**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Schizophrenia**
		1. **Definisi**

Skizofrenia secara etimologi berasal dari kata dalam bahasa Yunani yaitu *schizo* yang berarti “terpotong‟ atau “terpecah‟ dan *phrēn* yang berarti pikiran, sehingga skizofrenia berarti pikiran yang terpecah (Veague, 2007). Arti dari katakata tersebut menjelaskan tentang karakteristik utama dari gangguan skizofrenia, yaitu pemisahan antara pikiran, emosi, dan perilaku dari orang yang mengalaminya. Definisi skizofrenia yang lebih mengacu kepada gejala kelainannya adalah gangguan psikis yang ditandai oleh penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, juga disorganisasi persepsi, pikiran, dan kognisi (Wiramihardja, 2007).

Dalam *Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorder, 4th edition* (DSM-IV), skizofrenia didefinisikan sebagai sekelompok ciri dari gejala positif dan negatif, ketidakmampuan dalam fungsi sosial, pekerjaan ataupun hubungan antar pribadi, dan menunjukkan terus gejala-gejala ini selama paling tidak enam bulan. Referensi lain juga menyebutkan bahwa skizofrenia merupakan suatu gangguan yang mencakup gejala kelainan kekacauan pada isi pikiran, bentuk pikiran, persepsi, afeksi, perasaan terhadap diri sendiri, motivasi, perilaku, dan fungsi interpersonal (Halgin & Whitboume, 2014). Berdasarkan definisi-definisi yang telah diuraikan diatas, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah salah satu jenis kelainan mental yang mengacaukan hampir seluruh fungsi manusia yang mencakup fungsi berpikir, persepsi, emosi, motivasi, perilaku, dan sosial.

* + 1. **Etiologi**

Skizofrenia disebabkan oleh berbagai faktor. Penyebab skizofrenia telah diselidiki dan menghasilkan beraneka ragam pandangan. Sebagian besar ilmuwan meyakini bahwa skizofrenia adalah penyakit biologis yang disebabkan oleh faktor – faktor genetik, ketidakseimbangan kimiawi di otak, atau abnormalitas dalam lingkungan prenatal. Berbagai peristiwa stress dalam hidup dapat memberikan kontribusi pada perkembangan skizofrenia pada mereka yang telah memiliki predisposisi pada penyakit ini. Penyebab munculnya skizofrenia terbagi menjadi berbagai pendekatan seperti pendekatan biologis, teori psikogenik, dan pendekatan gabungan atau *stree-vulnerability model*.

1. Pendekatan biologis

Pada pendekatan biologis menyangkut faktor genetik, struktur otak, dan proses biokimia sebagai penyebab skizofrenia (Halgin, 1997).

1. Teori genetik

Teori ini menekankan pada ekspresi gen yang bisa menyebabkan gangguan mental. Hasil dari beberapa penelitian menunjukan bahwa faktor genetik sangat berperan dalam perkembangan skizofrenia, dimana ditemukan hasil bahwa skizofrenia cenderung menurun dalam keluarga. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan *National Institute of Mental Health* (NIMH) pada keluarga penderita skizofrenia yang menyatakan bahwa skizofrenia muncul pada 10% populasi yang memiliki keluarga dengan riwayat skizofrenia seperti orang tua dan saudara kandung. Berdasarkan *American Journal of Medical Genetic*, menyatakan bahwa apabila kedua orang tuanya mengidap skizofrenia, maka kemungkinan anaknya mengalami skizofrenia adalah sebesar 40%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin dekat hubungan biologis dengan individu yang sakit, maka semakin besar juga kemungkinan seseorang menderita skizofrenia (Semiun, 2006). Beberapa tahun terakhir telah diteliti mengenai gen yang spesifik berkontribusi terhadap timbulnya skizofrenia. Gen-gen tersebut di antaranya adalah *Disrupted in Schizophrenia* (DISC), *G-Protein Signalling-4* (RGS4), *Prolyne Dehidrogenase* (PRODH), dan *Neuregulin-1* (NRG-1) (Harrison & Owen, 2003). Dengan adanya kelainan gen-gen tersebut maka akan berpengaruh terhadap sintesis protein, misalnya akan menyebabkan disfungsi protein yang membentuk kompleks reseptor NMDA. Tentu saja hal ini akan menyebabkan hipofungsi reseptor NMDA yang pada akhirnya akan menyebabkan timbulnya gejala-gejala psikosis (Harrison & Owen, 2003).

Hasil penelitian lain menunjukkan proporsi yang tinggi dari orang-orang skizofrenia mengalami masalah dengan suatu gen khusus pada kromosom 5 (Semiun, 2006). Hal ini menjadi logis karena gen ini mempengaruhi dopamine dan reseptor dopamin yang berperanan penting dalam timbulnya symptom skizofrenia. Sehingga dapat disimpulkan bahwa lebih dari satu gen dapat menyebabkan gangguan skizofrenia. Pengaruh genetik tidak sesederhana itu, lingkungan individu merupakan faktor penting yang berpengaruh terhadap proses perkembangan skizofrenia. Ada kemungkinan jika individu-individu yang hubungannya lebih erat memiliki lingkungan yang sama. Dengan begitu, tidak bisa disimpulkan dengan pasti mengenai satu dasar genetik pada skizofrenia. Selain itu juga, faktor-faktor genetik tidak dapat menjelaskan semua kasus skizofrenia. Dapat dikatakan jika gen-gen tersebut hanya meningkatkan kerentanan seseorang untuk menjadi seorang dengan skizofrenia.

