

## **BAB II**

### **TINJUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia menyebabkan pikiran, persepsi, emosi dan perilaku individu menjadi menyimpang. Seperti jenis kanker, skizofrenia dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang berbeda (Videbeck, 2020). Mengidentifikasi spektrum gangguan psikotik yang terorganisir untuk mencerminkan gradien psikopatologi dari yang paling kecil hingga yang paling parah (Mashudi, 2020).

Skizofrenia secara etimologi berasal dari bahasa Yunani yaitu “schizo” yang berarti “terpotong” atau “terpecah” dan “phren” yang berarti “pikiran”, sehingga skizofrenia berarti pikiran yang terpisah. Arti dari kata-kata tersebut menjelaskan tentang karakteristik utama dari gangguan skizofrenia, yaitu pemisahan antara pikiran, emosi, dan perilaku dari orang yang mengalaminya. Skizofrenia merupakan gangguan psikis yang ditandai dengan penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi persepsi, pikiran, dan kognitif (Dewi, 2022).

Berdasarkan pengertian yang diuraikan diatas, dapat disimpulkan skizofrenia adalah gangguan psikis dengan adanya pemisahan antara pikiran, emosi, dan perilaku dari orang yang mengalaminya ditandai dengan penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi persepsi, pikiran, dan kognitif

### 2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Videback (2020) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

#### 1. Faktor Predisposisi

##### a. Faktor Biologis

1) Faktor Genetik Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

##### 2) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. Computerized Tomography (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan Positron Emission Tomography (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan

beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir

### 3) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

- b. Faktor Psikologis Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.
- c. Faktor Sosiokultural dan Lingkungan Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar

dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

## 2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

- a. Biologis Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus
- b. Lingkungan Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran
- c. Pemicu Gejala Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit.Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu (Mashudi, 2020).

### 2.1.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia adalah sebagai berikut (Mashudi, 2020). :

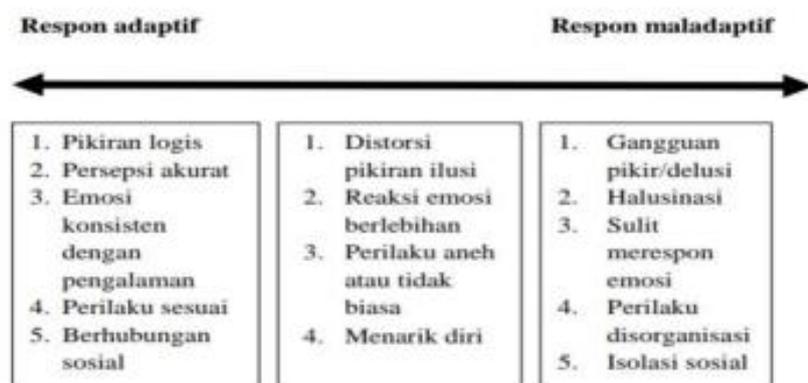
#### 1. Gejala Positif

- a. Waham : keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

- b. Halusinasi : gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan).
  - c. Perubahan Arus Pikir :
    - 1) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
    - 2) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
    - 3) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
  - d. Perubahan Perilaku
2. Gejala Negatif
- a. Hiperaktif
  - b. Agitasi
  - c. Iritabilitas

#### 2.1.4 Rentang Respon Neurologis

Stuart (2013) dalam Mashudi, (2020) menggambarkan respon neurobiologis skizofrenia sebagai berikut :



Gambar 2.1 Rentang respon neuro biologis

### 2.1.5 Psikopatologi

Skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Yang termasuk faktor predisposisi ialah : faktor genetik, faktor neuroanatomi, faktor neurokimia, faktor psikosial, dan faktor sosiokultural dan lingkungan. Sedangkan yang termasuk faktor presipitasi adalah biologis, lingkungan dan pemicu gejala. Faktor-faktor tersebut baik faktor predisposisi maupun faktor presipitasi dapat menjadi penyebab seseorang berespon yang maladaptif. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya gangguan penilaian individu, kurang dukungan, dan mekanisme coping yang tidak efektif yang akan menyebabkan masalah keperawatan ketidakefektifan coping individu (Mashudi, 2020). Skizofrenia dapat menimbulkan gejala positif maupun gejala negatif. Gejala positif seperti waham, halusinasi, perubahan arus pikir dan perubahan perilaku. Sedangkan gejala negatif seperti sikap masa bodoh (apatis), pembicaraan terhenti tiba-tiba (blocking), menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial), dan menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari. Dari gejala-gejala negatif tersebut dapat memicu adanya perasaan hilang percaya diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri dapat menyebabkan harga diri rendah (Mashudi, 2020).

