

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2011). Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrem dari marah atau ketakutan/ panik. Perilaku Agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan (violence) di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku menjadi agresif atau melukai karena penggunaan koping yang kurang bagus. Perilaku kekerasan (PK) adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah tak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2011).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga yang profesional (Keliat dan Akemat, 2009). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan ketika individu mengalami perilaku yang secara fisik dapat membahayakan baik bagi diri sendiri dan orang lain (Videbeck, 2008).

Jadi dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan suatu akibat dari respons marah dan dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

B. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang ditemui pada pasien melalui observasi atau wawancara tentang perilaku kekerasan menurut Keliat dan Akemat (2009) adalah sebagai berikut :

- a. Muka merah dan tegang
- b. Pandangan tajam
- c. Mengatupkan rahang dengan kuat
- d. Mengepalkan tangan
- e. Jalan mondar-mandir
- f. Bicara kasar
- g. Suara tinggi, menjerit atau berteriak

- b) Frustrasi adalah klien gagal mencapai tujuan kepuasan/ saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
- c) Pasif adalah klien merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.
- d) Agresif adalah klien mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
- e) Kekerasan/ Amuk adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol, disertai amuk, merusak lingkungan.

Perilaku yang menunjukkan dan berhubungan dengan agresi :

- 1) Agitasi motorik : bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, respirasi meningkat, membentuk aktivitas motorik tiba-tiba (katatonía).
- 2) Verbal : mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacau minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi atau paranoid.
- 3) Afek : marah, permusuhan, kecemasan yang ekstrem, mudah terangsang, euphoria tidak sesuai atau berlebihan, afek labil.
- 4) Tingkat kesadaran : bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan.

D. Faktor Predisposisi dan Faktor Presipitasi Perilaku Kekerasan

Faktor predisposisi dan faktor presipitasi menurut Kusumawati dan Hartono (2011), adalah sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

1. Faktor Psikologis

Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan (PK).

Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan. Frustrasi merupakan suatu harapan yang diinginkan dan kenyataan yang terjadi tidak sesuai dengan yang diharapkan. Misalnya putus pacar, perceraian, masalah kantor/ pekerjaan, masalah sekolah, masalah keuangan atau masalah yang tidak kunjung selesai. Kekerasan dalam rumah atau keluarga

Merupakan tindakan kekerasan fisik yang dilakukan di dalam rumah atau keluarga itu sendiri.

2. Faktor Sosial Budaya

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Sesuai dengan teori menurut Bandura bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Faktor

ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan pengutan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma yang dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima.

3. Faktor Biologis

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan, adanya pemberian stimulus listrik ringan pada hipotalamus (pada sistem limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, dimana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indra penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi, dan hendak menyerang objek yang ada di sekitarnya.

b. Faktor Presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.

2. Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
3. Lingkungan : panas, padat, dan bising.

E. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Stres, cemas, marah merupakan kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stres dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam. Kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui 3 cara yaitu, mengungkapkan secara verbal, menekan, dan menentang. Dari ke tiga cara ini cara yang pertama adalah konstruktif sedang dua cara lain adalah destruktif. Dengan melarikan diri atau menentang dan menimbulkan dapat di ekspresikan pada diri sendiri atau lingkungan dan akan tampak sebagai depresi psikomatik atau agresif dan ngamuk.