1. Teori neurostruktural

Berdasarkan pemeriksaan *magnetic resonance imaging* (MRI) dan *A computed tomography* (*CT*) *scan* otak pada orang-orang dengan skizofrenia menunjukkan ada tiga tipe abnormalitas struktural, yaitu pembesaran pada ventrikel otak, atrofi kortikal, dan asimetri serebral yang terbalik (*reversed cerebral asimetry*) (Semiun, 2006).

1. Pembesaran pada ventrikel otak

Ventrikel adalah rongga atau saluran otak tempat cairan serebrospinal mengalir, diperkirakan pada pasien skizofrenia terjadinya pembesaran pada daerah ini hingga 20 hingga 50%. Kerusakan pada ventrikel berhubungan dengan skizofrenia kronis dan simptom negatif (Semiun, 2006). Struktur otak yang tidak normal seperti pembesaran ventrikel otak diyakini menyebabkan tiga sampai empat orang yang mengalaminya menderita skizofrenia (Nevid, 2012). Pembesaran ventrikel otak ini menyebabkan otak kehilangan sel–sel otak, sehingga otak akan mengecil ukurannya dibandingkan otak yang normal.

1. Atrofi kortikal

Pendapat lain menyatakan bahwa skizofrenia dapat terjadi pada seseorang yang kehilangan jaringan otak yang bersifat degeneratif atau progresif, kegagalan otak untuk berkembang normal, dan juga karena infeksi virus pada otak ketika masa kandungan (Nevid, 2012). Atrofi juga menyebabkan kerusakan suci yang menutupi selaput otak atau pembesaran celah antara bagian-bagian otak. Sebanyak 20 hingga 35% orang dengan skizofrenia mengalami kelainan ini (Semiun, 2006).

1. Asimetri serebral yang terbalik (*reversed cerebral asimetry*)

Pada orang normal, sisi kiri otak lebih besar daripada sisi kanan, tetapi kondisi yang terbalik terjadi pada orang-orang dengan skizofrenia. Padahal otak kiri bertanggung jawab dalam kemampuan bahasa, sedangkan otak kanan bertanggung jawab dalam kemampuan spasial. Hal ini menyebabkan perbedaan dalam memahami masalah-masalah kognitif pada pasien skizofrenia.

1. Teori biokimia

Pada teori biokimia, dikenal hipotesis dopamin dan serotonin-glutamat. Overaktivitas reseptor dopamin saraf pada jalur mesolimbik bisa menyebabkan timbulnya gejala positif, sedangkan penurunan aktivitas dopamin neuron pada jalur mesokortek di dalam kortek prefrontalis bisa menyebabkan gejala negatif. Pada teori glutamat disebutkan bahwa, penurunan kadar glutamat akan menyebabkan penurunan regulasi reseptor Nmethyl-D-aspartate (NMDA) dan menyebabkan gejala-gejala psikotik serta defisit kognitif (Harrison & Owen, 2003).

Banyak literatur yang menyatakan hubungan peningkatan aktivitas dari neurotransmiter dopamin dengan skizofrenia. Tingginya konsentrasi dopamine yang ditemukan di daerah korteks pada lobus frontalis berperan dalam mengintegrasikan fungsi manusia (Semiun, 2006). Konsentrasi dopamin yang tinggi menyebabkan aktivitas neurologis yang tinggi dalam otak, sehingga memunculkan simptom-simptom skizofrenia. Tingginya aktivitas dopamine menyebabkan rangsangan yang tinggi pada daerah khusus pada otak, rangsangan tersebut mengganggu fungsi kognitif yang kemudian mengakibatkan halusinasi dan delusi. Penjelasan ini yang mengemukakan hubungan antara faktor biokimiawi dan faktor kognitif.

Ada tiga faktor yang mungkin menjadi penyebab tingginya aktivitas dopamin (Semiun, 2006).

1. Konsentrasi dopamin yang tinggi
2. Sensitivitas yang tinggi dari reseptor dopamine
3. Jumlah reseptor dopamin yang terdapat pada sinapsis

Pada orang dengan skizofrenia ditemukan memiliki jumlah reseptor dopamin yang lebih banyak daripada orang normal. Penurunan drastis jumlah reseptor dopamin pada laki-laki terjadi pada usia antara 30-50 tahun, sedangkan pada perempuan penurunan jumlah reseptor terjadi perlahan-perlahan. Teori ini dapat menjadi penjelasan mengenai perbedaan onset yang terjadi pada laki-laki dan perempuan (Semiun, 2006).

1. Teori psikogenik

Teori psikogenik, yaitu skizofrenia sebagai suatu gangguan fungsional dan penyebab utama adalah konflik, stress psikologik dan hubungan antar manusia yang mengecewakan.

1. *Stress-Vulnerability Model*

Pendekatan ini meyakini bahwa orang – orang tertentu yang memiliki kerentanan genetis terhadap skizofrenia akan memunculkan gejala skizofrenia jika mereka hidup dalam lingkungan yang penuh dengan stres (Semiun, 2006). Peristiwa dalam hidup dapat memberikan kontribusi pada perkembangan skizofrenia pada mereka yang telah memiliki predisposisi pada penyakit ini.