### 2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien skizofrenia menurut Hawari (2012) adalah sebagai berikut:

1. Manajemen keperawatan pasien halusinasi menurut (Stuart, 2013) sebagai berikut :
  - a. Bina hubungan interpersonal dan saling percaya.
  - b. Ingat jika anda merasa cemas atau takut, pasien pun akan mengalami hal yang sama.
  - c. Bersikap sabar, tunjukkan penerimaan, dan gunakan keterampilan mendengar aktif.

- d. Kaji gejala halusinasi, termasuk lama, intensitas, dan frekuensi.
  - 1) Amati isyarat perilaku yang mengindikasikan adanya halusinasinya.
  - 2) Amati isyarat yang mengidentifikasi tingkat intensitas dan lama halusinasi.
  - 3) Bantu pasien mencatat banyaknya halusinasi yang dialami pasien setiap hari.
- e. Fokuskan pada gejala dan minta pasien untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi.
  - 1) Berikanlah kekuatan kepada pasien dengan membantunya memahami gejala yang dialami.
  - 2) Bantu pasien untuk mengendalikan halusinasinya, mencari distraksi yang berguna, dan meminimalkan alkohol.
- f. Kaji penggunaan obat dan alkohol.
  - 1) Tentukan pasien apakah menggunakan alcohol atau obat.
  - 2) Tentukan apakah perilaku ini menyebabkan atau memperparah halusinasi.
- g. Jika perawat ditanya oleh pasien, katakan secara singkat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama.
  - 1) Jangan mendebatkan pasien jika berbeda persepsi.
  - 2) Jika muncul halusinasinya, jangan membiarkan pasien sendirian.
- h. Sarankan dan kuatkan penggunaan hubungan interpersonal sebagai suatu teknik penatalaksanaan gejala.
  - 1) Dorong pasien untuk bercerita kepada orang yang ia percayai yang dapat memberikan umpan balik yang korektif dan suportif
  - 2) Bantu pasien dalam memobilisasi dukungan sosial.
- i. Bantu pasien untuk menjelaskan dan membandingkan halusinasi saat ini dan halusinasi masa lalu.

- 1) Tentukan apakah terhadap pola halusinasi yang dialami pasien.
  - 2) Dorong pasien untuk mengingat kapan halusinasi pertama terjadi.
- j. Bantu pasien mengidentifikasi kebutuhan yang merefleksikan isi halusinasi
- 1) Identifikasi kebutuhan yang dapat memicu halusinasi.
  - 2) Fokuskan pada kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi dan diskusikan hubungan tersebut dengan adanya halusinasi
- k. Tentukan pengaruh gejala pasien terhadap aktivitas hidup sehari-hari.
- 1) Berikan umpan balik tentang respons koping umum pasien dan aktivitas hidup sehari-hari.
  - 2) Bantu pasien menggali gejala, pemicu gejala, dan strategi pelaksanaan.
2. Manajemen Psikofarmaka
- a. Peran Perawat Dalam Pemberian Psikofarmaka Peran perawat dalam penatalaksanaan obat di rumah sakit jiwa (Yusuf, 2015) sebagai berikut :
- 1) Mengumpulkan data sebelum pengobatan. Dalam melaksanakan peran ini, perawat didukung oleh latar belakang pengetahuan biologis dan perilaku. Data yang perlu dikumpulkan antara lain riwayat penyakit, diagnosis medis, hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan, Riwayat pengobatan, jenis obat yang digunakan (dosis, cara pemberian, waktu pemberian), dan perawat perlu mengetahui program terapi lain bagi pasien. Pengumpulan data ini agar asuhan yang diberikan bersifat menyeluruh dan merupakan satu kesatuan.
  - 2) Mengoordinasikan obat dengan terapi modalitas.

