masalah</p> <p>5. menjelaskan akibat tindak kekerasan yang di lakukannya: (diri sendiri: luka, dijauhi teman, dll; orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll; lingkungan: barang atau benda rusak dll)</p> <p>6. menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah</p> <p>7. memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur</p>	<p><input type="checkbox"/> Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial)saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>4. diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini:</p> <p><input type="checkbox"/> Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah di lakukannya.</p> <p><input type="checkbox"/> Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi.</p> <p><input type="checkbox"/> Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang di lakukannya masalah yang dialami teratasi.</p> <p>5. diskusikan dengan klien akibat negativ (kerugian) cara yang dilakukan pada:</p> <p><input type="checkbox"/> Diri sendiri</p> <p><input type="checkbox"/> Orang lain/keluarga</p> <p><input type="checkbox"/> Lingkungan</p> <p>6. diskusikan dan jelaskan dengan klien cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah</p> <p><input type="checkbox"/> Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga.</p> <p><input type="checkbox"/> Obat.</p> <p><input type="checkbox"/> Verbal/sosial: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain dengan latihan asertif.</p> <p><input type="checkbox"/> Spiritual: sembahyang/doa, zikir, meditasi dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing.</p> <p>7. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik:</p> <p><input type="checkbox"/> Peragakan cara melaksanakan cara fisik: nafas dalam dan pukul bantal/kasur</p> <p><input type="checkbox"/> Jelaskan manfaat cara tersebut</p> <p><input type="checkbox"/> Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan</p>
--	--	---	--

			<input type="checkbox"/> Beri penguat pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna <input type="checkbox"/> Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik
	2. klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan untuk mengontrol perilaku kekerasan	Klien mampu menjelaskan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manfaat minum obat ○ Kerugian tidak minum obat ○ Nama obat ○ Bentuk dan warna obat ○ Dosis yang diberikan kepadanya ○ Waktu pemakaian ○ Cara pemakaian ○ Efek yang dirasakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan beri pujian 2. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat 3. Jelaskan kepada klien: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) <input type="checkbox"/> Dosis yang tepat untuk klien <input type="checkbox"/> Waktu pemakaian <input type="checkbox"/> Cara pemakaian <input type="checkbox"/> Efek yang akan dirasakan klien 4. Masukkan pada jadwal kegiatan minum obat dan motivasi klien untuk: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Minta dan menggunakan obat tepat waktu <input type="checkbox"/> Laporkan ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa <input type="checkbox"/> Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.
	3. klien mampu mengontrol dengan cara verbal/sosial	Klien mampu mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian 2. Diskusikan cara verbal/sosial untuk mengungkapkan kemarahan. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menyampaikan perasaan dengan baik <input type="checkbox"/> Meminta dengan baik <input type="checkbox"/> Menolak dengan baik 3. Masukkan pada jadwal kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah di latih saat

			marah/jengkel.
	4. Klien mampu mengontrol dengan cara spiritual	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien mampu: mengidentifikasi kegiatan spiritual yang dapat dilakukan: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya 2. klien mampu melakukan kegiatan spiritual untuk mengontrol marahnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal, beri pujian 2. diskusikan cara spiritual yang dipilih untuk mengontrol kemarahan. 3. Masukkan pada jadwal kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel 4. Evaluasi kegiatan latihan dan berikan pujian 5. Latih kegiatan dilanjutkan sampai tak terhingga 6. Nilai kemampuan yang telah mandiri 7. Nilai apakah harga diri klien meningkat
	5. klien mendapatkan dukungan untuk mengontrol PK: keluarga mampu mengenal masalah RPK dan melatih cara fisik	<p>Keluarga mampu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang RPK 2. Menjelaskan cara merawat klien dengan RPK 3. Melatih cara fisik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. jelaskan tentang: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya PK (gunakan booklet) <input type="checkbox"/> Jelaskan cara merawat PK <input type="checkbox"/> Latih keluarga cara merawat PK dengan cara fisik <input type="checkbox"/> Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