* + 1. **Gejala Positif Skizofrenia**

Gejala positif merupakan gajala yang mencolok, mudah dikenal, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa klien berobat (Hawari, 2003). Gejala-gajala positif yang tiperlihatkan pada klien skizorenia yaitu :

1. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun klien tetap meyakini kebenarannya.
2. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya klien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan ditelingannya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
3. Kekacauan alam pikiran, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicara kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
4. Gaduh, gelisah tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
5. Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat, dansejenisnya.
6. Pikiran penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
7. Menyimpan rasa permusuhan.
	* 1. **Gejala Negatif Skizofrenia**

Gejala negatif skizofrenia merupakan gajala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenannya pihak keluarga seringkali terlambat membawa klien berobat (Hawari, 2003). Gejala-gejala nergatif yang diperlihatkan pada klien skizofrenia yaitu :

1. Alam perasaan *(affect)* “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukan ekspresi.
2. Menarik diri atau mengasingkan siri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
3. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
4. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
5. Pola pikir stereotip
	* 1. **Jenis Skizofrenia**

Adapun jenis-jenis dari skizofrenia adalah (Videbeck, 2011) :

* 1. Skizofrenia Paranoid

Jenis skizofrenia dimana penderitanya mengalami bayangan dan khayalan tentang penganiayaan dan kontrol dari orang lain dan juga kesombongan yang berdasarkan kepercayaan bahwa penderitanya itu lebih mampu dan lebih hebat dari orang lain.

* 1. Skizofrenia Tak Teratur

Jenis skizofrenia yang sifatnya ditandai terutama oleh gangguan dan kelainan di pikiran. Seseorang yang menderita skizofrenia sering menunjukkan tanda tanda emosi dan ekspresi yang tidak sesuai untuk keadaan nya. Halusinasi dan khayalan adalah gejala gejala yang sering dialami untuk orang yang mederita skizofrenia jenis ini.

* 1. Skizofrenia Katatonia

Jenis skizofrenia yang ditandai dengan berbagai gangguan motorik, termasuk kegembiraan ekstrim dan pingsan. Orang yang menderita bentuk skizofrenia ini akan menampilkan gejala negatif: postur katatonik dan fleksibilitas seperti lilin yang bisa di pertahankan dalam kurun waktu yang panjang. Skizofrenia Tanpa Kriteria / Golongan yang jelas Jenis skizofrenia dimana penderita penyakitnya memiliki delusi, halusinasi dan perilaku tidak teratur tetapi tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia paranoid, tidak teratur, atau katatonik.

* 1. Skizofrenia Residual

Skizofrenia residual akan di diagnosis ketika setidaknya epsiode dari salah satu dari empat jenis skizofrenia yang lainnya telah terjadi. Tetapi skizofrenia ini tidak mempunyai satu pun gejala positif yang menonjol.

* + 1. **Kriteria Diagnostik Skizofrenia**

Adapun kriteria diagnostik skizofrenia meliputi (Maramis, 2009):

1. Gangguan pada isi pikiran

Delusi atau kepercayaan salah yang mendalam merupakan gangguan pikiran yang paling umum dihubungkan dengan skizofrenia. Delusi ini mencakup delusi rujukan, penyiksaan, kebesaran, cinta, kesalahan diri, kontrol, nihil atau *doss* dan pengkhianatan. Delusi lain berkenan dengan kepercayaan irasional mengenai suatu proses berpikir, seperti percaya bahwa pikiran bisa disiarkan, dimasuki yang lain atau hilang dari alam pikirannya karena paksaan dari orang lain atau objek dari luar. Delusi somatik meliputi kepercayaan yang salah dan aneh tentang kerja tubuh, misalnya pasien skizofrenia menganggap bahwa otaknya sudah dimakan rayap.

1. Gangguan pada bentuk pikiran, bahasa dan komunikasi

Proses berpikir dari pasien skizofrenia dapat menjadi tidak terorganisasi dan tidak berfungsi, kemampuan berpikir mereka menjadi kehilangan logika, cara mereka mengekspresikan dalam pikiran dan bahasa dapat menjadi tidak dapat dimengerti, akan sangat membingungkan jika kita berkomunikasi dengan penderita, gangguan pikiran. Contoh umum gangguan berpikir adalah inkoheren, kehilangan asosiasi, *neologisms*, *blocking* dan pemakaian kata-kata yang salah.

1. Gangguan persepsi halusinasi

Halusinasi adalah salah satu simpton skizofrenia yang merupakan kesalahan dalam persepsi yang melibatkan kelima alat indera kita walaupun halusinasi tidak begitu terikat pada stimulus yang di luar tetapi kelihatan begitu nyata bagi pasien skizofrenia. Halusinasi tidak berada dalam kontrol individu, tetapi tejadi begitu spontan walaupun individu mencoba untuk menghalanginya.

1. Gangguan afeksi (perasaan)

Pasien skizofrenia selalu mengekspresikan emosinya secara, abnormal dibandingkan dengan orang lain. secara umum, perasaan itu konsisten dengan emosi tetapi reaksi ditampilkan tidak sesuai dengan perasaannya.