- 3) Hal ini penting dalam mendesain program terapi yang akan dilakukan. Pemilihan terapi yang tepat dan sesuai dengan program pengobatan pasien akan memberikan hasil yang lebih baik.
- 4) Pendidikan kesehatan.
- 5) Pasien di rumah sakit sangat membutuhkan pendidikan kesehatan tentang obat yang diperolehnya, karena pasien sering tidak minum obat yang dianggap tidak ada manfaatnya. Selain itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan oleh keluarga karena adanya anggapan bahwa jika pasien sudah pulang ke rumah tidak perlu lagi minum obat padahal ini menyebabkan risiko kekambuhan dan dirawat kembali di rumah sakit.
- 6) Memonitor efek samping obat.
- 7) Seorang perawat diharapkan mampu memonitor efek samping obat dan reaksi-reaksi lain yang kurang baik setelah pasien minum obat. Hal ini penting dalam mencapai pemberian obat yang optimal.
- 8) Melaksanakan prinsip-prinsip pengobatan psikofarmakologi.
- 9) Peran ini membuat perawat sebagai kunci dalam memaksimalkan efek terapeutik obat dan meminimalkan efek samping obat karena tidak ada profesi lain dalam tim kesehatan yang melakukan dan mempunyai kesempatan dalam memberikan tiap dosis obat pasien, serta secara terus-menerus mewaspadaai efek samping obat. Dalam melaksanakan peran ini, perawat bekerja sama dengan pasien.
- 10) Melaksanakan program pengobatan berkelanjutan.
- 11) Dalam program pengobatan, perawat merupakan penghubung antara pasien dengan fasilitas kesehatan yang

ada di masyarakat. Setelah pasien selesai dirawat di rumah sakit maka perawat akan merujuk pasien pada fasilitas yang ada di masyarakat misalnya puskesmas, klinik jiwa, dan sebagainya.

- 12) Menyesuaikan dengan terapi nonfarmakologi.
- 13) Sejalan dengan peningkatan pengetahuan dan kemampuan perawat, peran perawat dapat diperluas menjadi seorang terapis. Perawat dapat memilih salah satu program terapi bagi pasien dan menggabungkannya dengan terapi pengobatan serta bersama pasien bekerja sebagai satu kesatuan.
- 14) Ikut serta dalam riset interdisipliner
- 15) Sebagai profesi yang paling banyak berhubungan dengan pasien, perawat dapat berperan sebagai pengumpul data, sebagai asisten peneliti, atau sebagai peneliti utama. Peran perawat dalam riset mengenai obat ini sampai saat ini masih terus digali.

### 3. Psikofarmaka

Obat psikofarmaka ditujukan pada gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis dapat dihilangkan. Obat psikofarmaka lebih berkhasiat menghasilkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positif skizofrenia atau sebaliknya, ada juga yang lebih cepat menimbulkan efek samping dan lain sebagainya. Beberapa contoh obat psikofarmaka yang beredar di Indonesia yang termasuk golongan generasi pertama yaitu Chlorpromazine HCl, Trifluoperazine HCL, Thioridazine HCl, dan Haloperidol. Yang termasuk golongan generasi kedua yaitu Risperidone, Paliperidone, Clozapine, Quetiapine, Olanzapine, dan Aripiprazole. Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (typical) maupun generasi kedua (atypical) pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan typical

khususnya berkhasiat dalam mengattasi gejalagejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negatif pemakaian golongan typical kurang memberikan respon. Selain itu obat golongan typical tidak memberikan efek yang baik pada pemulihan fungsi kognitif penderita. Obat golongan typical sering menimbulkan efek samping berupa gejala ekstra piramidal (EPS).

#### 4. Terapi Psikososial

Terapi psikososial dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Penderita ini menjalani terapi psikososial hendaknya tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana juga hanya waktu menjalani psikoterapi.

## 2.2 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

### 2.2.1 Pengertian

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik (Affianti, 2023)

Pengertian Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri. perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan (Pardede, 2019).

Perilaku kekerasan (PK) didefinisikan sebagai kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan menciderai orang lain atau merusak lingkungan, penyebab perilaku kekerasan diantaranya yaitu ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah, stimulus lingkungan, konflik intrapersonal, putus obat, perubahan status mental dan penggunaan zat/alcohol. Tanda dari perilaku kekerasan yaitu mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, menyerang orang lain, merusak lingkungan dan perilaku agresif atau amuk (SDKI, 2018)

Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon mal adaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi stresor lingkungan yang dialaminya (Estika, 2021).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

### 2.2.2 Rentang Respon



(Gambar 2.2 Rentang Respon)

#### 1. Respon Adaptif

- a. Asertif adalah Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan (Nuryono, 2020).
- b. Frustrasi adalah Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.

#### 2. Respon Maladaptif

- a. Pasif adalah Individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya.
- b. Agresif adalah Perilaku destruktif tapi masih dapat dikontrol. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain (Siauta et al., 2020).
- c. Amukan adalah Perilaku destruktif dan tidak terkontrol. Yaitu rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun orang lain (Fanny, 2021).

