

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep skizofrenia**

##### **1. Definisi Skizofrenia**

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu Schizein yang berarti pecah belah dan Phrenia yang berarti jiwa sehingga jika dari segi bahasa maka Skizofrenia adalah jiwa yang terpecah-belah. Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang biasanya bersifat kronis (dialami menahun), ditandai adanya kesulitan penderita dalam membedakan antara realita dengan khayalan (bisa dalam bentuk waham (delusi) atau halusinasi). Gangguan ini akan berdampak pada bagaimana penderita berpikir, merasa, berperilaku, dan berinteraksi dengan orang lain sehingga tentunya akan memengaruhi kualitas hidup penderita.(Sitawati et al., 2022).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang di tandai dengan penurunan atau ketidak mampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), efek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktifitas sehari-hari (Adab, 2021).

##### **2. Etiologi**

Skizofrenia disebabkan oleh multifaktorial. Penderita skizofrenia ditengarai memiliki kerentanan biologis spesifik (diatesis), yang dipicu oleh kondisi stres, lalu menimbulkan gejala-gejala skizofrenia. Kondisi stres ini bisa berupa faktor genetik, biologis, kondisi psikologis maupun lingkungan sosial. Interaksi

kompleks antar faktor inilah yang ditengarai menjadi penyebab timbulnya penyakit skizofrenia.

- a. Faktor genetik (faktor keturunan) Individu dengan riwayat keluarga menderita skizofrenia (faktor genetik) akan lebih rentan juga menderita skizofrenia dibandingkan individu yang tidak memiliki keluarga yang menderita skizofrenia. Sebagai contoh, jika ada salah satu orang tua kandung seseorang menderita skizofrenia, maka risiko orang tersebut menderita skizofrenia adalah sebesar 13%, jika kedua orang tua kandungnya menderita skizofrenia maka risikonya naik menjadi 30-46% Meskipun demikian, banyak penderita skizofrenia yang ternyata tak memiliki faktor genetik.
- b. Faktor biologis Terdapat beberapa abnormalitas pada struktur dan fungsi otak yang dikaitkan dengan pencetus penyakit skizofrenia, di antaranya adalah pelebaran ventrikel, penurunan ukuran otak dan penurunan konektivitas antara regio otak. Selain itu, juga didapatkan adanya kelainan fungsi kognitif penderita skizofrenia, terutama pada fungsi ingatan dan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Faktor biologis lain yang berperan adalah neurotransmitter. Otak manusia terdiri dari jutaan sel yang mampu terhubung maupun berkomunikasi antara satu dengan yang lain secara elektrik dan kimiawi. Ketika sebuah sel distimulasi, sel tersebut akan mengeluarkan neurotransmitter. Tiap sel memiliki neurotransmitter yang berbeda dan dapat berpotensi terjadinya ketidakseimbangan kadar neurotransmitter di otak yang dapat menimbulkan gejala-gejala.

- c. skizofrenia. Ketidakseimbangan neurotransmitter di otak inilah yang menjadi target kerja obat antipsikotik yang diberikan pada penderita skizofrenia untuk mengendalikan gejala-gejala skizofrenia yang timbul.
- d. Kondisi psikologis Ada kalanya seseorang tidak memiliki seseorang untuk berbagi cerita atau memiliki kepribadian yang pendiam dan tertutup di saat dirinya mengalami stressor, sehingga orang tersebut cenderung memendam permasalahannya sendiri. Hal ini juga dapat meningkatkan risiko seseorang rentan mengalami penyakit skizofrenia. (Sitawati et al., 2022)

### **3. Tanda dan gejala Skizofrenia**

Gejala positif peristiwa, atau situasi yang sama. Klien memiliki perasaan yang saling berlawanan.