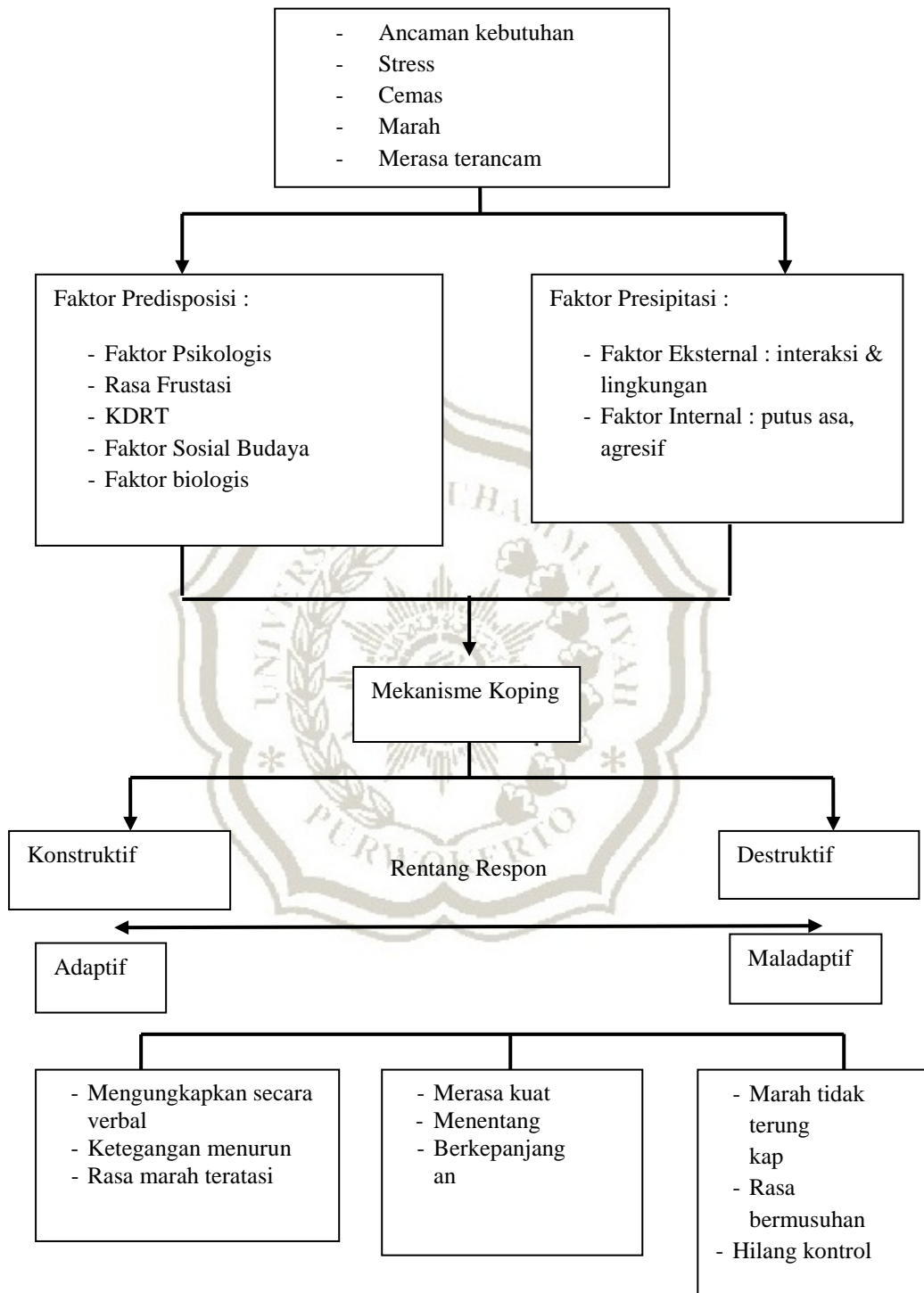
Kemarahan diawali oleh adanya stresor yang berasal dari internal. Stresor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal sedangkan stresor pengusuran, bencana dan sebagainya. Hal tersebut akan mengakibatkan kehilangan atau gangguan pada sistem individu (Disruption and Loss). Hal ini yang terpenting adalah bagaimana seseorang individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau

menjengkelkan tersebut (personal meaning). Bila seseorang memberi makna positif, misalnya macet adalah waktu untuk istirahat, penyakit adalah sarana penggugur dosa, suasana bising adalah melatih persyarafan telinga (nervus auditorius) maka ia akan dapat melakukan kegiatan secara positif (compensatory act) dan tercapai perasaan lega (resolution). Bila ia gagal dalam memberikan makna menganggap segala sesuatunya sebagai ancaman dan tidak mampu melakukan kegiatan positif (olah raga, menyapu atau baca puisi saat dia marah dan sebagainya) maka akan muncul perasaan tidak berdaya dan sengsara (helplessness).

