

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Pengertian

Menurut Makhruzah (2021), Skizofrenia adalah sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku. Skizofrenia merupakan suatu kondisi gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai dengan berbagai gangguan aktivitas motorik yang bizarre disebut skizofrenia.

2. Etiologi

Menurut Widyanto & Aditya (2019), bahwa etiologi dari skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Faktor Genetik

Seorang penyandang skizofrenia memiliki resiko sebesar 10% untuk memiliki keturunan dengan penyakit serupa. Kedua orang tua yang menderita skizofrenia memiliki resiko lebih bedar untuk mempunyai keturunan dengan skizofrenia, yakni sebesar 40%.

b. Model Diathesis-Stres

Model diathesis-stres mengintegrasikan faktor biologis dan lingkungan. Model ini mengemukakan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) dimana pengaruh lingkungan yang dapat menimbulkan stres, memungkinkan timbulnya gejala skizofrenia. Diatesis dapat berupa stessor yang berasal dari biologis, lingkungan, atau keduanya. Komponen lingkungan dapat bersifat biologis (sebagai contoh, infeksi) atau psikologis (sebagai contoh, situasi keluarga yang penuh ketegangan

atau kematian kerabat dekat). Dasar biologis diatesis dapat berbentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik, seperti penyalahgunaan zat, stres psikologis, dan trauma.

c. Faktor Perinatal

Peristiwa dimasa kehamilan dapat menjadi penyebab berkembangnya skizofrenia di kemudian hari bagi janin adalah pengetahuan dari faktor perinatal. Wanita hamil yang kekurangan gizi atau memiliki penyakit yang disebabkan oleh virus tertentu selama masa kehamilan memiliki resiko lebih tinggi untuk melahirkan anak yang di kemudian hari menderita skizofrenia. Hal ini disebabkan oleh karena kerentanan imun ibu hamil terhadap penyakit yang disebabkan oleh virus, penyakit infeksi pada trimester kedua kehamilan meningkatkan resiko bayi di kemudian hari untuk menderita skizofrenia.

d. Faktor Psikososial

Jika skizofrenia merupakan penyakit otak, maka terdapat kemungkinan bahwa penyakit ini sejalan penyakit organ lain yang perjalanan penyakitnya dipengaruhi stress psikososial. Seperti halnya penyakit kronik lain (sebagai contoh yaitu penyakit paru-paru kongestif kronik), terapi obat sendiri jarang mencukupi untuk memperoleh perbaikan klinis maksimal. Oleh karena itu, faktor psikososial harus dipertimbangkan bagi klinis sebagai hal yang dapat mempengaruhi skizofrenia.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Iyus Yosep (2016), tanda dan gejala yang muncul pada Skizofrenia yaitu :

- a. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal).
- b. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulasi), misalnya penderita mendengar bisikan di telinga padahal tidak ada sumber bisikan itu.

- c. Kekacauan alam pikir, misalnya bicara kacau.
- d. Emosi yang berlebih.
- e. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif.
- f. Pikirannya penuh kecurigaan seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g. Menarik diri atau mengasingkan diri, suka melamun.
- h. Sulit dalam berpikir positif.

4. Penatalaksanaan

Menurut Rahmawati, & Diah (2019), penatalaksanaan skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Penggunaan Obat Antipsikotis

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

1) Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik konvensional merupakan obat yang digunakan paling lama serta mempunyai efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain :

- a) Haloperidol sediaan tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari.
- b) Stelazine (*trifluoperazin*) sediaan tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15mg/hari.
- c) Mellaaril (*thioridazine*) sediaan tioridazin tablet 50 dan 100 mg, dosis 150-600 mg/hari.
- d) Thorazine (*Chlorpromazine*) sediaan tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/hari, dosis 150-600 mg/hari.
- e) Trilafon (*perphenazine*) sediaan tablet 2,4,8 mg dosis 12-24 mg/hari.
- f) Prolixin (*fluphenazine*) sediaan teblet 2,5 mg, 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.

Akibat berbagai efek yang ditimbulkan oleh antipsikotik konvensional, banyak ahli lebih merekomendasikan penggunaan *newer atypical antipsychotic*. Ada 2 pengecualian (harus dengan antipsikotik konvensional). Pertama, pada pasien yang sudah mengalami perbaikan yang pesat menggunakan antipsikotik konvensional tanpa efek samping yang berarti. Kedua, bila pasien mengalami kesulitan minum pil secara reguler.