- a) Associative loosen : konsep atau ide yang tidak terkait
- b) Delusi : gagasan yang salah dan tidak berubah yang tidak didasarkan pada realita atau aktualitas
- c) Echopraxia : mengikuti tindakan atau gerakan tubuh orang yang diamati
- d) Flight of idea : Klien berbicara dalam waktu singkat dan sering beralih topik.
- e) Halusinasi : persepsi sensorik yang tidak akurat dan ketidakcocokan pada realitas
- f) Ideas of reference : kesalahpahaman bahwa peristiwa eksternal memiliki arti khusus baginya
- g) Perseverasi : frasa atau kalimat berulang; menolak untuk beralih topik

dan gejala negatif adalah dua klasifikasi utama dari gejalaskizofrenia (Baradero et al., 2015).

1) Gejala positif

- a. Ambivilen : memiliki dua keyakinan yang berlawanan tentang orang,

2) Gejala negati

- a. Alogia : Wacananya singkat, tidak ada gunanya, atau kosong.
- b. Anhedonia : kurangnya kebahagiaan dalam hidup dan hubungan.
- c. Apatis : mengabaikan orang, masalah, atau tindakan orang lain
- d. Katatonia : Ketika klien tidak bergerak, ada imobilitas psikologis yang tidak fle ksibel, mirip dengan ketika mereka setengah sadar (trance).
- e. Afek datar : Tidak ada ekspresi wajah yang dapat mencerminkan perasaan, emosi, atau suasana hatinya
- f. Keeanggan : Tidak ada motivasi, ambisi, atau dorongan untuk bertindak.

#### **4. Jenis - Jenis Skizofrenia**

Menurut (Adab, 2021), beberapa tipe skizofrenia yaitu :

a. Skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia yang paling umum di negara mana pun. Gambaran klinis didominasi oleh wahan yang relatif stabil, seringkali paranoid, biasanya disertai dengan halusinasi klien, terutama halusinasi pendengaran, dan

gangguan persepsi sensorik Gangguan afektif, serta kemauan (volition) dan bicara serta gejala katatonik yang tidak menonjol.

b. Skizofrenia hebefrenik

Suatu bentuk skizofrenia dengan perubahan afektif yang nyata, dan secara umum terdapat waham dan halusinasi yang mengambang atau terpisah-pisah, serta berbagai perilaku yang tidak bertanggung jawab.

c. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik Gangguan psikomotor yang sangat menonjol adalah ciri yang sering dan dominan, dan dapat bervariasi antara ekstrem seperti hiperkinesis dan pingsan, antara kepatuhan otomatis dan negativisme Postur terbatas dan posisi tubuh yang dapat dipertahankan dalam jangka waktu yang lama. Episode kecemasan yang disertai dengan kekerasan (kekerasan) yang mungkin terjadi merupakan gambaran yang sangat mencolok dari kondisi ini.

d. Skizofrenia Takterinci

Skizofrenia tak terinci (undifferentiated) Kondisi yang memenuhi karakteristik diagnosis umum untuk skizofrenia tetapi tidak cocok dengan salah satu subtipe skizofrenia di atas, seperti skizofrenia paranoid dan skizofrenia katatonik, yang menunjukkan lebih banyak gejala.

e. Skizofrenia Residual

tahap kronis dalam perkembangan dan gejala skizofrenia, di mana telah terjadi perkembangan yang nyata dari tahap awal (terdiri dari satu atau lebih episode dengan berbagai gejala psikotik yang memenuhi kriteria umum untuk skizofrenia di atas) ke tahap yang lebih lanjut yang dapat ditandai dengan gejala negatif dalam jangka panjang.

f. Skizofrenia simpleks

Gangguan yang sangat tidak biasa, di mana terjadi perkembangan ketidakmampuan untuk memenuhi tuntutan masyarakat dan penurunan kinerja secara keseluruhan dalam berbagai aktivitas atau aktivitas.