Perasaan itu akan memicu timbulnya kemarahan (anger). Kemarahan yang diekspresikan keluar (expressed outward) dengan kegiatan yang konstruktif (constructive action) dapat menimbulkan perasaan bersalah dan menyesal (guilt). Kemarahan yang dipendam akan menimbulkan gejala psikosomatis (painful symptom).

Secara skematis perawat penting sekali memahami proses kemarahan dapat digambarkan pada skema (Yosep, 2011)

E.Psikopatologi

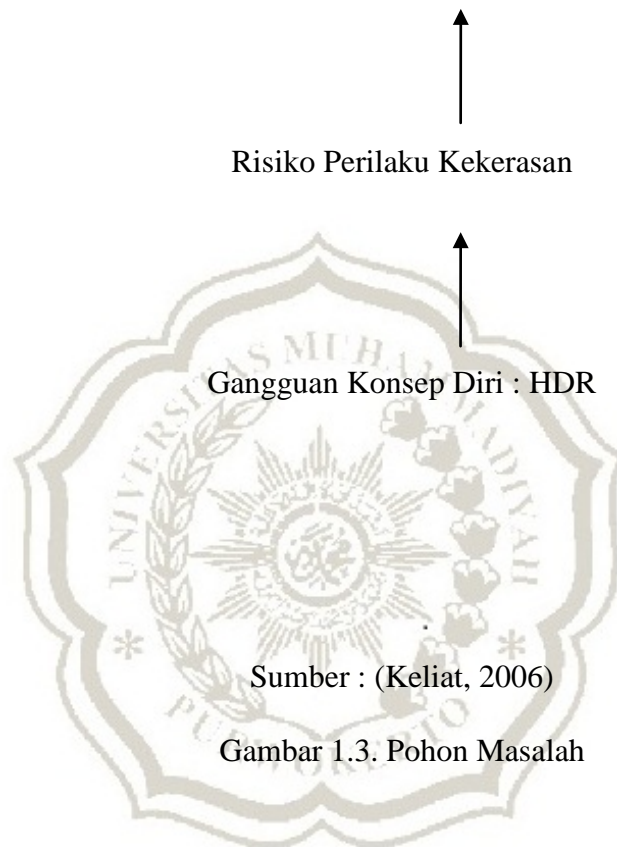


Sumber : Rawlin, Beck (2011)

Gambar 1.2 . Psikopatologi Marah

F. Pohon Masalah

Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

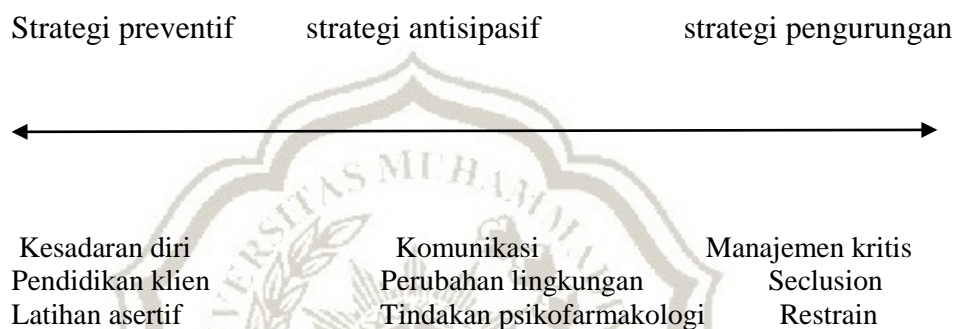


Gambar 1.3. Pohon Masalah

G. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan

a. Proses Keperawatan

Perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi tersebut dapat memulai intervensi keperawatan (Kusumawati dan Hartono, 2011).



Keterangan gambar :

1. Kesadaran diri yaitu perawat harus mengembangkan kesadaran dirinya dan melakukan supervise dengan memisahkan masalah pribadi dan masalah klien.
2. Pendidikan klien yaitu pendidikan yang diberikan pada klien mengenai cara komunikasi langsung dan mngekspresikan marah yang tepat, secara respons adaptif dan maladaptif.
3. Latihan asertif yaitu kemampuan dasar perawat yang harus dimiliki adalah berkomunikasi langsung dengan setiap orang, mengatakan tidak untuk sesuatu yang tidak beralasan, sanggup melakukan complain, dan mengekspresikan penghargaan yang tepat.

