

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi III: Mengungkapkan Rasa Marah Secara Verbal Untuk Mengatasi Risiko Perilaku Kekerasan

1. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi III: mengungkapkan rasa marah secara verbal

a. Pengertian

Terapi mengungkapkan rasa marah secara verbal merupakan terapi yang dilakukan dengan berbicara yang baik, tidak meminta dengan memaksa menolak sesuatu dengan baik dan mengungkapkan kekerasan tanpa ekspresi kemarahan (Keliat & Pawirowiyono, 2013).

b. Tujuan

Tujuan – tujuan pemberian terapi mengungkapkan rasa marah secara verbal pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan menurut Keliat & Akema (2005) yaitu :

- 1) Klien dapat mengungkapkan keinginan dan permintaan dengan tanpa memaksa sehingga risiko terjadinya perilaku kekerasan tidak ada
- 2) Klien dapat mengungkapkan penolakan, permintaan, dan rasa sakit hati dengan tanpa kemarahan

c. Langkah kerja

Menurut Keliat & Akemat (2005), langkah kerja pada TAK stimulasi persepsi perilaku kekerasan dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Persiapan
 - a) Mengingat kontrak dengan pasien yang telah mengikuti sesi sebelumnya
 - b) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2) Orientasi

a) Salam terapeutik

(1) Salam dari terapis kepada pasien

(2) Pasien dan terapis menggunakan papan nama

b) Evaluasi / validasi

(1) Menanyakan perasaan klien saat ini.

(2) Menanyakan apakah ada penyebab marah, tanda dan gejala marah

c. Kontrak

(1) Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu cara verbal untuk mencegah perilaku kekerasan

(2) Terapis menjelaskan aturan main berikut:

(a) Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis.

(b) Lama kegiatan 45 menit

(c) Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3) Tahap kerja

a) Mendiskusikan dengan pasien cara bicara jika ingin meminta sesuatu dari orang lain.

b) Kemudian tulis cara – cara yang disampaikan klien

c) Terapis mendemonstrasikan cara meminta sesuatu tanpa paksaan, yaitu “Saya perlu/ingin/minta...., yang saya gunakan untuk ...”.

d) Pilih dua orang klien secara bergilir untuk mendemonstrasikan ulang cara pada poin c.

e) Ulangi poin d sampai semua pasien mencoba

- f) Memberikan pujian pada peran serta pasien
 - g) Mendemonstrasikan cara menolak dan menyampaikan rasa sakit hati pada orang lain, yaitu “Saya tidak dapat melakukan ...” atau “Saya tidak dapat menerima jika dikatakan ...” atau “Saya kesal dikatakan seperti ...”.
 - h) Pilih dua orang klien untuk mendemonstrasikan ulang cara pada poin g
 - i) Ulangi poin h sampai semua pasien mencoba
 - j) Memberi pujian terkait peran serta pasien
- 4) Tahap terminasi
- a) Evaluasi
 - (1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK
 - (2) Terapis memberikan pujian untuk jawaban yang benar.
 - b) Tindak lanjut
 - (1) Menganjurkan agar pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal, jika stimulus penyebab perilaku kekerasan terjadi.
 - (2) Menganjurkan melatih kegiatan secara teratur
 - (3) Memasukkan terapi pada jadwal kegiatan harian pasien
 - c) Kontrak yang akan datang
 - (1) Menyetujui untuk belajar secara teratur
 - (2) Menyetujui waktu dan tempat terapi selanjutnya

2. Perilaku kekerasan

a. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai, dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat mencederai/membahayakan dirinya sendiri, orang lain dan bahkan merusak lingkungan (Prabowo, 2014).