## 5. Penatalaksanaan

Mengobatan skizofrenia menurut (Indriani et al., 2020) yaitu :

a. Antipsikotik

Penggunaan antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi, salahsatunya skizofrenia antipsikotik diklasifikasikan menjadi anti psikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua.

1) Antipsikotik generasi pertama

Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin D2. Anti psikotik ini memblokir sekitar 65 % hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lain di otak.

2) Antipsikotik generasi kedua

Antipsikotik generasi kedua ini seperti Risperidone, Olanzapine, Quetiapine,

Lurasidone dan Klozapin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin, sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

## b. Rehabilitasi Psikososial

### 1) Terapi kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Dalam penelitian jurnal ini menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik.

### 2) Social Skill Training

Menunjukkan bahwa Social Skill Training berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan dalam penelitian jurnal bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada penderita skizofrenia.

## **B. Konsep Risiko Perilaku kekerasan**

### **1. Definisi**

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(Wahyudi et al., 2023).

Risiko perilaku kekerasan yaitu perilaku yang dilakukan pasien dengan tujuan mengekspresikan perasaannya dengan mengancam orang lain atau diri sendiri seperti keinginan untuk menyakiti secara fisik, emosional, dan atau. Risiko perilaku kekerasan adalah kondisi dimana tingkah laku seseorang yang mudah dipengaruhi dan dapat beresiko membahayakan diri individu tersebut, orang didekatnya dan barang-barang disekitar pasien. Kondisi ini terjadi karena perilaku yang disertai dengan amuk, gaduh gelisah tak terkontrol. resiko perilaku kekerasan ditunjukkan dengan perilaku yang dapat diobservasi atau dalam bentuk data objektif(Sulastri et al., 2023).

## **2. Etiologi**

Penyebab kemarahan atau risiko perilaku kekerasan secara umum adalah kebutuhan yang tidak terpenuhi, menyinggung harga diri dan harapan tidak sesuai dengan kenyataan. Model Stress Adaptasi Stuart dari keperawatan jiwa memandang perilaku manusia dalam perpektif yang holistik terdiri atas biologis, psikologis dan sosiokultural dan aspek-aspek tersebut saling berintegrasi dalam perawatan. Komponen biopsikososial dari model tersebut termasuk dalam faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan mekanisme koping.Penyebab kemarahan atau risiko perilaku kekerasan secara umum adalah kebutuhan yang tidak terpenuhi, menyinggung harga diri dan harapan tidak sesuai dengan

kenyataan. Proses terjadinya perilaku kekerasan pada pasien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi:

- a. Faktor predisposisi Menurut Stuart, masalah perilaku kekerasan disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah). Di dalam faktor predisposisi terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya masalah perilaku kekerasan seperti biologis, psikologis, dan sosiokultural
- b. Faktor presipitasi Faktor presipitasi berhubungan dengan pengaruh stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stressor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Stressor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian. Stressor yang berasal dari dalam berupa kehilangan keluarga atau sahabat dalam dan lain-lain. Selain itu lingkungan yang kurang kondusif seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu timbulnya

### **3. Manifestasi Klinis**

Resiko perilaku kekerasan akan memunculkan beberapa gejala seperti pasien yang sering berkata kasar, nada suara tinggi, mata melotot, pandangan tajam, muka merah, suka berdebat, suka memaksakan kehendak, hingga melakukan kekerasan fisik seperti mencederai diri sendiri dan orang lain. Seseorang dengan risiko perilaku kekerasan akan menunjukkan perilaku seperti suka mengancam, tidak bisa diam, mondar mandir, gelisah,

intonasi suara keras, ekspresi tegang, berbicara dengan nada suara yang tinggi, dan gaduh. Tanda dan suatu gejala perilaku kekerasan yaitu juga dapat meliputi sebagai berikut ini yaitu seperti:

- a. Fisik Yaitu juga dapat suatu mata yang sangat melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengantup, wajah memerah, tegang, dan serta postur tubuh yang sangat kaku
- b. Verbal, Yaitu juga dapat mengancam, mengumpat dengan suatu kata - kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, dan sangat ketus.
- c. Perilaku, Yaitu juga dapat menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau pun orang lain, merusak lingkungan, dan juga dapat amuk atau pun agresif
- d. Emosi, Yaitu juga tidak dapat adekuat, tidak aman, tidak nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan juga dapat menuntut.
- e. Intelektual, Yaitu juga dapat mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan juga dapat mengeluarkan suatu kata-kata bernada kasar.
- f. Spiritual ,Yaitu juga dapat merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keraguan -raguan, tidak bermoral, dan suatu kreativitas yaitu juga dapat terhambat.
- g. Sosial ,Yaitu juga dapat menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan suatu sindiran.

- h. Perhatian Yaitu juga dapat bolos, melarikan diri, dan juga dapat melakukan suatu penyimpangan seksual.

Tanda dan gejala yang ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara tentang perilaku kekerasan 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. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h. Mengancam secara verbal atau fisik
- i. Melempar atau memukul benda/orang lain
- j. Merusak benda atau barang
- k. Tidak memiliki kemampuan mencegah mengendalikan perilaku kekerasan.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diidentifikasi dan diobservasi oleh perawat yaitu:

- a. Mayor

1) Subjektif

Pasien mengatakan benci/ kesal dengan orang lain, ingin memukul orang lain, tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan,

mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan.

## 2) Objektif

Mata pasien tampak melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal dan rahang mengatup, pasien merasa gelisah dan mondar-mandir, ditandai dengan tanda-tanda vital pasien tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernapasan meningkat, perasaan pasien mudah tersinggung, nada suara tinggi dan bicara kasar, pasien lebih mendominasi pembicaraan, sarkasme, merusak lingkungan hingga memukul orang lain.

### b. Minor

#### 1) Subjektif

Pasien mengatakan tidak senang, terbiasa menyalahkan orang lain, mengatakan diri berkuasa, merasa gagal mencapai tujuan, mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi, suka mengejek dan mengkritik.

### c. Objektif

Pasien tampak disorientasi, wajah merah dan postur tubuh kaku, pandangan sinis dan bermusuhan, menarik diri Intelektual Mendominasi, cerewet, meremehkan, sarkasme. Kasar, berdebat.



- e. Kekerasan: Yaitu suatu perasaan marah, bermusuhan yang kuat, serta hilangnya suatu kontrol.

## **5. Proses terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan**

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon maladaptif dari marah. Marah adalah emosi yang kuat ketika ditolak atau dipendam dapat memicu masalah fisik seperti sakit kepala migran, radang usus dan bahkan penyakit jantung koroner ketika di tunjukkan kedalam diri sendiri, marah dapat mengakibatkan depresi dan harga diri rendah ketika diungkapkan tidak dengan tepat, dapat memperburuk hubungan ketika ditekan/supresi, marah dapat berubah menjadi kebencian yang sering dimanifestasikan dengan perilaku diri yang negative, pasif sampai agresif. Perilaku kekerasan adalah akibat dari kemarahan yang ekstrim atau ketakutan (panik), alasan khusus dari perilaku agresif bervariasi dari setiap orang. Seorang yang dapat mengalami suatu kemarahan sebenarnya ingin juga dapat menyampaikan suatu pesan bahwa dia "tidak setuju, tersinggung, merasa tidak di anggap, dan merasa tidak dituruti atau pun di remehkan." Rentang respon suatu kemarahan pada individu yaitu dapat dimulai dari suatu respon normal (asertif) sampai dengan pada suatu respon yang sangat tidak normal (mal adaptif)(Wahyudi et al., 2023).