1. Gangguan psikomotor

Pasien skizofrenia kadang akan terlihat aneh dan cara yang berantakan, memakai pakaian aneh atau membuat mimik yang aneh atau pasien skizofrenia akan memperlihatkan gangguan katatonik *stupor* (suatu keadaan di mana pasien tidak lagi merespon stimulus dari luar, mungkin tidak mengetahui bahwa ada orang di sekitarnya), katatonik *rigid* (mempertahankan suatu posisi tubuh atau tidak mengadakan gerakan) dan katatonik gerakan (selalu mengulang suatu gerakan tubuh) menonjol adalah afek yang menumpul, hilangnya dorongan kehendak dan bertambahnya kemunduran sosial.

* + 1. **Penatalaksanaan**
1. Psikofarmakologi

Pengobatan medis utama untuk skizofrenia adalah *Psychopharmacology*. Di masa lalu, terapi yang digunakan adalah terapi *electroconvulsive*, terapi kejut insulin, dan *psychosurgery*, tapi karena terciptanya *chlorpromazine* (Thorazine) pada tahun 1952, terapi lainnya telah tidak digunakan lagi. Obat antipsikotik, juga dikenal sebagai neuroleptik, diresepkan untuk keberhasilan dalam mengurangi gejala psikotik (Videbeck, 2011).

Semakin tua, atau konvensional, obat antipsikotik merupakan antagonis dopamin. Yang lebih baru, atau atipikal, obat antipsikotik ada dua yaitu dopamine dan serotonin antagonis. Para antipsikotik konvensional menargetkan tanda-tanda positif skizofrenia, seperti delusi, halusinasi, pikiran terganggu, dan gejala psikotik lainnya, tetapi tidak memiliki efek pada tanda-tanda negatif. Para antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala positif tetapi juga, mengurangi tanda-tanda negatif kurangnya kemauan dan motivasi, penarikan sosial, dan *anhedonia* (Videbeck, 2011).

1. Pengobatan Psikososial

Selain pengobatan farmakologis, banyak mode lain dari pengobatan untuk membantu orang dengan skizofrenia. Terapi individu atau kelompok, terapi keluarga, pendidikan keluarga, dan pelatihan keterampilan sosial dapat dilembagakan untuk klien baik rawat inap dan pengaturan masyarakat. Sesi terapi individu dan kelompok, memberikan klien kesempatan untuk kontak sosial dan berhubungan dengan orang lain. Kelompok yang fokus pada topik yang menjadi perhatian seperti manajemen obat-obatan, penggunaan masyarakat untuk mendukung klien, dan kekhawatiran keluarga juga telah bermanfaat bagi klien dengan skizofrenia (Pfammatter, Junghan, & Brenner, 2006).

Klien dengan skizofrenia dapat meningkatkan kompetensi sosial mereka dengan pelatihan keterampilan sosial, yang diterjemahkan ke dalam fungsi yang lebih efektif di masyarakat. Pelatihan keterampilan sosial dasar melibatkan perilaku sosial yang kompleks menjadi langkah-langkah sederhana, berlatih melalui *role-playing*, dan menerapkan konsep-konsep pengaturan dalam masyarakat atau dunia nyata. Pelatihan adaptasi kognitif digunakan untuk mendukung lingkungan yang dirancang untuk meningkatkan fungsi adaptif dalam pengaturan rumah. Individual disesuaikan mendukung lingkungan seperti tandatanda, kalender, perlengkapan kebersihan, dan wadah pil isyarat klien untuk melakukan tugas-tugas yang terkait (Velligan, et al., 2006).

Sebuah terapi baru, *cognitive enhancement therapy* (CET), menggabungkan pelatihan kognitif berbasis komputer dengan sesi kelompok yang memungkinkan klien untuk berlatih dan mengembangkan keterampilan sosial. Pendekatan ini dirancang untuk memulihkan atau memperbaiki defisit sosial dan neurokognitif klien, seperti perhatian, memori, dan pengolahan informasi. Latihan pengalaman membantu klien untuk mengambil perspektif orang lain, daripada fokus sepenuhnya pada diri. Hasil positif dari CET meliputi peningkatan stamina mental, aktif bukan pasif pengolahan informasi, dan negosiasi spontan dan tepat tantangan sosial tanpa latihan (Hogarty, Hogarty, Greenwald, Keshavan, & Eack, 2011).

Pendidikan keluarga dan terapi yang dikenal untuk mengurangi dampak negatif dari skizofrenia dan mengurangi tingkat kekambuhan (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, & Lieberman, 2005). Meskipun masuknya keluarga merupakan faktor yang meningkatkan hasil bagi klien, keterlibatan keluarga sering diabaikan oleh para profesional perawatan kesehatan. Keluarga sering memiliki waktu yang sulit menghadapi kompleksitas dan konsekuensi dari penyakit klien. Hal ini menciptakan stres di antara anggota keluarga yang tidak menguntungkan bagi anggota klien atau keluarga. Pendidikan keluarga membantu untuk membuat anggota keluarga bagian dari tim pengobatan.

* 1. **Konsep Perilaku Kekerasan**
		1. **Pengertian**

Perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, ditunjukkan dengan perilaku actual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun nonverbal, bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Berkowitz, 2000).