Menurut PPNI (2016), Perilaku Kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain atau merusak lingkungan.

b. Tanda Dan Gejala

1) Gejala dan Tanda Mayor Perilaku Kekerasan

Tabel 1

Gejala Dan Tanda Mayor Perilaku Kekerasan

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Mengancam 2. Mengumpat dengan kata – kata kasar 3. Suara keras 4. Bicara kerus	1. Menyerang orang lain 2. Melukai diri sendiri/orang lain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku amuk/agresif

Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2) Gejala Dan Tanda Minor perilaku kekerasan

Tabel 2

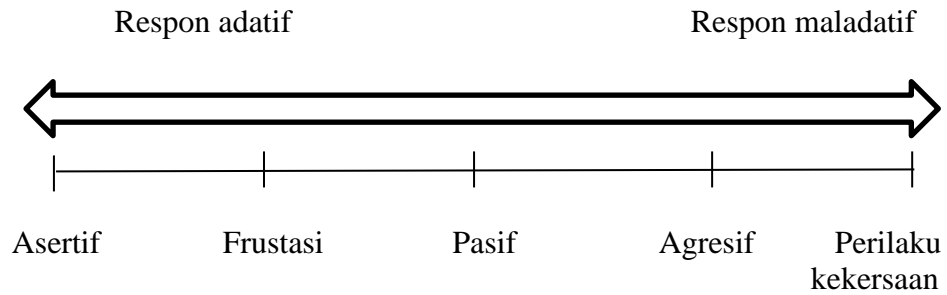
Gejala Dan Tanda Minor Perilaku Kekerasan

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	1. Mata melotot/pandangan tajam 2. Tangan mengempal 3. Rahang mengatup 4. Wajah memerah 5. Postur tubuh kaku

Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

c. Rentang Respon

Berikut merupakan rentang respon perilaku kekerasan yang dijelaskan pada gambar 1 adalah sebagai berikut:



Gambar 1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Sumber : (Stuart & Sundeen, 1998)

1) Respon adatif

a) Asertif

Asertif merupakan respon marah dimana individu biasanya mengungkapkan rasa marah tanpa menyalahkan/menyakiti orang lain.

b) Frustrasi

Respon yang terjadi akibat gagal dalam mencapai tujuan dan tidak dapat menemukan alternative lain.

2) Respon maladatif

a) Pasif

Keadaan dimana individu tidak dapat mengungkapkan perasaan yang sedang dialaminya.

b) Agresif

Perilaku yang menyertai marah dan menuntut suatu yang dianggapnya benar dalam bentuk destruktif tapi masih terkontrol

c) Amuk dan kekerasan

Perasaan marah yang kuat disertai hilang control yang dapat merusak diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

d. Etiologi perilaku kekerasan

- 1) Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
- 2) Stimulus lingkungan
- 3) Konflik interpersonal
- 4) Perubahan status mental
- 5) Putus obat
- 6) Penyalahgunaan zat/alcohol

e. Dampak perilaku kekerasan

Dampak pasien dengan perilaku kekerasan apabila tidak ditangani dapat menyebabkan risiko tinggi mencederai diri, orang lain, dan lingkungan. Risiko mencederai merupakan suatu tindakan yang kemungkinan dapat melukai/membahayakan diri, orang lain dan lingkungan (Prabowo, 2014).

f. Penatalaksanaan

Berikut merupakan beberapa penatalaksanaan perilaku kekerasan menurut Prabowo, (2014) :

1) Farmakologi

Perawatan pasien dengan perilaku kekerasan dapat dicegah dengan pengobatan neuroleptika seperti: chlorpromazine HCL (dosis efektif tinggi), trifluoperazine estelasine (dosis efektif rendah), transquilizer (anti psikotik)

2) Terapi okupasi

Terapi ini biasanya diberikan kegiatan sehari – hari seperti membaca koran dan main catur. Terapi ini merupakan langkah awal yang dilakukan saat rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan setelah ditentukannya program kegiatan.

3) Peran serta keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan pasien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptive, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga.

4) Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi diberikan kepada pasien gangguan jiwa yang bertujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi adaptif dengan tindakan yang ditujukan pada kondisi pasien.

5) Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang. Terapi ini ada awalnya untuk pasien dengan skizofrenia membutuhkan 20 -30 kali terapi setiap 2-3 hari (2 kali dalam seminggu).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Sesi III: Mengungkapkan Rasa Marah Secara Verbal Untuk Mengatasi Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian

Risiko Perilaku Kekerasan: Berisiko membahayakan secara fisik, emosi, dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Perilaku kekerasan adalah kemarahan

yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau lingkungan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

a. Gejala dan tanda mayor:

1) Subyektif

a) Mengancam

b) Mengumpet dengan kata-kata kasar

c) Suara keras

d) Bicara ketus

2) Objektif

a) Merusak lingkungan

b) Melukai diri/sendiri orang lain

c) Menyerang orang lain

d) Perilaku agresi/amuk

b. Gejala dan tanda minor:

1) Subyektif (tidak tersedia)

2) Objektif

a) Mata melotot / pandangan tajam

b) Tangan mengepal

c) Rahang mengatup

d) Wajah memerah

e) Postur tubuh kaku

2. Diagnosa keperawatan

Menurut PPNI (2016), rumusan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan yaitu:

Problem: Risiko Perilaku kekerasan

Diagnosa Keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

3. Rencana keperawatan

Menurut Sutejo (2018), berikut merupakan intervensi keperawatan pada pasien dengan Risiko perilaku kekerasan :

a. Tujuan umum

Pasien mampu berperilaku konstruktif

b. Tujuan khusus

1) TUK 1

Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan Kriteria hasil:

- a) Ekspresi wajah cerah, tersenyum
- b) Mau berkenalan
- c) Ada kontak mata
- d) Bersedia menceritakan perasaannya
- e) Bersedia mengungkapkan masalah

Intervensi:

Bina hubungan saling percaya dengan melakukan prinsip komunikasi terapeutik:

- a. Mengungkapkan salam terapeutik. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal ataupun non verbal
- b. Berjabat tangan dengan pasien
- c. Perkenalkan diri dengan sopan

- d. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
- e. Jelaskan tujuan pertemuan
- f. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
- g. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
- h. Berikan perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien.

Rasional:

Kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap pasien.

2) TUK 2:

Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan dengan

Kriteria hasil:

- a) Pasien dapat menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya
- b) Pasien dapat menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal, baik dari diri sendiri maupun lingkungan.

Intervensi:

- a) Diskusikan bersama Pasien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau rasa jengkelnya dan perilaku kekerasan.
- b) Dengarkan penjelasan pasien tanpa menyela atau memberi penilaian pada setiap ungkapan perasaan pasien.

Rasional:

Menentukan mekanisme coping yang dimiliki oleh pasien dalam menghadapi masalah. Selain itu, juga sebagai langkah awal dalam menyusun strategi berikutnya.

3) TUK 3:

Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan dengan Kriteria hasil:

- a) Pasien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel
- b) Pasien dapat menyimpulkan tanda – tanda marah atau jengkel yang dialami.
- c) Pasien dapat menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan secara:
 - (1) Fisik: mata merah, tangan mengempal dan tegang
 - (2) Emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar.
 - (3) Sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

Intervensi:

- a) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan saat marah/jengkel sakit
- b) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi.
- c) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan
- d) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan

Rasional:

- a) Ungkapan perasaan Pasien di perlukan agar Pasien lebih dapat terbuka
- b) Untuk mengetahui tanda perilaku kekerasan pada pasien
- c) Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan pasien dan lingkungan sekitar.

4) TUK 4:

Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang bisa dilakukannya dengan

Kriteria hasil:

- a) Jenis- jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya.
- b) Perasaannya saat melakukan kekerasan
- c) Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.

Intervensi:

- a) Diskusikan dengan pasien seputar perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini.
- b) Motivasi pasien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya.
- c) Motivasi pasien menceritakan perasaan pasien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi.
- d) Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya, masalah yang dialami teratasi.