2) *Newer atypical antipsychotics*

Obat-obatan yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, dan sedikit menimbulkan efek samping jika dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Contoh *newer atypical antipsychotic* antara lain :

- a) Risperdal (*risperidone*) sediaan tablet 1,2,3 mg, dosis 2-6 mg/hari.
- b) Seroquel (*quetiapine*).
- c) Zyprexa (*olanzapine*).

3) Clozaril (*Clozapine*)

Clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), clozaril dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Yang artinya, pasien yang mendapat obat tersebut harus memeriksa sel darah putih secara reguler.

- b. Terapi Elektrokonvulsif (ECT).
- c. Pembedahan bagian otak.
- d. Perawatan di Rumah Sakit.
- e. Psikoterapi.

1) Terapi Psikoanalisa

Metode terapi ini berdasarkan konsep Freud yang bertujuan menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya serta mekanisme pertahanan yang digunakan untuk pengendalian kecemasannya.

2) Terapi Perilaku

Terapi perilaku ini menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operasi, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku yang nyata. Paul dan Lentz menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, yaitu :

- a) *Social Learning Program* : menolong penderita Skizofrenia untuk mempelajari perilaku-perilaku yang sesuai.
- b) *Social Skills Training* : terapi ini melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahlian sosial.

3) Terapi Humanistik

Terapi kelompok dan terapi keluarga

5. Jenis-Jenis Skizofrenia

Menurut Prabawati (2019), Skizofrenia dibagi menjadi tujuh jenis yaitu :

- a. Skizofrenia simplek : yaitu dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Skizofrenia hebefrenik : yaitu gejala utama gangguan proses pikir, gangguan kemauan, dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skizofrenia katatonik : yaitu dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. Skizofrenia paranoid : yaitu dengan gejala utama kecurigaan, yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- e. Episode skizofrenia akut : adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran.
- f. Skizofrenia psiko-aktif : yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skizofrenia residual : adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

B. Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Gangguan jiwa adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri. Gangguan jiwa yang disebut juga dengan gangguan mental merupakan gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*), istilah dalam Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Gangguan Jiwa (PPDGJ) gangguan jiwa atau gangguan mental yakni sindrom perubahan perilaku dan psikologis karena faktor stressor atau ketidakberdayaan dan beresiko mengganggu fungsi kehidupan keseharian individu. Gangguan jiwa berat yang sering ditemukan dimasyarakat adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku. Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai dengan berbagai gangguan aktivitas motorik yang *bizarre*. Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu disebut sebagai skizofrenia (Pebrianti, 2021).

Menurut Sahputra (2021), perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan berupa perilaku kekerasan baik pada diri sendiri ataupun pada orang lain dan lingkungan sekitar, baik secara verbal ataupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan biasanya berupa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai diri sendiri atau orang lain, dan merusak baik fisik maupun kata-kata.

Menurut Permatasi (2021), risiko perilaku kekerasan merupakan bentuk perilaku agresif yang dapat menyebabkan pasien tersebut

berisiko melukai diri sendiri ataupun juga orang lain (termasuk hewan dan benda). Hal ini terjadi karena adanya ancaman yang membuat emosi seseorang dapat meningkat, dan ancaman ini bisa berasal dari orang lain maupun anggota keluarga.

Amin, Aktifah, & Pratiwi (2021), menyatakan bahwa resiko perilaku kekerasan merupakan tingkah laku seseorang yang ditunjukkan kepada orang lain yang tidak bisa terkontrol dari tingkah lakunya sendiri. Resiko perilaku kekerasan sering dilihat sebagai rentang agresi verbal ataupun perilaku amuk yang disebabkan oleh keadaan yang dapat menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah.

Perilaku kekerasan adalah bentuk perilaku yang dapat bertujuan untuk melukai secara fisik seseorang maupun psikologis. Maka perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan verbal, diarahkan untuk diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Agustina, Restiana, & Saryomo, 2022).

Menurut Pardede (2020), menyatakan bahwa perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan . Perasaan terancam ini berasal dari *stresor eksternal* seperti (penyerangan fisik, kehilangan orang yang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal seperti (Kegagalan di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian untuk diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, dan nada suara tinggi. Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku

kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu atau tempat dan orang (Hulu, 2022).

2. Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Hasannah & Solikhah (2019), penyebab dari perilaku kekerasan yaitu kurangnya sifat percaya diri, kurang bersemangat, putus asa, merasa tidak berdaya, serta fisik yang melemah. Faktor lain yang bisa menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan adalah lingkungan yang padat penduduk, interaksi sosial yang kurang baik, penghinaan, di tinggalkan oleh orang yang di cintai, dan keluarga yang tidak harmonis.

3. Proses Terjadinya Marah

Faktor yang menyebabkan masalah resiko perilaku kekerasan meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor biologis

a) Teori dorongan naluri

Teori yang membuktikan bahwa perilaku kekerasan berawal dari stimulus kebutuhan dasar manusia yang kuat.

b) Teori psikomatik

Riwayat marah disebabkan oleh faktor psikologis dipengaruhi dorongan dari luar dan dalam. Sehingga sistem limbik merupakan bagian penting dalam pengungkapan rasa marah dan pengendalian rasa marah.

2) Faktor Psikologis

a) Teori agresif frustrasi

Perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh perasaan frustrasi. Kondisi ini terjadi jika seseorang mengalami kegagalan dan akhirnya tidak bisa mencapai tujuan yang diinginkan. Frustrasi bisa menjadi stimulus bagi individu

yang menimbulkan sikap agresif dan mudah tersinggung, selain itu perasaan frustrasi seseorang bisa berkurang dengan melakukan perilaku kekerasan.

b) Teori perilaku

Marah adalah bentuk dari metode belajar. Kejadian ini bisa terwujud apabila terdapat sarana dan keadaan yang mendukung. Segala bentuk penguatan yang diterima setelah melakukan kekerasan mengakibatkan terjadinya perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain.

c) Teori eksistensi

Kebutuhan manusia salah satunya adalah bertindak sesuai dengan perilaku yang dilakukan. Apabila perilaku konstruktif tidak terpenuhi akibatnya individu akan berpindah untuk melakukan perilaku yang merusak.

3) Faktor sosial budaya

a) Budaya yang diterapkan di masyarakat dengan memberikan sanksi saat terjadinya pelanggaran norma dengan tujuan mengendalikan resiko perilaku kekerasan, akan tetapi dengan penerapan hukuman tersebut menjadikan individu memilih untuk melakukan perilaku maladaptif dan tidak mampu mengontrol marah secara sehat.

b) Norma budaya yang menerapkan dukungan dengan ekspresi asertif verbal mampu menjadikan individu mengontrol marah secara sehat.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi berkaitan dengan faktor-faktor yang menimbulkan perilaku kekerasan bagi manusia. Faktor ini dapat diakibatkan dari faktor eksternal maupun faktor internal. Faktor eksternal yaitu korban perilaku kekerasan, ditinggalkan orang terdekat, sedangkan faktor internal yaitu ditinggalkan oleh orang yang dicintai seperti keluarga atau teman, terlalu takut dengan

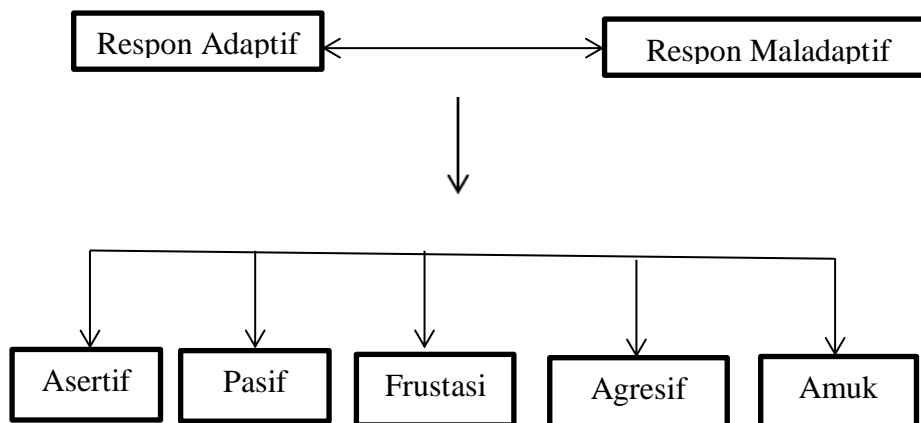
penyakit yang dialami, lingkungan yang kurang mendukung seperti deskriminasi, ejekan, dan perilaku kekerasan (Stuart, 2013).

4. Patofisiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Satrio, dkk (2015) Perilaku kekerasan merupakan bentuk respon dari kemarahan. Respon kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif sampai dengan rentang mal adaptif. Rentang respon marah menurut Stuart dan Sundeen, dimana agresif dan amuk atau (perilaku kekerasan) berada pada rentang respon mal adaptif.