Suatu keadaan dimana klien mengalami perilaku yang dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan termasuk orang lain dan barang-barang (Maramis, 2004).

Menurut Stuart (2007), perilaku kekerasan atau agresi adalah sikap atau perilaku kasar atau kata-kata yang menggambarkan perilaku amuk, permusuhan dan potensi untuk merusak secara fisik. Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, disertai dengan amuk dan gaduh gelisahyang tidak terkontrol Townsend, ( 2010). Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis yang dapat membahayakan diri sendiri mauupun lingkungan (Fitria, 2011).

Dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa perilaku kekerasan atau tindak kekerasan merupakan salah satu dari ungkapan perasaan marah dan bermusuhan sebagai respon terhadap kecemasan atau kebutuhan yang tidak terpenuhui yang mengakibatkan hilangnya kontrol dan kesadaran diri dimana individu bisa berperilaku menyerang ataumelakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

* + 1. **Proses Terjadinya Masalah**

Perilaku kekerasan atau amuk dapat disebabkan karena frustasi, takut, manipulasi atau intimidasi. Perilaku kekerasan merupakan hasil konflik emosional yang belum dapat diselesaikan. Perilaku kekerasan juga menggambarkan rasa tidak aman, kebutuhan akan perhatian dan ketergantungan pada orang lain.

Menurut Stuart (2007), kemarahan diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal atau eksterna. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ledekan, cacian, makian, hilangnya benda berharga, tertipu, penggusuran, bencana dan sebagainya. Hal tersebut akan mengakibatkan kehilangan atau gangguan pada sistem individu (Disruption and loss). Hal yang terpenting adalah bagaimana individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut (personal meaning).

* + 1. **Tanda dan Gejala**
1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Jalan mondar-mandir
6. Bicara kasar
7. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
8. Mengancam secara verbal atau fisik
9. Melempar atau memukul benda/oranglain
10. Merusak barang atau benda
11. Tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan Melempar atau memukul benda/oranglain
12. Merusak barang atau benda
13. Tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan Merusak barang atau benda
14. Tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan. (Stuart, 2007)
	* 1. **Penyebab Perilaku Kekerasan**

Menurut stearen kemarahan adalah kombinasi, dari segala sesuatu yang tidak enak, cemas, tegang, dendam, sakit hati, dan pristasi beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya kemarahan, yaitu prustasi, hilangnya harga diri, kebutuhan akan status dan prestise yang tidak terpenuhi.

1. Prustasi seorang yang mengalami hambatan dalam mencapai tujuan atau keinginan yang diharapkannya menyebabkan ia menjadi prustasi, dia merasa terancam dan cemas jika ia tidak mampu menghadapi rasa prustasi itu dengan cara lain tanpa mengendalikan orang lain dan keadaan sekitarnya misalnya kekerasan.
2. Hilangnya harga diri: pada dasarnya manusia mempunyai kebutuhan yang sama untuk dihargai jika kebutuhan itu tidak terpenuhi akibatnya individu tesrsebut mungkin akan merasa rendah diri, tidak berani bertindak, lekas tersinggung, lekas marah dan sebagainya.

Kebutuhan akan status dan perestise manusia pada umumnya mempunyai keinginan untuk mengaktualisasikan dirinya, ingin dihargai dan disukai statusnya.

* + 1. **Rentang Respon Perilaku Kekerasan**

Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan/kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart dan Sundeen, 1995). Perasaan marah normal bagi tiap individu, namun perilaku yang dimanifestasikan oleh perasaan marah dapat berflutuasi sepanjang rentang adaptif dan maladaptif.

* + - 1. Respon Adaptif.
	1. Asertif

Adalah mengemukakan pendapat atau mengekspresikan rasa tidak senang atau tidak setuju tanpa menyakiti lawan bicara.

* 1. Frustasi

Adalah suatu proses yang menyebabkan terhambatnya seseorang  dalam mencapai keinginannya. Individu tersebut tidak dapat menerima atau menunda sementara sambil menunggu kesempatan yang memungkinkan. Selanjutnya individu merasa tidak mampu dalam mengungkapkan perannya dan terlihat pasif.

* + - 1. Respon transisi

Pasif adalah suatu perilaku dimana seseorang merasa tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya sebagai usaha mempertahankan hak-haknya. Klien tampak pemalu, pendiam, sulit diajak bicara karena merasa kurang mampu, rendah diri atau kurang menghargai dirinya.

* + - 1. Respon maladaptif
1. Agresif

Adalah suatu perilaku yang mengerti rasa marah, merupakan dorongan mental untuk bertindak (dapat secara konstruksi/destruksi) dan masih terkontrol. Perilaku agresif dapat dibedakan dalam 2 kelompok, yaitu pasif agresif dan aktif agresif.

* + 1. Pasif agresif

Adalah perilaku yang tampak dapat berupa pendendam, bermuka asam, keras kepala, suka menghambat dan bermalas-malasan.

* + 1. Aktif agresif

Adalah sikap menentang, suka membantah, bicara keras, cenderung menu0ntut secara terus menerus, bertingkah laku kasar disertai kekerasan.

1. Amuk

Adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat dan disertai kehilangan kontrol diri. Individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan (Stuart and Sudeen, 1998).