	<p>6. klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol PK: keluarga mampu mengenal masalah RPK dan melatih cara fisik</p>	<p>1. keluarga menyampaikan kemajuan pasien setelah latihan fisik 2. keluarga menyampaikan 7 benar minum obat 3. keluarga mampu mendampingi klien minum obat</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik beri pujian 2. Jelaskan tentang: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Dosis yang tepat untuk klien <input type="checkbox"/> Waktu pemakaian <input type="checkbox"/> Cara pemakaian <input type="checkbox"/> Efek yang akan dirasakan klien <input type="checkbox"/> Kontinuitas minum obat 3. Latih keluarga untuk <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menjadwalkan minum obat pasien <input type="checkbox"/> Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian </p>
	<p>7. klien mendapatkan dukungan untuk mengontrol PK: keluarga mampu membimbing minum obat</p>	<p>1. keluarga menyampaikan kemajuan pasien setelah latihan fisik dan minum obat 2. keluarga mampu mendampingi klien melatih cara verbal dan spiritual</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien latihan fisik dan minum obat, beri pujian minum 2. latih keluarga untuk <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Latih keluarga membimbing pasien dengan cara verbal/bicara yang baik <input type="checkbox"/> Latih keluarga membimbing pasien dengan cara spiritual <input type="checkbox"/> Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian </p>
	<p>8. Klien mampu melakukan follow up ke PKM, mengenali tanda kambuh, melakukan rujukan</p>	<p>1. keluarga menyampaikan kemajuan pasien setelah latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual 2. keluarga mampu menjelaskan tanda-tanda kambuh, cara melakukan rujukan/follow up ke puskesmas 3. keluarga menyatakan akan membantu</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, memberikan obat, verbal&spiritual, beri pujian. 2. jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan 3. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian 4. evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien: fisik,memberikan obat, verbal & spiritual, beri pujian</p>

		pasien sesuai jadwal	5. nilai kemampuan keluarga merawat pasien 6. nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM
--	--	----------------------	--

10. Implementasi

Proses implementasi adalah melaksanakan rencana tindakan yang sudah disusun dan disesuaikan dengan kondisi saat itu. Pelaksanaan tindakan keperawatan bisa lebih dari apa yang telah direncanakan atau lebih sedikit dari apa yang sudah direncanakan bahkan mampu memodifikasi dari perencanaan yang telah disesuaikan dengan kebutuhan pada saat asuhan diberikan.

Dalam mengimplementasikan intervensi, perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi yang luas yang dirancang untuk mencegah penyakit meningkat, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan fisik dan mental (Damaiyanti, 2012).

11. Evaluasi

Menurut Yusuf (2015), pada evaluasi perawat mengevaluasi respon berdasarkan kemampuan yang sudah diajarkan, berupa evaluasi yang dapat dilakukan untuk menilai respon verbal dan non verbal yang dapat diobservasi oleh perawat berdasarkan respon yang di tunjukkan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP :

- 1) S : Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- 2) O :Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan
- 3) A : Analisa terhadap data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah manis ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru
- 4) P : perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang memiliki arti 'terpisah/batu pecah' dan *phren* yang berarti 'jiwa'. Secara umum skizofrenia diartikan sebagai pecahan/ ketidakserasian antara efek, kognitif, dan perilaku. Gangguan jiwa dapat terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Sedangkan menurut (Halgin dan Whitbourne 2007, dalam Wahyuni, 2010) skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/ perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Menurut Videbeck, (2008) skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu. Sedangkan menurut WHO (2009) skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang di karakteristik dengan terjadinya distorsi persepsi, pikiran, dan emosi yang tidak sesuai. Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Stuart, 2013).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat besar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar, skizofrenia juga merupakan sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran dan perilaku (Sutejo 2017).

2. Jenis-jenis Skizofrenia

Maramis, Willy F (2009) membagikan skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas-batas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam salah satu jenis. Pembagian adalah sebagai berikut:

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala hebefrenik dan katatonik bercampuran. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan. Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata ada juga gangguan proses berpikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin sub akut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan skizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak, dan kurang percaya pada orang lain.

b. Skizofrenia hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan, gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi banyak sekali.

c. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

- 1) Muka tanpa mimik.
- 2) Stupor, penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan kadang sampai beberapa bulan.
- 3) Bila diganti posisinya penderita menderita
- 4) Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul didalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.

d. Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur. Bila tidak ada orang yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis atau penjahat.

e. Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari keterlambatan psikomotor, penurunan aktifitas, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi non verbal menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

3. Penyebab Skizofrenia

Menurut Maramis, Willy F (2009) penyebab skizofrenia terdiri atas Genetik, neurokimia, hipotesis perkembangan saraf .

a. Genetik

Dapat dipastikan bahwa ada faktor ada faktor genetik yang turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia. Tetapi pengaruh genetik tidak sesederhana hukum mendel. 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.

b. Neurokimia: Hipotesis dopamin

Menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh overaktivitas pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin, yang

kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin, dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia; obat antipsikotik (terutama antipsikotik generasi pertama atau antipsikotik tipikal/klasik) bekerja dengan mengeblok reseptor dopamin.

c. Hipotesis perkembangan saraf

Studi autopsi dan studi pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita skizofrenia, antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil daripada otak normal, pembesaran ventrikel otak yang nonspesifik, gangguan metabolisme di daerah frontal dan temporal, dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya gliosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan.

Semua bukti tersebut melahirkan hipotesis perkembangan saraf yang menyatakan bahwa perubahan patologis gangguan ini terjadi pada awal kehidupan, mungkin sekali akibat pengaruh genetik, dan kemudian dimodifikasi oleh faktor maturasi dan lingkungan.