### 2.2.3 Etiologi

#### 1. Faktor presdiposisi

- a. Faktor genetik, perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara pelaku tindak kriminal (narapidana) (Siauta et al., 2020).
- b. Faktor psikologis

- 1) Kepribadian tertutup, kepribadian yang tertutup merupakan penyebab dari seseorang mengalami gangguan jiwa, kepribadian yang tertutup yang tidak pernah mengungkapkan atau menceritakan permasalahannya membuat partisipan menyimpan seluruh beban-beban permasalahan di jiwanya (Siauta et al., 2020).
  - 2) Kehilangan, perasaan kehilangan yang sangat mendalam yang dialami oleh seseorang merupakan penyebab dari seseorang mengalami gangguan jiwa, yang menyebabkan seseorang bisa dirawat di rumah sakit jiwa.
  - 3) Aniaya seksual, bahwa aniaya seksual menyebabkan pasien mengalami risiko perilaku kekerasan.
  - 4) Kekerasan dalam rumah tangga, hal ini dikarenakan seseorang akan merasa tidak dihargai, dibuang dan tidak disayang oleh keluarga yang mengakibatkan stressor.
- c. Faktor social budaya, Teori lingkungan sosial (social environment theory) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (Social learning theory). Social learning theory menerjemahkan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Sehingga seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya (Fhadilah et al., 2020).

2. Faktor presipitasi Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang lain (putus cinta, perceraian, kematian), kehilangan kasih sayang, kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dll. Sedangkan faktor luar lingkungan meliputi serangan fisik, lingkungan yang tidak kondusif, kritikan, tindakan kekerasan (Wardana et al., 2020)

#### 2.2.4 Patofisiologi/ proses terjadinya masalah

##### 1. Faktor presdiposisi

- a. Psikologis : kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya.
- b. Perilaku : reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan dirumah atau diluar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.
- c. Social budaya : budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan yang diterima (permissive) (Untari, 2020).

##### 2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi pasien seperti ini kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidak berdayaan, 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 dicintainya atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain interaksi yang profokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan (Siauta et al., 2020).

### 2.2.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Malfasari et al., 2020) manifestasi risiko perilaku kekerasan yaitu :

- a. Klien mulai mondar-mandir
- b. Mata melotot
- c. Tangan mengepal
- d. Badan kaku, muka memera
- e. Berteriak
- f. Klien mengatakan sering mengurung diri karna perilaku kekerasannya sering kambuh
- g. Klien kurang mau berinteraksi dengan teman-teman yang lainnya

### 2.2.6 Tanda gejala perilaku kekerasan

- a. Fisik : muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, postur tubuh kaku, jalan mondar mandir.
- b. Verbal : bicara kasar, suara tinggi, membentak atau berteriak, mengancam secara fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor.
- c. Perilaku : melempar atau memukul benda pada orang lain, menyerang orang lain atau melukai diri sendiri, merusak lingkungan, amuk atau agresif.
- d. Emosi : tidak ade kuat, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, menyalahkan dan menuntut.
- e. Intelektual : cerewet, kasar, berdebat, meremehkan,
- f. Spiritual : merasa berkuasa, merasa benar sendiri, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasan orang lain, tidak peduli dan kasar.
- g. Social : menarik diri, penolakan, ejekan, sindiran.

### 2.2.7 Penatalaksanaan

#### 1. Medis

- a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikosial
- b. Halloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri.
- c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontro perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
- d. ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk

#### 2. Keperawatan

##### Strategi Pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Tabel 2.1 Strategi Pelaksana Risiko Perilaku Kekerasan

<p><b>SP I PK</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>3. Mengidentifikasi PK yang biasa dilakukan</li> <li>4. Mengidentifikasi akibat PK</li> <li>5. Menyebutkan cara mengontrol PK</li> <li>6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik</li> <li>7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian</li> </ol>
<p><b>SP II PK</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian Pasien</li> <li>2. Menjelaskan cara mengontrol PK dengan minum obat</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>
<p><b>SP III PK</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II</li> </ol>

3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
<b>SP IV PK</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>
<b>SP V PK</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam</li> <li>4. jadwal kegiatan harian</li> </ol>

Tabel 2.2 Strategi Pelaksana Keluarga Risiko Perilaku Kekerasan

<b>SP I</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK</li> <li>3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK</li> </ol>
<b>SP II</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK</li> </ol>
<b>SP III</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)</li> </ol>