4. Komunikasi yaitu strategi komunikasi terapeutik.
 5. Perubahan lingkungan yaitu perawat mampu menyediakan berbagai aktivitas untuk meminimalkan/ mengurangi perilaku klien yang tidak sesuai.
 6. Tindakan perilaku yaitu perilaku yang dapat diterima dan yang tidak.
 7. Psikofarmakologi yaitu pemberian obat sesuai kolaborasi dan mampu menjelaskan manfaat obat pada pasien dan keluarga.
 8. Manajemen klien yaitu bila pada waktu intervensi tidak berhasil, maka perlu intervensi yang tidak berhasil, maka perlu intervensi yang lebih aktif.
- b. Psikofarmakologi

Antianxiety dan sedative-Hipnitics. Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi yang akut. Benzodiazepine seperti Lorazepam dan Clonazepam, sering digunakan dalam keadaan darurat psikiatri untuk menenangkan perlawanan klien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk ketergantungan, juga dapat memperburuk simptom depresi. Selanjutnya pada beberapa klien yang mengalami effect dari benzodiazepine, dapat mengakibatkan peningkatan perilaku agresif. Buspirone obat antianxiety dengan kecemasan dan depresi. Ini ditunjukkan dengan menurunnya perilaku agresif dan agitasi klien dengan cedera kepala, demesia.

Antidepressants, penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsif dan perilaku agresif klien yang berkaitan dengan perubahan mood.

Amitriptyline dan Trazodone efektif untuk menghilangkan agresivitas yang berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organik. Mood Stabilizers, penelitian menunjukkan bahwa pemberian Lithium efektif untuk agresif karena manik. pada beberapa kasus, pemberiannya untuk menurunkan perilaku agresif yang disebabkan oleh gangguan lain seperti RM, cedera kepala, skizofrenia, gangguan kepribadian. Pada klien dengan epilepsi lobus temporal, bisa meningkatkan perilaku agresif. Pemberian Carbamazepines dapat mengendalikan perilaku agresif pada klien dengan kelainan EEGs (electroencephalograms).

Antipsychotic; obat-obatan ini biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat ini dapat membantu, namun diberikan hanya untuk 1-2 minggu sebelum efeknya dirasakan.

Medikasi lainnya; banyaknya kasus menunjukkan bahwa pemberian Naltrexone (antagonis opiat), dapat menurunkan perilaku mencederai diri. Betabockers seperti propranolol dapat juga menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan pada klien dengan gangguan mental organik (Yosep, 2011).

c. Manajemen Kritis

Bila pada waktu intervensi awal tidak berhasil, maka diperlukan intervensi yang lebih aktif. Prosedur penanganan kedaruratan psikiatrik (Yosep, 2011) :

- a) Identifikasi pemimpin tim kritis. Sebaiknya perawat karena bertanggung jawab selama 24 jam.

- b) Bentuk tim kritis. Meliputi dokter, perawat, dan konselor.
 - c) Beritahu petugas keamanan jika perlu. Ketua tim harus menjelaskan apa saja yang menjadi tugasnya selama penanganan klien.
 - d) Jauhkan klien dari lingkungan.
 - e) Lakukan pekekangan, jika memungkinkan.
 - f) Pikirkan suatu rencana penanganan kritis dan beritahu tim.
 - g) Tugaskan anggota tim untuk mengamankan anggota tubuh klien.
 - h) Jelaskan perlunya intervensi tersebut kepada klien dan upayakan untuk kerjasama.
 - i) Pekekangan klien jika diminta oleh ketua tim kritis. Ketua tim harus segera mengkaji situasi lingkungan sekitar untuk tetap melindungi keselamatan kerja dan timnya.
 - j) Berikan obat jika diinstrusikan.
 - k) Pertahankan pendekatan penanganan kritis dengan tim kritis.
 - l) Tinjau kembali intervensi penanganan kritis dengan tim kritis.
 - m) Proses kejadian dengan klien dan staf harus tepat.
 - n) Secara bertahap mengintegrasikan kembali klien dengan lingkungan.
- d. Seclusion