* + 1. **Faktor Predisposisi**

Menurut Stuart (2007), faktor-faktor yang mendukung terjadinya perilaku kekerasan adalah:

1. Faktor biologis
	1. *Instinctual drive theory* (teori dorongan naluri)

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

* 1. *Phsycomatic theory* (teori psikomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan.Dalam hal ini sistem limbic berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah

1. Faktor psikologis
2. *Frustasion aggresion theory* (teori argesif frustasi)

Menurut teori perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustasi yang terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

1. *Behavioral theory* (teori perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah. Semua aspek ini menstimulai individu mengadopsi perilaku kekerasan.

1. *Existential theory* (teori eksistensi)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan yaitu kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui perilaku konstruktif maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

1. Faktor sosio kultural
2. *Social enviroment theory* (teori lingkungan)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolaholah perilaku kekerasan diterima.

1. *Social learning theory* ( teori belajar sosial )

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

* + 1. **Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain. Interaksi sosial yang provokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan (Stuart and Sudeen, 1998).

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Menurut Stuart (2007), tanda dan gejala perilaku kekerasan diantaranya adalah :

1. Fisik: mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang serta postur tubuh kaku.
2. Verbal: mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus.
3. Perilaku: menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain merusak lingkungan, amuk atau agresif.
4. Emosi: tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam,jengkel, tidak berdaya, bermusuhan mengamuk, ingin berkelahi,menyalahkan dan menuntut.
5. Intelektual: mendominasi, cerewet, kasar,berdebat, meremehkan dan tidakjarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.
6. Spiritual: merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keraguraguan,tidak bermoral dan kreatifitas terhambat.
7. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan.
8. Perhatian: bolos, melarikan diri dan melakukan penyimpangan seksual.
	* 1. **Mekanisme Koping**

Perawat perlu menidentifikasi mekanisme 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, resepsi denial dan reaksi formasi (Stuart, 2007).

* + 1. **Gangguan mental yang berkaitan dengan perilaku kekerasan**

Walaupun kebanyakan gangguan jiwa tidak berbahaya, beberapa pasien diantaranya menunjukan peningkatan resiko timbulnya perilaku kekerasan (catatan: penyakit medis yang serius pada awalnya dapat memperlihatkan perilaku kekerasan) (Stuart, 2007).

* + 1. **Dampak Prilaku Kekerasan terhadap Kebutuhan Dasar Manusia**

Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia terdiri dari lima hirarki kebutuhan yang terletak dalam suatu kontinue, yaitu: kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan keselamatan, kebutuhan untuk dicintai dan rasa saling memiliki, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

1. Kebutuhan fisiologis
2. Kebutuhan oksigen

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya sering mengalami peningkatan kebutuhan oksigen, karena klien lebih sering melakukan aktivitas yang memerlukan banyak oksigen.

1. Kebutuhan Nutrisi

Klien dengan perilaku kekerasan sering ditemukan penurunan aktivitas termasuk juga dalam hal makan dan minum, sehingga masukan makan dan minum terganggu.

1. Kebutuhan istirahat tidur

Klien dengan perilaku kekerasan kurang meningkat atau curiga yang berlebih kemungkinan mengalami gangguan istirahat tidur.

1. Kebutuhan rasa aman

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mudah percaya dan curiga kepada orang lain, sehingga membuat ia merasa tidak nyaman berhubungan dengan orang lain.

1. Kebutuhan cinta mencintai

Klien dengan prilaku kekerasan mengalami gangguan dalam hubungan interpersonal, sehingga sulit untuk memenuhi kebutuhan mencintai dan dicintai lingkungannya.

1. Kebutuhan harga diri

Perasaan rendah diri atau harga diri rapuh banyak ditemui pada klien dengan prilaku kekerasan.

1. Kebutuhan aktualisasi diri

Prilaku kekerasan merupakan gangguan, dimana klien tidak mampu membina interaksi dengan orang lain, sehingga tidak bisa mencapai aktualisasi karena koping yang digunakan maladaptif (Hadiansyah, 2011).

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan**
		1. **Pengertian Proses Keperawatan**

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respons pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatn digunakan untuk membantu perawata dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawataan dapat meningkat (Tarwoto, 2006).

Proses keperawatan memberikan kerangka yang dibutuhkan dalam asuhan keperawatan kepada klien, keluarga, serta komunitas dan merupakan metode yang efisien dalam membuat keputusan klinik serta pemecahan masalah baik aktual maupun potensial dalam mempertahankan kesehatan (Tarwoto, 2006).

Lydia Hall adalah orang yang pertama kali menggunakan proses keperawatan di awal tahun 1950-an melalui tiga tahap yaitu pengkajian, perencanaan, dan evaluasi, dengan menggunakan metode ilmiah yaitu mengobservasi, mengukur, mengumpulkan data, dan menganalisis temuan-temuan tersebut (Tarwoto, 2006).

*American Nurse Association* (ANA) mengembangkan proses keperawatan menjadi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Asosiasi Diagnosa Keperawatan Amerika (NANDA) kemudian mengembangkan dan mengelompokkan diagnosa keperawatan serta membantu menciptakan pola komunikasi antar perawat dan dapat memberikan batasan antara diagnosa keperawatan dengan diagnosa medis. Diagnosa keperawatan berfokus pada respons klien, sedangkan diagnosa medis berfokus pada proses penyakit (Tarwoto, 2006).