Rasional:

Melihat mekanisme coping pasien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.

5) TUK 5:

Pasien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan dengan Kriteria hasil:

Pasien dapat menjelaskan akibat dari tindak kekerasan yang dilakukannya:

- a) Diri sendiri: luka dijauhi teman dan lain-lain
- b) Orang lain/ keluarga: luka, tersinggung, ketakutan dan lain-lain
- c) Lingkungan: barang atau benda-benda rusak

Intervensi:

Diskusikan dengan pasien akibat negatif atau kerugian dari cara atau tindakan kekerasan yang dilakukan pada:

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

Rasional:

Membantu pasien melihat dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan pasien

6) TUK 6:

Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan Kriteria hasil:

Pasien dapat menjelaskan: cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah

Intervensi:

Diskusikan dengan pasien seputar sebagai berikut:

- a) Apakah pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat
- b) Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien.
- c) Jelaskan cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan secara emosional yaitu perasaan marah, jengkel dan bicara kasar.

Rasional:

Menurunkan perilaku yang destruktif yang berpotensi mencederasi pasien dan lingkungan sekitar.

7) TUK 7:

Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan Pemberian

Terapi Mengungkapkan Rasa Marah Secara Verbal dengan Kriteria hasil:

Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi:

- a) Bantu pasien melakukan TAK stimulasi persepsi sesi III
- b) Bantu pasien untuk melakukan roleplay
- c) Bantu reinforcement positif atas keberhasilan pasien melakukan roleplay

Rasional:

- a) Untuk mengetahui manfaat cara yang telah dipilih
- b) Untuk mengetahui apakah pasien dapat melakukan roleplay
- c) Memberikan dukungan positif terhadap keberhasilan pasien melakukan roleplay.

8) TUK 8:

Pasien dapat menggunakan obat sesuai program dengan 12 benar dengan Kriteria

hasil:

Pasien bisa menjelaskan tentang pemberian obat dengan prinsip 12 benar

Intervensi:

- a) Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat.
- b) Jelaskan kepada pasien tentang pemberian obat dengan prinsip 12 benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu, benar dokumentasi, benar pendidikan kesehatan perihal medikasi pasien, hak pasien

untuk menolak, benar pengkajian, benar evaluasi, benar reaksi terhadap makanan dan benar reaksi terhadap obat lain.

Rasional:

- a) Menyaksekan program pengobatan pasien
- b) Obat dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan pasien dan dapat membantu penyembuhan pasien
- c) Mengontrol kegiatan minum obat dan mencegah klien putus obat.

4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi perawatan merupakan tindakan dari rencana keperawatan yang disusun sebelumnya berdasarkan prioritas yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri dan kolaboratif. Pada situasi nyata sering implementasi jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan, tindakan keperawatan yang biasa adalah rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal ini sangat membahayakan pasien dan perawat jika berakibat fatal dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana perawatan yang akan dilakukan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai kondisi yang dialaminya saat ini. Setelah semua proses validasi tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan sudah boleh dilaksanakan. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon pasien (Keliat, 2014).

5. Evaluasi

Menurut PPNI (2016), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subyektif, objektif, assessment dan planning) yaitu :

a. Subyektif:

- 1) Pasien tidak lagi melakukan perilaku mengancam
- 2) Pasien tidak lagi mengumpat dengan kata-kata kasar
- 3) Pasien tidak lagi bersuara keras
- 4) Pasien tidak lagi berbicara keras

b. Objektif:

- 1) Pasien bersikap konstruktif
- 2) Pasien tidak tampak melukai diri sendiri/orang lain
- 3) Pasien tidak tampak merusak lingkungan
- 4) Pasien tidak tampak berperilaku agresif/amuk
- 5) Mata pasien tidak tampak melotot dan pandangan tidak tajam
- 6) Tangan pasien tidak tampak mengepal
- 7) Rahang pasien tidak tampak mengatup
- 8) Postur tubuh pasien tidak tampak kaku