1. Pekekangan fisik

Pekekangan fisik ada dua macam menurut Yosep (2011), secara mekanik (menggunakan manset, sprei pekekang) atau isolasi (menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri). Jenis pekekangan mekanik :

comisoles (jaket pengekang), manset untuk pergelangan tangan, manset untuk pergelangan kaki, dan menggunakan spre. Indikasi pengekangan :

- a) Perilaku amuk yang membahayakan diri sendiri atau orang lain.
- b) Perilaku agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan.
- c) Ancaman terhadap integritasi fisik yang berhubungan dengan penolakan klien untuk beristirahat, makan, dan minum.
- d) Permintaan klien untuk mengendalikan perilaku eksternal. Pastikan tindakan ini telah dikaji dan berindikasi terapeutik.

Pengekangan dengan spre basah atau dingin.

Klien dapat diimobilisasi dengan membalutnya seperti mumi dalam lapisan spre dan selimut. Lapisan paling dalam terdiri atas spre yang telah direndam dalam air es. Walaupun mula-mula terasa dingin, balutan segera menjadi hangat dan menenangkan. Hal ini dilakukan pada perilaku amuk atau agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan obat.

Intervensi keperawatan :

- a) Baringkan klien dengan pakaian rumah sakit diatas tempat tidur yang tahan air.
- b) Balutkan spre pada tubuh klien dengan rapi dan pastikan bahwa permukaan kulit tidak saling bersentuhan.
- c) Tutupi spre basah dengan selapis selimut.
- d) Amati klien dengan konstan.

- e) Pantau suhu, nadi, dan pernapasan. Jika tampak sesuatu yang bermakna buka pengekangan.
- f) Berikan cairan sesering mungkin.
- g) Pertahankan suasana lingkungan yang tenang.
- h) Kontak verbal dengan suara yang menyenangkan.
- i) Lepaskan balutan setelah lebih kurang 2 jam.
- j) Lakukan perawatan kulit sebelum membantu klien berpakaian.

2. Restrain

Adalah pengikatan pada kaki dan tangan tujuan tindakan keperawatan adalah memonitor alat restrain mekanik atau restrain manual terhadap pergelangan kaki. Dapatkan ijin dokter bila diharuskan karena kebijakan institusi.

3. Isolasi

Adalah menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri. Tingkatan pengisolasian dapat berkisar dari penempatan dalam ruangan kecil tertutup tapi tidak terkunci sampai pada penempatan dalam ruangan terkunci dengan kasur tanpa spreng di lantai, kesempatan berkomunikasi yang dibatasi, dan klien memakai pakaian RS atau kain terpal yang berat.

Indikasi penggunaan :

- a) Pengendalian perilaku amuk yang potensial membahayakan klien atau orang lain dan tidak dapat dikendalikan oleh orang lain

dengan intervensi pengendalian yang longgar, seperti kontak interpersonal atau pengobatan.

- b) Reduksi stimulus lingkungan, terutama jika diminta oleh klien.

Kontraindikasi :

- 1) Kebutuhan untuk pengamatan masalah medik.
- 2) Risiko tinggi untuk bunuh diri.
- 3) Potensial tidak dapat mentoleransi deprivasi sensoris.
- 4) Hukuman.

H. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan (Keliat, Panjaitan dan Helena, 2005) :

a. Pengkajian

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Faktor predisposisi dan presipitasi, serta kondisi klien sekarang. Kaji riwayat keluarga dan masalah yang dihadapi klien.

b. Tanda dan gejala

Jelaskan tanda dan gejala klien pada tahap marah, kritis atau perilaku kekerasan, dan kemungkinan bunuh diri. Muka marah, tegang, pandangan mata tajam, iritabel, dan agresif.

c. Diagnosa keperawatan

1. Risiko mencederai diri, orang lain, dan lingkungan.
2. Perilaku kekerasan.
3. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi.
4. Isolasi Sosial.

d. Rencana Tindakan Keperawatan

1. Diagnosa 1 : Risiko Perilaku Kekerasan
TUM : Perilaku Kekerasan tidak terjadi
TUK 1 * : Klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : klien menunjukkan wajah cerah, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, mau menceritakan perasaan yang dirasakan, mau mengungkapkan masalahnya.