* + 1. **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Perilaku Kekerarasan**
			1. **Pengkajian**

Menurut Keliat (2010), data yang perlu dikaji pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu pada data subyektif klien mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, mengatakan dendam dan jengkel. Klien juga menyalahkandan menuntut. Pada data obyektif klien menunjukkan tanda-tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dan suara keras.

1. Pengumpulan Data

Tujuan dari pengumpulan data adalah menilai status kesehatan dan kemungkinan adanya masalah keperawatan yang memerlukan intervensi dari perawat. Data yang dikumpulkan bisa berupa data objektif yaitu data yang dapat secara nyata melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat. Sedangkan data subjektif yaitu data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarganya. Data ini didapat melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarganya.

Untuk dapat menyaring data yang diperlukan, umumnya yang dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Sistematika pengkajian, meliputi:

1. Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajiannya nomor rekam medik, diagnosa medis dan identitas penanggung jawab.
2. Keluhan utama dan alasan masuk, tanyakan pada klien atau keluarga apa yang menyebabkan klien datang ke rumah sakit saat ini serta bagaimana hasil dari tindakan orang tersebut.
3. Faktor predisposisi, menanyakan kepada klien atau keluarganya:
	* 1. Apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa atau tidak
		2. Apakah ya, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya.
		3. Klien pernah melakukan, mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal.
		4. Apakah anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa.
		5. Pengalaman klien yang tidak menyenangkan (kegagalan yang terulang lagi, penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis) atau faktor lain, misalnya kurang mempunyai tanggung jawab personal.
4. Aspek fisik atau biologis, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan klien), ukur tinggi badan dan berat badan klien.
5. Psikososial, membuat genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Masalah yang terkait dengan komunikasi pengembalian keputusan dan pola asuh.
6. Status mental meliputi pembicaraan, penampilan, aktivitas motorik, alam perasaan, afek, interaksi selama wawancara, persepsi, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, emosi, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian dan daya tilik diri.
7. Kebutuhan persiapan pulang, kemampuan klien dalam makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat, tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas di dalam rumah dan di luar rumah.
8. Mekanisme koping, didapat melalui wawancara pada klien atau keluarga baik adaptif maupun maladaptif.
9. Masalah psikososial dan lingkungan, di dapat dari klien atau keluarga bagaimana tentang keadaan lingkungan klien, masalah pendidikan dan masalah pekerjaan.
10. Pengetahuan, apakah klien mengetahui tentang kesehatan jiwa.
11. Aspek medik, obat-obatan klien saat ini baik obat fisik, psikofarmako dan therapi lain.
12. Masalah keperawatan

Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien dari kelompok data yang dikumpulkan, kemungkinan kesimpulan adalah sebagai berikut (Keliat, 2006 : 2012):

1. Isolasi sosial : menarik diri
2. Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran
3. Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri
4. Gangguan konsep diri : harga diri rendah
5. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik
6. Defisit perawatan diri
7. Ketidakefektifan koping keluarga
8. Gangguan pemeliharaan kesehatan,
	* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Data-data yang mendukung dalam analisa data menurut (Keliat, 2010):

1. Risiko mencederai dir, orang lain dan lingkungan
2. Data Subyektif :Pasien mengatakan benci atau kesal pada seseorang. Pasien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah.Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya (Azizah, 2011).
3. Data Objektif : Mata merah, wajah agak merah. Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai: berteriak, menjerit, memukul diri sendiri/orang lain. Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam. Merusak dan melempar barang-barang (Stuart, 2011).
4. Resiko Perilaku kekerasan
5. Data Subjektif :Klien mengatakan jengkel dengan orang lain, mengungkapkan rasa permusuhanyang mengancam, klien merasa tidak nyaman, klien merasa tidak berdaya, ingin berkelahi, dendam.
6. Data Objektif :Tangan dikepal, tubuh kaku, ketegangan otot seperti rahang terkatup, nada suara tinggi, waspada, pandangan tajam, reflek cepat, aktivitas motor meningkat, mondar-mandir, merusak secara langsung benda-benda yang berada dalam lingkungan, menolak, muka merah, nafas pendek.
7. Harga diri rendah
8. Data Subyektif: Mengungkapkan ketidakmampuan dalam meminta bantuan orang lain dan mengungkapkan rasa malu serta tidak bisa jika diajak melakukan sesuatu (Videbeck, 2009).
9. Data Obyektif: Tampak ketergantungan dengan orang lain, tampak sedih serta tidak melakukan aktivitas yang seharusnya dapat dilakukan, wajah tampak murung (Keliat, 2010)
	* + 1. **Rencana Keperawatan**

Rencana keperawatan pada pasien perilaku kekerasan menurut Maramis (2005) adalah sebagai berikut:

**TUM :**

Klien tidak melakukan tindakan kekerasan

**TUK 1**

Klien dapat membina hubungan saling percaya.

**Kriteria Evaluasi :**

Klien mau membalas salam, menjabat tangan, menyebutkan nama, tersenyum, kontak mata.

**Rencana Tindakan :**

1. Beri salam /panggil nama

2. Sebutkan nama perawat.

3. Jelaskan maksud hubungan interaksi

4. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat

5. Beri rasa aman dan sikap empati.

6. Lakukan kontak singkat tapi sering.

**TUK 2**

Klien dapat mendefinisikan penyebab perilaku kekerasan,

**Kriteria evaluasi :**

Klien mengungkapkan perasaannya, mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, lingkunga/orang lain).