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara

terus-menerus terhadap kondisi pasien/klien. Adapun metode yang digunakan dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu wawancara, pengkajian fisik, pemeriksaan diagnostik dan laboratorium, serta dokumen rekam medik(Harefa, 2019).

a. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan sd.

b. Alasan Masuk

Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain.

c. Faktor predisposisi

Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

d. Pemeriksaan fisik

Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi meningkat, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang

## e. Psikososial

### 1) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

### 2) Konsep Diri

Gambaran diri:

a. Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah.

b. Identitas diri

Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah dan bermusuhan.

c. Fungsi peran

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

d. Ideal diri

Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

e. Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri

rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan. dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

f. Hubungan sosial

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol.

g. spiritual

Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah.

6. Status mental

a) Penampilan

Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b) Pembicaraan

Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor.

c) Aktivitas motorik

Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandiri

d) Afek dan Emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barang barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak.

e) Interaksi selama wawancara

bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau rasa tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f) Presepsi / sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami gangguan presepsi sensori sebagai penyebabnya.

7. Proses pikir

a. Proses pikir (arus pikir)

Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang

dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

b. Isi pikirannya

Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

8. Tingkat kesadaran

Tidak sadar, bingung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

9. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang.

10. Tingkat konsentrasi

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensif bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar. Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan.

### 11. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

### 12. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal. diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah.

### 13. Mekanisme koping

Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maldatif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan ,menghindar, mencederai diri atau orang lain.

## **2. Diagnosa Keperawatan Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya (Rinawati · 2018).

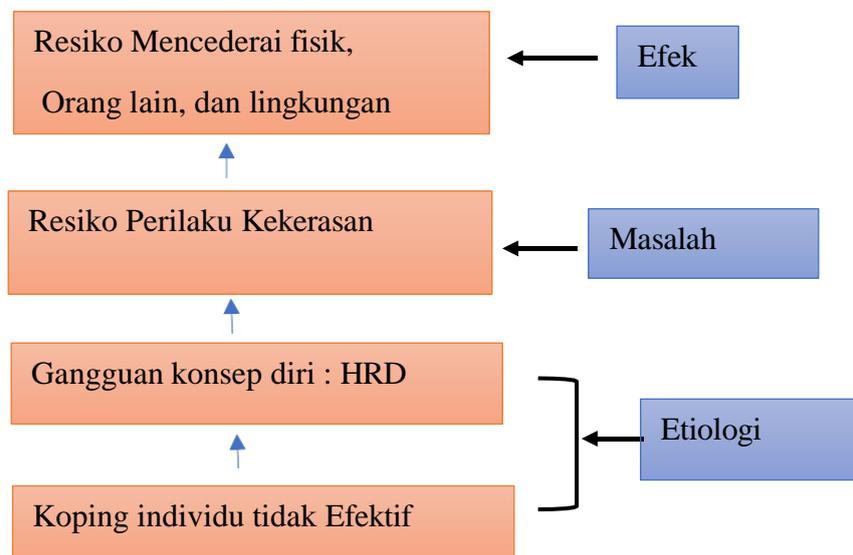
Tabel 1.1 Diagnosa keperawatan Risiko perilaku kekerasan

Diagnosa Keperawatan :

<b>Risiko Perilaku Kekerasan</b>
<p>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 sistem keluarga.</li><li>6. Kerusakan kognitif.</li><li>7. Disorientasi atau konfusi.</li><li>8. Kerusakan kognitif.</li><li>9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat.</li><li>10. Alam perasaan depresi.</li><li>11. Riwayat kekerasan pada hewan.</li><li>12. Kelainan neurologis.</li><li>13. Lingkungan tidak teratur.</li><li>14. Penganiayaan atau pengabaian anak.</li><li>15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain.</li><li>16. Impulsif.</li></ol>
<p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual.</li><li>• Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer).</li><li>• Gangguan perilaku.</li><li>• Oppositional defiant disorder.</li><li>• Depresi.</li><li>• Serangan panik.</li><li>• Gangguan Tourette.</li></ul>

- Delirium.
- Demensia.
- Gangguan Amnestik.
- Halusinasi.
- Upaya bunuh diri.
- Abnormalitas neurotransmitter otak.