Intervensi : Bina hubungan saling percaya dengan :

- a. Beri salam setiap berinteraksi.
- b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan.
- c. Tanyakan dan panggilan nama kesukaan klien.

- d. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi.
- e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.
- f. Buat kontak interaksi yang jelas.
- g. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien.

TUK 2 : Klien mampu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan yang dilakukan.

Kriteria Hasil : klien dapat menceritakan penyebab perasaan baik dari diri sendiri maupun lingkungan.

Intervensi : Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya :

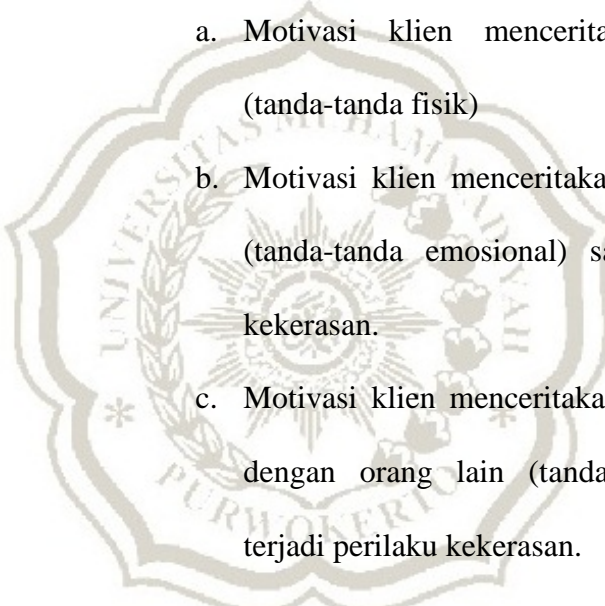
- a. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.
- b. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/ kesal.

TUK 3 : Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : klien dapat menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan yaitu tanda fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi

tegang. Tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar. Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat Perilaku Kekerasan.

Intervensi : bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang di alaminya :

- 
- a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik)
 - b. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan.
 - c. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan.

TUK 4 : Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.

Kriteria Hasil : Klien mampu menjelaskan :

- a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini dilakukan.
- b. Perasaanya saat melakukan kekerasan.
- c. Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.

Intervensi : Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang selama ini dilakukannya :

- a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan yang selama ini dilakukannya.
- b. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindakan kekerasan tersebut terjadi.
- c. Diskusikan apakah dengan tindakan kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.

TUK 5 : Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Klien dapat menjelaskan akibat tindakan perilaku kekerasan yang dilakukannya :

- a. Diri Sendiri : luka, dijauhi teman dll.
- b. Orang lain/ keluarga : luka, tersinggung, ketakutan dll.
- c. Lingkungan : barang atau benda rusak dll.

Intervensi : diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada :

- a. Diri sendiri
- b. Orang lain/ keluarga
- c. Lingkungan.

TUK 6 : Klien dapat mengidentifikasi cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : klien dapat melakukan cara-cara sehat mengungkapkan marah.

Intervensi : Diskusikan dengan klien :

- a. Apakah klien mampu mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat.
- b. Jelaskan berbagai alternative pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien.
- c. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah :
 1. Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur, atau olahraga.
 2. Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain.
 3. Sosial : latihan asertif dengan orang lain.
 4. Spiritual : sembahyang/ doa, zikir, meditasi dsb.

TUK 7 : Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Klien mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan :

- Fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur.
- Verbal : mengungkapkan rasa kesal atau jengkel kepada orang lain tanpa menyakiti.
- Spiritual : zikir/ doa, meditasi sesuai agamanya.