2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang
--

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian : Identitas Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.
2. Alasan masuk : Klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur
3. Faktor presdiposisi : Klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa, biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan, trauma, Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan dll
4. Pengkajian fisik
  - a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
  - b. Ukur tinggi badan dan berat badan.
  - c. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah)
  - d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).
5. Psikososial

- a. Genogram, Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga.
  - b. Konsep diri, anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut
  - c. Harga diri, klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga
6. Hubungan social
- a. Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara
  - b. Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut
  - c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan Masyarakat
7. Spiritual
- a. Nilai dan keyakinan
  - b. Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
  - c. Kegiatan ibadah
8. Status mental : penambilan. Pembicaraan, aktivitas motoric, alam perasaan, persepsi, isi pikiran, tingkat kesadaran, memori, kemampuan enilaian, daya fikir diri.

### 2.3.2 Analisa data

Analisis data bertujuan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien sehingga membantu perawat dalam menentukandiagnosakeperawatan.

### 2.3.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan tersebut (Darmawan, 2018).

Menurut (Sutejo, 2019) Menegakkan Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan, dirumuskan jika pasien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut

### 2.3.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan oleh pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan pasien individu, keluarga, dan komunitas (SIKI,2018).

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p> <p>Definisi: Berisiko membahayakan secara fisik, emosidan/atau seksual pada dirisendiri atau orang lain Faktor risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemikiran waham /delusi</li> <li>2. Curiga pada orang lain</li> <li>3. Halusinasi</li> <li>4. Berencana bunuh diri</li> <li>5. Disfungsi system keluarga</li> <li>6. Kerusakan kognitif</li> <li>7. Disorientasi atau konfusi</li> <li>8. Kerusakan control impuls</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawtaan selama 6 kali pertemuan maka Kontrol diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain (5)</li> </ol>	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan</li> <li>2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</li> <li>3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan</li> </ol> <p>Terapeutik</p>

9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat	2. Verbalisasi umpatan (5)	1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
10. Alam perasaan depresi	3. Perilaku menyerang(5)	2. libatkan keluarga dalam perawatan
11. Riwayat kekerasan pada hewan	4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain (5)	Edukasi
12. Kelaianan neurologis	5. Perilaku merusak lingkungan sekitar (5)	1. Anjurkan pengunjungan keluarga untuk mendukung perawatan pasien
13. Lingkungan tidak teratur	6. Perilaku agresif/amuk(5)	2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
14. Penganiayaan atau pengabaian anak	7. Suara keras (5)	3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal
15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain	8. Bicara ketus (5)	
16. Impulsive		
17. Ilusi		

#### 2.4.5 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas khusus yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Menurut (A Budiman, 2019) dalam Modul Keperawatan Jiwa Tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Bersama keluarga perawat mengidentifikasi masalah yang dialami oleh pasien. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian, dan mengevaluasi. Jika pasien mendapatkan terapi obat, maka hal pertama yang harus dilatih adalah pentingnya kepatuhan minum obat. Setelah selesai melatih pasien, perawat menemui pihak keluarga untuk melatih cara merawat pasien. Selanjutnya perawat akan menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu

dilakukan keluarga yaitu mengingatkan pasien melatih kemampuan mengatasi masalah yang telah diajarkan oleh perawat.

Tindakan keperawatan dengan pendekatan setrategi pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan terdiri dari :

1. SP 1 (pasien) : membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab perilaku kekerasan, membantu pasien dalam mengenal tanda dan gejala dari perilaku kekerasan.
2. SP 2 (pasien) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara meminum obat secara teratur.
3. SP 3 (pasien) : : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik
4. SP 4 (pasien) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik
5. SP 5 (pasien) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara shalat, beribadah atau berdoa.

#### 2.4.6 Evaluasi keperawatan

Menurut (Hargiana , 2018), Evaluasi yang dilakukan perawat berdasarkan kemampuan yang sudah diajarkan pada pasien, berupa evaluasi yang dapat dilakukan untuk menilai respon verbal dan juga non verbal yang dapat diobservasi oleh perawat berdasarkan respon yang di tunjukkan oleh pasien. Berikut penyusunan evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, yaitu :

S : Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada dara kontradiksi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons pasien yang terdiri dari tindakan lanjut oleh perawat.