- Risiko periku Kekerasan  
Pohon masalah



Gambar Pohon masalah dari (Rahmadia Dkk et al., 2023).

### C. Rencana Tindakan

Menurut (Budi Ann Keliat, et all, 2019) dalam (Rahmadia Dkk et al., 2023), beberapa rencana tindakan yang akan diberikan kepada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah:

Tujuan:

- a. Kognitif, Pasien mampu:

- 1) Menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan
- 2) Menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kerasan
- 3) Menyebutkan akibat yang ditimbulkan
- 4) Menyebutkan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan

b. Psikomotor, Pasien mampu

- 1) Mengendalikan resiko perilaku kekerasan  
dengan relaksasi: tarik napas dalam, pukul bantal atau kasur, senam dan jalan-jalan
- 2) Berbicara dengan baik mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik
- 3) Melakukan deeskalasi yaitu: mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis
- 4) Melakukan kegiatan ibadah seperti: Sholat, berdoa, kegiatan ibadah lainnya
- 5) Patuhi minum obat dengan 8 benar: Benar nama pasien, benar nama obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu pemberian, benar manfaat, benar kadarluarsa, dan benar dokumentasi.

c. Tindakan pada keluarga

- 1) Kaji masalah pasien yang di rasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien.

- 3) Mendiskusikan cara merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien.
- 4) Melatih keluarga cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan dan Menghindari penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan.
- 5) Membimbing pasien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan sesuai dengan yang dilatih perawat ke pasien.
- 6) Memberi pujian atas keberhasilan pasien.
- 7) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman. Mengurangi stres di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien.
- 8) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

d. Tindakan pada kelompok Terapi aktivitas kelompok: stimulasi persepsi

- 1) Sesi 1: Mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 2) Sesi 2: Mencegah perilaku kekerasan secara fisik
- 3) Sesi 3: Mencegah perilaku kekerasan dengan cara verbal
- 4) Sesi 4: Mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- 5) Sesi 5: Mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

### 3. Rencana Keperawatan Menurut SDKI

Menurut PPNI (2018). Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Adapun intervensi yang sesuai dengan Resiko Perilaku Kekerasan adalah sebagai berikut:

Tabel 1.2 intervensi keperawatan.

Diagnosa keperawatan	Luaran	Intervensi keperawatan
Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :  1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain (menurun)  2. Vebalisasi umpatan (menurun)	Pelibatan Keluarga  Observasi  - Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam Perawatan  Terapeutik  - Ciptakan hubungan terapeutik dengan keluarga dalam perawatan  Edukasi

	<p>3. Perilaku menyerang (menurun)</p> <p>4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain (menurun)</p> <p>5. Perilaku merusak lingkungan sekitar (menurun)</p> <p>6. Perilaku agresif/amuk (menurun)</p> <p>7. Suara keras (menurun)</p> <p>8. Bicara ketus (menurun)</p>	<p>- Jelaskan kondisi pasien pada keluarga</p> <p>- Informasikan tingkat ketergantungan pasien pada keluarga</p> <p>- Informasikan agarapan pasien pada keluarga</p> <p>- Anjurkan keluarga terlibat dalam perawat</p>
--	--	--

	<p>9. Euforia (menurun)</p> <p>10. Alam perasaan depresi (menurun)</p>	
<p>Resiko perilaku kekerasan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain (menurun)</li> <li>2. Verbalisasi umpatan (menurun)</li> <li>3. Perilaku menyerang (menurun)</li> <li>4. Perilaku melukai diri</li> </ol>	<p>Pemberian obat</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa tanggal kadaluarsa obat</li> <li>- Monitor tanda vital dan nilai labolatorium sebelum pemberian obat, jika perlu</li> </ul> <p>Terapiutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat</li> <li>- Lakukan enam prinsip enam</li> </ul>

	sendiri/orang lain (menurun)	benar pemberian obat
	5. Perilaku merusak lingkungan sekitar (menurun)	
	6. Perilaku agresif/amuk (menurun)	
	7. Suara keras (menurun)	
	8. Bicara ketus (menurun)	
	9. Alam perasaan depresi (menurun)	