**Rencana Tindakan :**

1. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.
2. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal.

**TUK 3**

Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan,

**Kriteria evaluasi :**

Klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah/jengkel, menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami.

**Rencana Tindakan :**

1. Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami dan dirasakan saat jengkel/kesal

2. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien.

3. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien.

**TUK 4**

Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan,

**Kriteria evaluasi :**

Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, bermain peran dengan perilaku kekerasan dan dapat dilakukan cara yang biasa dapat menyelesaikan masalah atau tidak.

**Rencana Tindakan :**

1. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien.

2. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

3. Bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai.

**TUK 5**

Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan,

**Kriteria evaluasi :**

Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien

**Rencana Tindakan :**

1. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan klien.

2. Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang digunakan.

3. Tanyakan pada klien “apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat”

**TUK 6**

Klien dapat mendefinisikan cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan

**Kriteria evaluasi :**

Klien dapat melakukan cara berespons terhadap kemarahan secara konstruktif.

**Rencana Tindakan :**

1. Tanyakan pada klien “apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat”.

2. Berikan pujian jika klien mengetahui cara lain yang sehat.

3. Diskusikan dengan klien cara lain sehat :

a. Secara fisik : tarik nafas dalam, jika sedang kesal/memukul bantal/kasur atau olahraga atau pekerjaan yang memerlukan tenaga.

b. Secara verbal : katakana bahwa anda sedang kesal/tersinggung/jekel (saya kesal anda berkata seperti itu)

c. Secara sosial : lakukan dalam kelompok cara-cara marah yang sehat, latihan asertif. Latihan manajemen perilaku kekerasan.

d. Secara spiritual : anjurkan klien sembahyang berdoa/ibadah : meminta pada Tuhan untuk diberi kesabaran, mengadu pada Tuhan tentang kejengkelan.

**TUK 7**

Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan,

**Kriteria evaluasi :**

Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan : fisik (tarik nafas dalam, olahraga, pukul kasur/bantal), verbal (mengatakan secara langsung dengan tidak menyakiti), spiritual (sembahyang, berdoa).

**Rencana Tindakan :**

1. Bantu klien memilih cara yang paling tepat untuk klien

2. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang telah dipilih.

3. Bantu klien menstimulasikan tersebut (role play).

4. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien menstimulasi cara tersebut.

5. Anjurkan klien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat jengkel/marah

6. Susun jadwal melakukan cara yang telah dipelajari

**TUK 8**

Klien dapat menggunakan obat dengan benar,

**Kriteria evaluasi :**

Klien dapat menyebutkan obat-obat yang diminum dan kegunaannya, klien dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan

**Rencana Tindakan :**

1. Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien.
2. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter.
3. Jelaskan prinsip benar minum obat.
4. Jelaskan manfaat minum obat dan efek obat yang diperhatikan.
5. Anjurkan klien minta obat dan minum obat tepat waktu.
6. Anjurkan klien melaporkan pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan.
7. Beri pujian jika klien minum obat dengan benar.

**TUK 9**

Klien mendapat dukungan keluarga mengontrol perilaku kekerasan,

**Kriteria evaluasi :**

Keluarga klien dapat : menyebutkan cara merawat klien yang berperilaku kekerasan, mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien.

**Rencana Tindakan :**

* + - 1. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini.
			2. Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat klien.
			3. Jelaskan cara-cara merawat klien :
	1. Terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif.
	2. Sikap tenang, bicara tenang dan jelas.
	3. Membantu klien mengenal penyebab marah
		+ 1. Bantu keluargamendemostrasikan cara merawat klien.
			2. Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi.

**TUK 10**

Klien mendapat perlidungan dari lingkungan untuk mengontrol perilaku kekerasan

**Rencana Tindakan :**

* + - 1. Bicara tenang, gerakan tidak terburu-buru, nada suara rendah, tunjukkan kepedulian.
			2. Lindungi agar klien tidak mencederai orang lain dan lingkungan.
			3. Jika tidak dapat diatasi lakukan : pembatasan gerak atau pengekangan.
			4. **Implementasi**
	1. Membina hubungan saling percaya
	2. Membantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal
	3. Mengobservasi tanda perilaku kekerasan pada klien dan menyimpulkan tanda-tanda yang dialami klien
	4. Menganjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien
	5. Membantu Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
	6. Membicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai
	7. Membicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan klien
	8. Membantu dapat melakukan cara berespons terhadap kemarahan secara konstruktif
	9. Mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan : fisik (tarik nafas dalam, olahraga, pukul kasur/bantal), verbal (mengatakan secara langsung dengan tidak menyakiti), spiritual (sembahyang, berdoa).
	10. Menjelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien, manfaat minum obat, prinsip benar minum obat
	11. Menganjurkan klien melaporkan pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan
	12. Menganjurkan keluarga cara merawat klien yang berperilaku kekerasan, mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien.
	13. Memberikan perlidungan dari lingkungan untuk mengontrol perilaku kekerasan
		+ 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan.Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya. (Keliat, 2011)

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

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

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

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil analisa pada renspon klien.