Intervensi : Latih klien mempragakan cara yang dipilih :

- a. Pragakan cara melaksanakan cara yang dipilih.
- b. Jelaskan manfaat cara tersebut.
- c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan.
- d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna.
- e. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/ jengkel.

TUK 8 : Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan.

Kriteria Evaluasi : Klien mampu menjelaskan

- Manfaat minum obat.
- kerugian tidak minum obat.
- Nama obat.
- Bentuk dan warna obat.
- Dosis yang diberikan kepadanya.
- Waktu pemakaian.
- Cara pemakaian.
- Efek yang dirasakan
- Klien mampu menggunakan oabat sesuai program.

2. Diagnosa 2 : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

TUM : Klien dapat berfikir secara realitis

TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau mnyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.

Intervensi : 1. Bina hubungan saling percaya
2. Bersikap terbuka dan empati
3. Terima klien apa adanya
4. Tepati janji
5. Pertahankan kontak mata

TUK 2 : Klien dapat mengenal halusinasinya

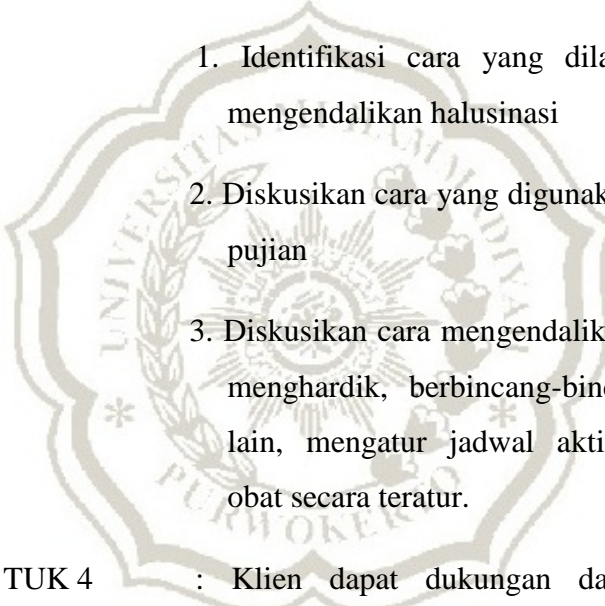
Kriteria Hasil : Klien dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata, klien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbulnya halusinasi.

Intervensi : 1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap
2. Observasi tingkah laku verbal atau nonverbal yang berhubungan dengan halusinasi seperti bicara sendiri dan mata melotot
3. Bantu klien mengenal halusinasinya
4. Terima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien, tetapi tidak bagi perawat
5. Diskusikan dengan klien situasi yang menimbulkan halusinasi
6. Diskusikan dengan klien mengenai faktor pencetus halusinasi
7. Dorong klien mengungkapkan perasaannya ketika sedang halusinasi.

TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria Hasil : Klien dapat menyebutkan tindakan yang dilakukan untuk mengontrol halusinasinya, klien dapat menyebutkan 2 dari 3 cara mengontrol halusinasi.

Intervensi :

- 
1. Identifikasi cara yang dilakukan klien untuk mengendalikan halusinasi
 2. Diskusikan cara yang digunakan, bila adaptif beri pujian
 3. Diskusikan cara mengendalikan halusinasi seperti menghardik, berbincang-bincang dengan orang lain, mengatur jadwal aktifitas, menggunakan obat secara teratur.

TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.

Kriteria Hasil : Klien dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.

Intervensi :

1. Dorong klien untuk memberitahu keluarga ketika timbul halusinasi

2. Diskusikan dengan keluarga tentang gejala, tindakan yang dapat dilakukan, dan cara merawat anggota keluarga dengan halusinasi
3. Diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian manfaat dan efek samping obat
4. Anjurkan keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat
5. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa berkonsultasi terlebih dahulu.

3. Diagnosa 3 : Harga Diri Rendah

TUM : Klien memiliki konsep diri yang positif

TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya.
2. Bersikap terbuka dan empati.
3. Terima klien apa adanya.
4. Tepati janji.
5. Pertahankan kontak mata

TUK 2 : Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

Kriteria Hasil : Klien mengidentifikasi aspek positif keluarga dan di lingkungan.