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap pelaksanaan dalam asuhan keperawatan. Dalam melakukan implementasi juga memiliki pedoman. Dengan mengetahui pedoman pada tahapan implementasi diharapkan dapat membantu para perawat dalam melakukan tahap implementasi dengan baik dan benar dengan

data data yang aktual sesuai dengan aturan implementasi yang berlaku (Pratama & Senja, 2023).

## **1. Evaluasi**

Evaluasi adalah suatu proses penilaian berkesinambungan tentang pengaruh intervensi keperawatan dan program pengobatan terhadap status kesehatan klien dan hasil kesehatan yang diharapkan (Pratama & Senja, 2023). Menilai efek tindakan yang sudah dilakukan ners pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, dengan 2 bentuk evaluasi yaitu: evaluasi proses atau formatif yang dapat dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan Evaluasi hasil/sumatif yaitu dengan membandingkan antar respons pasien dan umum dan khusus yang telah ditetapkan. Evaluasi ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP Subjektif, Objektif, Assesment, Planning (Rahmadia Dkk et al., 2023).

## **D. Konsep keluarga dan minum obat**

### **1. Definisi keluarga**

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang

memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan(Hamu dkk, 2022).

## **2. Peran Keluarga**

Peranan adalah perilaku yang diharapkan melaksanakan hak dan kewajiban sesuai dengan status yang dimilikinya, status dan peranan tidak dapat dipisahkan karena tidak ada peranan tanpa status.(Hamu dkk, 2022).

## **3. Hubungan Perawat dengan keluarga pasien.**

Keselamatan pasien menjadi prioritas dalam pelayanan di rumah sakit. untuk mewujudkan hal tersebut perlu melibatkan partisipasi dari semua petugas kesehatan terutama perawat. Seorang perawat dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan selalu mengerahkan kemampuan dan ketrampilan terbaiknya untuk berinteraksi dengan pasien maupun keluarga pasien. Perawat berperan penting dalam mendidik pasien dan keluarga pasien dengan memberikan pengetahuan mengenai perawatan yang diberikan pada pasien sehingga dapat mendorong pasien maupun keluarga untuk memahami apa saja yang menjadi kewajiban dan tanggung jawabnya, serta dapat mendorong pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengambilan keputusan terhadap perawatan yang dijalannya. Perawat harus dapat memberikan pengertian mengenai keyakinan akan pentingnya partisipasi pasien dan keluarga pasien untuk kebutuhan kesehatan pasien sehingga pasien dan keluarga pasien mengerti bahwa dengan bekerja sama dengan

perawat dapat mengurangi kerentanan akan terjadinya insiden keselamatan pasien(Hamu dkk, 2022).