## 2.4 Konsep Terapi Tehnik Relaksasi Napas Dalam

### 2.4.1 Definisi

Definisi terapi relaksasi napas dalam Terapi relaksasi napas dalam merupakan pernapasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian. (Paramita, 2021).

Mekanisme relaksasi napas dalam pada sistem pernapasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernapasan dengan frekuensi pernapasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi napas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi (Masnina & Setyawan, 2018).

### 2.4.2 Tujuan terapi relaksasi nafas dalam

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Bruner & Suddart, 2013) dalam (Paramita, 2021).

### 2.4.3 Manfaat terapi relaksasi napas dalam

Beberapa manfaat terapi relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut (Wardani, 2015) dalam (Paramita, 2021) :

1. Ketentraman hati
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah d. Detak jantung lebih rendah

4. Mengurangi tekanan darah
5. Meningkatkan keyakinan
6. Kesehatan mental menjadi lebih baik

#### 2.4.4 Pengaruh terapi relaksasi napas dalam terhadap resiko perilaku kekerasan

Menurut Wiramiharja (2017) teknik relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah sehingga pada akhirnya dapat mengendurkan ketegangan jiwa. Menurut Keliat (2016) pengendalian pasien risiko perilaku kekerasan, termasuk perilaku marah dengan cara melakukan relaksasi tarik napas dalam. Kelebihan dari teknik pernapasan dalam, selain menyebabkan efek yang menenangkan fisik juga dapat menenangkan pikiran. Oleh karena itu teknik pernafasan dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi.

Pernapasan dalam dilakukan dengan mengatur mekanisme pernapasan baik tempo atau irama dan intensitas pernapasan yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernapas menyebabkan otot lentur. Napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri atas pernapasan abdominal (diaphragma). Pernapasan dalam sebuah teknik Latihan napas yang telah lama diperkenalkan dan dapat dipakai untuk menciptakan ketenangan mengurangi tekanan supaya pasien menjadi nyaman (Kinandika, 2018).

Teknik pernapasan dalam bisa dilakukan oleh pasien secara mandiri dimana saja dan kapan saja, karena hanya memerlukan posisi duduk yang nyaman dan mengatur pola pernafasan pasien. Teknik pernafasan dalam bisa dilakukan saat di RSJ maupun saat di rumah bila pasien sudah pulang, teknik ini dapat menjadi alternatif tindakan dari pasien dalam mengendalikan perilaku kemarahan dari pasien Skizofreniasecara adaptif (Keliat, 2015)

2.4.5 SOP (Standar Operasional Prosedur) terapi relaksasi napas dalam pada resiko perilaku kekerasan

Tabel 2.4 Standar Operasional Prosedur

<b>Standar Operasional Posedur Terapi Napas Dalam</b>	
Pengertian	Menggunakan terapi napas dalam untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti ketegangan otot. Relaksasi juga dapat berarti kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress
Tujuan	Menurunkan ketegangan otot, menurunkan tekanan darah, nadi, pernapasan, meningkatkan konsentrasi pada suatu ide, membuat perubahan posisi tubuh yang rileks
Indikasi	Pasien dengan kondisi cemas Pasien dengan ketegangan otot tubuh yang membutuhkan keadaan rileks
Alat dan Bahan	Sphygmomanometer Jam saku Stetoscoop.
	<p><b>Persiapan pasien</b></p> <p>Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama, tanggal lahir)</p> <p>Menjelaskan tujuan dan prosedur dan tindakan</p> <p>Persiapan alat dan bahan</p> <p>Sphygmomanometer</p> <p>Jam saku</p> <p>Stetoscoop</p>

	<p><b>Persiapan lingkungan</b></p> <p>Ciptakan lingkungan yang tenang/ nyaman Prosedur kerja</p> <p>Atur posisi pasien sedemikian rupa agar rileks dan upayakan agar tidak ada bagian tubuh yang menerima beban anggota tubuh lain</p> <p>Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>Latih melakukan terapi relaksasi napas dalam :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh</li> <li>b. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</li> <li>c. Ajarkan melakukan eskpirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan</li> <li>d. Demonstrasikan menarik napas, menahan napas dan menghembuskan napas</li> <li>e. Monitor respons pasien selama dilakukan prosedur</li> <li>f. Rapikan pasien dan alat- alat yang digunakan</li> <li>g. Merencanakan tindak lanjut</li> <li>h. Melakukan kontrak yang akan datang</li> </ol> <p>Melakukan dokumentasi tindakan dan hasil</p>
--	---

(Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI, 2021)