Intervensi :

1. Diskusikan dengan klien kelebihan yang dimiliki.
2. Tanyakan pada klien penyebab tidak mau bergaul dengan orang lain.

TUK 3 : Klien dapat menetapkan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki

Kriteria Hasil : Klien membuat rencana kegiatan sehari-hari

Intervensi :

1. Rencanakan dengan klien kegiatan yang dapat dilakukan selama di rumah sakit.
2. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan kondisi klien.
3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan.

TUK 4 : Klien dapat melakukan kegiatan sesuai sakit

Kriteria Hasil : Klien melakukan kegiatan sesuai kondisi klien

Intervensi :

1. Beri kesempatan klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan.
2. Beri pujian atas keberhasilan klien.
3. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah.

4. Diagnosa 4 : Isolasi Sosial

TUM : Klien dapat berinteraksi dengan orang lain.

TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria Hasil : Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

Intervensi :

1. Sapa klien dengan ramah.
2. Perkenalkan diri dengan sopan.
3. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai.
4. Jelaskan tujuan pertemuan kepada klien.
5. Jujur dan menepati janji.
6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.

7. Berikan perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

TUK 2 : Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.

Kriteria Hasil : Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Intervensi :

1. Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri, dan tanda-tandanya.
2. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri.
3. Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, dan tanda-tandanya.
4. Beri pujian kepada klien tentang ungkapan perasaannya.

TUK 3 : Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

Kriteria Hasil : Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain misalnya banyak teman, tidak sendiri, dan bisa diskusi.

Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain misalnya sendiri, tidak memiliki teman, dan sepi.

Intervensi :

1. Kaji pengetahuan klien tentang keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
2. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
3. Diskusikan dengan klien tentang keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
4. Beri pujian positif tentang kemampuan klien mengungkapkan perasaannya tentang keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

TUK 4 : Klien dapat mendemonstrasikan berhubungan dengan orang lain (klien-perawat)

Intervensi :

1. Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain.
2. Ajarkan klien berkenalan antara :
 - Klien-perawat.
 - Klien-perawat-perawat lain.
 - Klien-perawat-klien lain.

3. Beri pujian positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai.
4. Bantu klien untuk mengevaluasi keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
Motivasi klien untuk berhubungan dengan orang lain.

TUK 5 :Klien dapat berhubungan dengan orang lain (Klien-perawat lain)

Kriteria Hasil : Klien dapat mendemonstrasikan berhubungan dengan orang lain (klien-perawat lain)

Intervensi :

1. Beri kesempatan klien untuk berkenalan dengan seorang perawat.
2. Diskusikan dengan klien tentang perasaan bila berhubungan dengan orang lain.
3. Beri pujian positif atas kemampuan klien mengungkapkan perasaan tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.

TUK 6 : Klien dapat berhubunngan dengan orang lain (klien-kelompok perawat/klien)

Kriteria Hasil : Klien dapat mendeonstraikan hubungan dengan orang lain (klien-perawat-klien lain)

Intervensi :

1. Beri kesempatan klien untuk berhubungan dengan orang lain (klien-kelompok perawat/klien lain).
2. Beri pujian positif atas kemampuan klien berhubungan dengan orang lain klien-kelompok perawat/klien lain).
3. Motivasi klien untuk berhubungan dengan orang lain.

TUK 7 : Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga mampu mengungkapkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.

Kriteria Hasil : Keluarga dapat menjelaskan perasaanya, cara merawat klien menarik diri, mendemonstrasikan perawatan klien menarik diri, berpartisipasi dalam perawatan klien.

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya.
2. Diskusikan dengan keluarga tentang perilaku menarik diri, penyebab menarik diri, dan cara menghadapi klien menarik diri.
3. Dorong keluarga untuk memberi dorongan kepada klien untuk berhubungan dengan oarang lain.

4. Anjurkan anggota keluarga secara rutin atau bergantian untuk menjenguk klien di rumah sakit, minimal 1 minggu sekali.
5. Beri pujian positif atas hal yang telah dicapai keluarga.