#### **4. Pengaruh Dukungan keluarga terhadap Program pengobatan pasien**

Faktor eksternal kekambuhan gangguan jiwa yaitu kepatuhan minum obat, kepatuhan pasien skizofrenia dalam meminum obat sangatlah penting, obat harus digunakan dalam dosis yang efektif untuk periode waktu yang cukup. Respon terapi dan timbulnya efek samping harus diberikan sesegera mungkin. Beberapa faktor yang menjadi penentu terjadinya kepatuhan antara lain faktor pasien, dukungan keluarga, efek samping obat, hubungan terapeutik, dan karakteristik penyakit. (Faturrahman, 2021). Penderita skizofrenia dapat mengalami kekambuhan apabila tidak patuh minum obat secara teratur. Meskipun kepatuhan minum obat tidak menyembuhkan dan tidak mengurangi kekambuhan secara total akan tetapi kepatuhan minum obat dapat meningkatkan waktu remisi penderita dan gejala yang dialami tidak terlalu parah. Kepatuhan pengobatan pada penderita skizofrenia dipengaruhi oleh penderita sendiri, dukungan keluarga, dukungan sosial, dan dukungan petugas kesehatan. Penderita skizofrenia yang menjalankan program pengobatan rawat jalan memerlukan dukungan dari keluarga untuk mematuhi program pengobatan. Keberhasilan pengobatan yang dilakukan di rumah sakit tidak akan berguna jika keluarga tidak ikut serta dalam tindakan keperawatan di rumah. Keluarga dapat mengurangi ketidakpatuhan minum obat penderita skizofrenia yang dilakukan terus menerus. Dukungan keluarga memiliki peranan penting terhadap kepatuhan minum obat

penderita skizofrenia. Pemberian nasehat atau informasi, bantuan tindakan atau materi yang diberikan akan membuat penderita skizofrenia merasa diperhatikan sehingga akan meningkatkan motivasi penderita untuk patuh terhadap program pengobatannya (Setyaji et al., 2020).

tabel 1.2 Hasil penelitian dukungan keluarga

Judul penelitian	Motode hasil	Sumber
Hubungan dukungan keluarga dan keberfungsian soasial pada pasien skizofrenia	menunjukkan bahwa sebagian besarnya(67,1%) dukungan keluarga yang diberikan keluarga padap pasien Skizofrenia yang sedang menjalani rawatjalan tergolong baik. Kepatuhan minum obat mayoritas (89,41%) tergolong patuh. Hasil uji statistik dengan menggunakan analisa spearman correlation diperoleh $r = 0,382$ dengan $p = 0,000$ menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan minum obat pada pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB dengan nilai kekuatan korelasi spearman correlation yang menandakan kriteria hubungan yang erat.	<a href="https://publikasi.untri.ac.id/index.php/fikes/article/view/713/572">https://publikasi.untri.ac.id/index.php/fikes/article/view/713/572</a>
Hubungan Konsep Dukungan Keluarga Dengan	Hasil penelitian menunjukkan dukungan informasi yang baik ma sih terdapat responden yang	<a href="https://akper-sandikarsa.e-">https://akper-sandikarsa.e-</a>

<p>Tingkat Kekambuhan Pada Paisein Skizofrenia</p>	<p>kambuh disebabkan karena respon keluarga kurang peduli terhadap kemampuan pasien dalam menjalani pengobatan seperti pujian dan motivasi, keluarga seharusnya memiliki banyak informasi tentang perawatan dan pengendalian pasien skizofrenia supaya tingkat kekambuhan pasien skizofreniz bisa menurun khususnya pengetahuan mengenai dukungan informasi serta terdapat dukungan informasi kurang baik namun tidak kambuh, peneliti berasumsi hal ini disebabkan karena motivasi dari diri pribadi pasien yang memiliki keinginan untuk sembuh dan pengetahuan yang baik mengenai kondisi pribadinya.</p>	<p>journal.id/JIKSH/article/view/339</p>
<p>Hubungan antara peran dan sikap keluarga terhadap penderita skizofrenia diwilayah kerja puskesmas banjarmasin</p>	<p>Perhitungan distribusi sikap keluarga dengan dukungan keluarga klien skizofrenia menunjukkan 39,13% (sikap keluarga kurang), klien skizofrenia yang dukungan keluarganya 55,1%. Hasil uji korelasi chi square pada sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita skizofrenia menunjukan p value 0,021 dengan tingkat</p>	<p><a href="https://doi.org/10.51143/jksi.v2i1.53">https://doi.org/10.51143/jksi.v2i1.53</a></p>

	signifikan 0,05. Karena p value lebih kecil dari 0,05 maka $H_0$ ditolak dan $H_a$ diterima.	
--	--	--