Gambar 2.1

Rentang Respon Marah : Resiko Perilaku Kekerasan



Sumber : Satrio Dkk, 2015

Keterangan :

a. Asertif

Perilaku asertif adalah menyampaikan satu perasaan diri dengan pasti dan merupakan komunikasi untuk menghormati orang lain. Individu yang asertif berbicara dengan jujur dan jelas. Mereka dapat melihat norma dari individu lainnya dengan tepat sesuai dengan situasi. Pada saat berbicara kontak mata langsung tapi tidak mengganggu, intonasi suara dalam berbicara tidak mengancam.

b. Pasif

Individu yang pasif sering kali mengesampingkan haknya dari pada persepsi terhadap orang lain. Ketika seseorang yang pasif marah maka dia akan berusaha menutupi kemarahannya sehingga meningkatkan tekanan pada dirinya.

c. Frustrasi

Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan yang kurang realistis atau hambatan dalam mencapai tujuan.

d. Agresif

Individu yang agresif tidak menghargai hak orang lain. Individu merasa harus saling bersaing untuk mendapatkan apa yang mereka inginkan. Seseorang yang agresif didalam hidupnya selalu mengarah pada kekerasan fisik dan verbal. Perilaku agresif pada dasarnya disebabkan karena menutupi kurangnya rasa percaya diri.

e. Amuk

Amuk atau perilaku kekerasan adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri sehingga individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

5. Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dinilai dari hasil observasi dan wawancara terhadap pasien. Adapun tanda dan gejala pasien resiko perilaku kekerasan yang biasanya terjadi menurut (Livana & Suerni, 2019) yaitu :

- a) Muka merah
- b) Tegang
- c) Pandangan tajam
- d) Mengatupkan rahang dengan kuat
- e) Mengepalkan tangan
- f) Jalan mondar-mandir
- g) Bicara kasar
- h) Nada tinggi
- i) Menjerit atau berteriak

- j) Mengancam secara verbal atau fisik
- k) Melempar atau memukul benda/orang lain
- l) Merusak barang atau benda
- m) Tidak memiliki kemampuan untuk mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan

6. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan perilaku kekerasan bisa juga dengan melakukan terapi *restrain*. *Restrain* adalah aplikasi langsung kekuatan fisik pada individu, tanpa ijin individu tersebut, untuk mengatasi kebebasan gerak, terapi ini melibatkan penggunaan alat mekanis atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien. Terapi *restrain* dapat diindikasikan untuk melindungi pasien atau orang lain dari cedera pada saat pasien lagi marah ataupun amuk (Hastuti, 2019). Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu 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). Untuk terapi 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

Fsikomarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian kepatutan mium obat adalah mengonsumsi obat yang direspkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita memenuhi aturan dalam penggunaan obat (Pardede, Keliat & Wardani, 2013).

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, meminum obat dengan teratur, berbicara secara baik-baik seperti meminta sesuatu dan mengajarkan spritual sesuai kepercayaan pasien (Pardede & Laia, 2020).

C. **Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Menurut Maslow dalam Patrisia, dkk. (2020) kebutuhan dasar manusia dibagi kedalam lima tingkat sebagai berikut :

1. Kebutuhan Fisiologis

Tingkat paling dasar, mencakup kebutuhan fisiologis seperti oksigen/udara, cairan, nutrisi, tidur dan istirahat, suhu tubuh, eliminasi, dan seksual. Semua komponen kecuali seks harus dipenuhi agar kehidupan manusia dapat dipertahankan. Pemenuhan kebutuhan seksual diperlukan untuk kelangsungan hidup umat manusia. Kebutuhan fisiologis dasar harus dipenuhi sebelum tingkat kebutuhan yang lebih tinggi.

2. Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan

Tingkat kedua meliputi kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik (misalnya perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologis (misalnya kegelisahan, keamanan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya.

Menurut Isnawati (2018), kebutuhan akan keamanan atau perlindungan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (mis, penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan

interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman.

3. Kebutuhan Cinta dan Kepemilikan

Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan kepemilikan, termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta. Manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain.