4. Tanda Gejala Skizofrenia

Menurut Yosep (2009), secara general tanda gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu:

a. Tanda gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Pasien skizofrenia kemungkinan mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Auditory hallucination gejala yang biasanya timbul yaitu pasien merasakan ada suara dari dalam dirinya.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan suatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka merasa selalu sedang diamati, diintai atau hendak diserang.

Kegagalan berfikir mengarah kepada masalah dimana pasien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Pasien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya sehingga membuat mereka berbicara sendiri dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia dia juga tidak bisa mengerti kenapa dia lahir, dimanana dia berada, dan sebagainya.

b. Tanda gejala negatif

Pasien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat pasien menjadi orang yang malas. Perasaan yang tumpul membuat emosi pasien skizofrenia menjadi datar. Pasien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya. Tapi ini tidak berarti bahwa pasien skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Perasaan depresi adalah suatu yang sangat menyakitkan mereka, tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Di samping itu, perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan menyebabkan pasien menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian.

5. Penatalaksanaan Skizofrenia

a. Farmakologi

Menurut Maramis, Willy F (2009), indikasi pemberian obat anti psikotik pada skizofrenia adalah: untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan adalah mengurangi gejala psikotik yang parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu

2-3 minggu. Di fase ini halusinasi dan waham tetap ada tetapi penderita tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif. Setelah 4-6 minggu, pasien masuk ketahap stabilitas dimana pada fase ini gejala-gejala sudah teratasi, akan tetapi resiko masih tinggi terlebih lagi jika pasien berhenti mengonsumsi obat-obatan dan pasien mengalami stres. Setelah 6 bulan pasien masuk ada fase rumatan yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Strategi rumatan adalah menemukan disisi efektif terendah yang dapat memberikan perlindungan terhadap kekambuhan dan tidak mengganggu fungsi psikososial pasien

Menurut Videbeck (2009) terapi medis utama untuk skizofrenia ialah psikofarmakologi. Antipsikotik yang juga dikenal sebagai neuroleptik, diprogramkan terutama karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik. Obat-obatan ini tidak menyembuhkan skizofrenia, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala penyakit tersebut. Antipsikotik tipikal mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia, seperti waham, halusinasi, gangguan pikir, gejala psikotik lainnya, tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada tanda-tanda negatif. Antipsikotik tipikal tidak hanya mengurangi tanda-tanda negatif tetapi untuk banyak pasien, obat-obatan ini juga mengurangi tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat (Littrel & Littrel, 1998 dalam Videbeck, 2009).

Antipsikotik juga tersedia dalam bentuk injeksi dengan pot untuk terapi rumatan, flufenazim dalam sediaan dekanat dan enantat dan haloperidol (haldol) dekanat (Spratto & woods, 2000 dalam Videbeck, 2009). Efek obat-obatan ini berlangsung dua sampai empat minggu sehingga antipsikotik tidak perlu diberikan tiap hari. Terapi oral dengan obat-obatan ini untuk mencapai kadar dosis yang stabil memerlukan waktu beberapa minggu sebelum menggantinya dengan injeksi. Dengan demikian, sediaan ini tidak cocok untuk mengatasi episode akut psikosis, akan tetapi sediaan ini akan bermanfaat untuk pasien yang perlu diawasi kepatuhan minum obat dalam jangka panjang (Videbeck, 2009).

b. Non-farmakologi

Selain terapi farmakologi ada juga terapi non-farmakologis banyak metode terapi yang dapat bermanfaat bagi penderita skizofrenia yaitu terapi kelompok dan individu, terapi lingkungan dan terapi keluarga dapat dilaksanakan pada pasien di lingkungan rawat inap maupun lingkungan masyarakat. Berikut penjelasannya.

- 1) Sesi terapi kelompok dengan individu sering kali bersifat suportif, dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk kontak sosial dan menjalin hubungan yang berbakna dengan orang lain. Kelompok yang berfokus pada topik masalah seperti penatalaksanaan pengobatan, penggunaan dukungan masyarakat, dan masalah keluarga juga bermanfaat bagi pasien penderita skizofrenia (Fenton & Cole, 1995 dalam Videbeck, 2009).
- 2) Lingkungan yang terstruktur tersebut dapat menyediakan kelompok aktivitas, sumber-sumber untuk menyelesaikan konflik, dan kesempatan untuk mempelajari keterampilan baru. Perawat juga dapat menggunakan musik dan menggambar untuk mengurangi perilaku pasien menarik diri dari masyarakat, mengurangi ansietas, dan meningkatkan motivasi dan lebih percaya diri (Videbeck, 2009).
- 3) Penyuluhan dan terapi keluarga diketahui mengurangi efek negatif skizofrenia sehingga mengurangi angka relaps (McFarlane, 1995 dalam Videbeck, 2008). Selain itu, anggota keluarga dapat memperoleh manfaat dari lingkungan suportif yang membantu mereka melakukan coping terhadap banyak kesulitan yang terjadi ketika seseorang yang dicintai menderita skizofrenia (Videbeck, 2009).