4. Kebutuhan Harga Diri

Tingkat keempat mencakup kebutuhan harga diri, yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, prestasi, dan harga diri. Individu perlu merasakan dirinya dihargai dan berharga. Contohnya kebutuhan harga diri dicapai saat sukses dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya serta adanya pengakuan dari orang lain. Harga diri yang positif adalah sebuah apresiasi atas nilai pribadi seseorang. Orang yang merasa kontribusinya dihargai oleh keluarga, teman, atau atasan, lebih cenderung memiliki kepercayaan diri.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Tingkat kelima atau tingkat terakhir adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan mencapai kondisi optimal dan memiliki kemampuan untuk memecahkan dan mengatasi masalah secara realistis. Maslow menyatakan bahwa banyak orang sangat sibuk memenuhi kebutuhan fisiologis dan keselamatan dan keamanan. Orang cenderung memberikan sedikit waktu atau energi untuk memenuhi kebutuhan cinta dan kepemilikan, harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri, sehingga banyak orang merasa kurang puas di tingkat hierarki yang lebih tinggi. Aktualisasi diri adalah level tertinggi dari hierarki Maslow. Seseorang yang mengaktualisasi diri cukup nyaman untuk membuat rencana ke depan dan menjadi kreatif. Maslow menggambarkan keadaan optimal sebagai

“hubungan yang lebih nyaman dengan kenyataan”. Orang yang mengaktualisasi diri mampu mengatasi situasi kehidupan dan menghadapi kegagalan.

Gambar 2.2
Kebutuhan Dasar Manusia



Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow

Sumber : Patrisia, dkk. (2020)

D. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai dan mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal, melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan. Dalam proses keperawatan ada 5 proses yang harus dilakukan :

1. Pengkajian

Menurut Hadinata, Dian & Awaludin (2019), Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Data pada pengkajian diperoleh melalui wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, pemeriksaan riwayat kesehatan, pemeriksaan laboratorium, maupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

- a. Data pengkajian pada kasus resiko perilaku kekerasan terdapat pada tabel di bawah ini

Tabel 2.1
Data Resiko Perilaku Kekerasan

Data Subjektif	Data Objektif
1. Mengancam	1. Menyerang orang lain
2. Mengumpat dengan kata-kata kasar	2. Melukai diri sendiri/orang lain
3. Suara keras	3. Meusak lingkungan
4. Bicara ketus	4. Perilaku agresif/amuk
	5. Mata melotot/pandangan tajam
	6. Tangan mengepal
	7. Rahang mengatup
	8. Wajah memerah
	9. Postur tubuh kaku

Sumber: SDKI (2017)

2. Pohon Masalah

Gambar 2.3
Pohon Masalah
Resiko Perilaku Kekerasan



Sumber : Madhani (2021) dalam Andika, dkk (2022)

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI) dalam Jo Barimbing (2020), Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Diagnosa klien dengan resiko perilaku kekerasan berdasarkan pohon masalah (Madhani 2021 dalam Andika, dkk 2022) adalah :

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- c. Harga diri rendah

4. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah intervensi yang disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setelah melakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan dilihat pada tujuan khusus (Muhith, 2015).

Rencana keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan terdapat pada tabel-tabel berikut :

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan pada Klien
Dengan Resiko Perilaku Kekerasan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
	<p>Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengancam 2. Mengumpat dengan kata-kata kasar 3. Suara keras 4. Bicara Ketus <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyerang orang lain 2. Melukai diri sendiri/orang lain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif/amuk 5. Mata melotot/pandangan tajam 6. Tangan mengepal 	<p>Kontrol diri (L.09076) dengan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif /ngamuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Berbicara ketus menurun 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun 11. Verbalisasi ancaman bunuh diri 	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I. 14544)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. Relaksasi, bercerita)

1	2	3	4.
	<p>7. Rahang mengatup</p> <p>8. Wajah memerah</p> <p>9. Postur tubuh kaku</p>	<p>Menurun</p> <p>12. Verbalisasi rencana bunuh diri menurun</p> <p>13. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun</p> <p>14. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun</p> <p>15. Euphoria menurun</p> <p>16. Alam perasaan depresi menurun</p>	

Tabel 2.2
Rencana Tindakan Keperawatan pada klien
Dengan Gangguan Persepsi Sensori

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
	<p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (D.0146)</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendngaran, atau pengecapan 3. Menyatakan kesal <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu 4. Menyendiri 	<p>Persepsi Sensori (L. 09083) dengan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu indera pengecapan menurun 6. Distorsi sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 10. Curiga menurun 11. Mondar-mandir menurun 	<p>Manajemen Halusinasi (I. 09288)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halunasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan monitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> 6. Konsentrasi buruk 7. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 8. Curiga 9. Melihat ke satu arah 10. Mondar-mandir 11. Bicara sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> 13. Konsentrasi membaik 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiasietas, jika perlu

Tabel 2.3
Rencana Tindakan Keperawatan
Pada Klien dengan Harga Diri Rendah

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
	<p>Harga Diri Rendah Situasional (D.0087)</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif (mis. Tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu/bersalah 3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri 5. Sulit berkonsentrasi <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berbicara pelan dan liris 2. Menolak berinteraksi dengan orang lain 3. Berjalan menunduk 	<p>Harga Diri Meningkatkan (L. 09069) dengan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Minat mencoba hal baru meningkat 5. Berjalan menampakkan wajah meningkat 6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat 7. Konsentrasi meningkat 8. Tidur meningkat 9. Kontak mata meningkat 10. Gairah aktivitas meningkat 11. Aktif meningkat 12. Percaya diri berbicara meningkat 	<p>Manajemen Perilaku (I. 12463)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang 7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 8. Cegah perilaku pasif dan agresif 9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 10. Lakukan pengekan sidik sesuai indikasi

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> 4. Postur tubuh menunduk 5. Kontak mata kurang 6. Lesu dan tidak bergairah 7. Pasif 8. Tidak mampu membuat keputusan 	<ul style="list-style-type: none"> 13. Perilaku asertif meningkat 14. Kemampuan membuat keputusan meningkat 15. Perasaan malu menurun 16. Perasaan bersalah menurun 17. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 18. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun 19. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun 20. Pencarian penguatan secara berlebihan menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 11. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 12. Hindari sikap mengancam dan berdebat 13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan, saat melaksanakan tindakan keperawatan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan sudah sesuai dan dibutuhkan oleh klien dengan kondisinya tersebut. Pada saat akan dilakukan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien akan dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien sangat diharapkan (Dalami dkk dalam Aditya, 2019).

Menurut Satrio dkk dalam Aditya (2019), Implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien dengan resiko perilaku kekerasan ada 2 yaitu :

1. Tujuan tindakan untuk klien meliputi :
 - a. Klien mengenali resiko perilaku kekerasan yang di alaminya
 - b. Klien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan
 - c. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal
2. Tindakan keperawatan :
 - a. Membantu klien mengenal resiko perilaku kekerasan
Dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang tanda dan gejala, penyebab dari resiko perilaku kekerasan yang sedang dialami
 - b. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan
Untuk membantu klien agar bisa mengontrol perilaku kekerasan ada tiga cara :
 - 1) Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal, klien dilatih untuk melakukan tarik nafas dalam dan memukul bantal dan kasur saat rasa kesal dan rasa ingin marah itu muncul.
 - 2) Mengontrol perilaku kekerasan dengan obat secara teratur

Agar klien mampu mengontrol perilaku kekerasan klien juga dilatih untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat dirumah sering kali mengalami putus obat sehingga akibatnya klien mengalami kekambuhan. Tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat yaitu dengan cara : menjelaskan guna obat, menjelaskan akibat dari putus obat, menjelaskan cara mendapatkan obat atau cara berobat, menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar jenis, benar guna, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, dan benar waktu minum obat)

3) Mengontrol perilaku kekerasan secara verbal

Ketika klien sedang bercakap-cakap dengan orang lain klien akan merespon dengan cara mengungkapkan, meminta dan menolak dengan cara yang benar. Klien dijelaskan bagaimana penyampaian ungkapan yang sedang dirasakan oleh klien, meminta dan menolak dengan nada suara yang rendah dan dengan bahasa yang baik dan benar.

4) Mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan spiritual

Untuk mengurangi respon perilaku kekerasan yang dilakukan klien dengan melakukan kegiatan spiritual yaitu dengan berpuasa dan sholat, sehingga klien dapat mengontrol perilaku kekerasannya.

6. Evaluasi Tindakan Keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses identifikasi untuk mengukur dan meneliti apakah suatu program yang dilaksanakan itu sesuai dengan perencanaan yang ingin dicapai (Sihalolo dalam Perdana, 2022).

Dalam dkk, dalam Aditya (2019), mengatakan evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari

tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan *Subjektif, Objektif, Assesment/Analisis, Planning* (SOAP) sebagai pola pikir masing-masing huruf tersebut akan di urutkan sebagai berikut :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Assesment/Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau kah muncul masalah yang baru

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien evaluasi merupakan mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai.