

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia menurut WHO adalah suatu gangguan mental berat dan kronis. Skizofrenia ditandai dengan perubahan proses berpikir, perubahan persepsi, perubahan sikap dan gangguan dalam mengendalikan emosi. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Wahyuningsih 2023).

WHO menyebutkan masalah utama gangguan jiwa di dunia adalah Skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan pada otak dan pola pikir, skizofrenia mempunyai karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Gejala positif antara lain: delusi, halusinasi, waham, disorganisasi pikiran dan gejala negatif seperti: sikap apatis, bicara jarang, afek tumpul, menarik diri dari masyarakat dan rasa tidak nyaman (Pramesuari 2022).

2.1.2 Jenis- jenis Skizofrenia

Menurut Prabowo (2018), menyatakan bahwa terdapat 7 jenis skizofrenia diantaranya yaitu :

- a) Skizofrenia simplex : dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan
- b) Skizofrenia hebefrenik : tidak bertanggungjawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

- c) Skizofrenia Katatonik : gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativism (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.
- d) Skizofrenia Paranoid : merupakan subtype yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar – kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.
- e) Episode Skizofrenia Akut (*lir schizophrenia*) : kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f) Skizofrenia Psiko – afektif : dengan adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g) Skizofrenia Residual : gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organic.

2.1.3 Etiologi

Penyebab terjadinya skizofrenia menurut Wayuningsih (2023), yaitu :

1. Faktor Predisposisi
 - a. Faktor biologis
 - 1) Faktor genetik

Faktor genetik merupakan penyebab utama terjadinya skizofrenia. Anak – anak yang diadopsi pada saat lahir oleh orang tua yang tidak memiliki riwayat skizofrenia, namun memiliki orang tua kandung yang menderita penyakit ini, tetap memiliki risiko genetik yang terkait dengan orang tua kandung mereka. Penelitian menunjukkan bahwa anak yang memiliki risiko sebesar 15%. Risiko ini meningkat menjadi 35% jika kedua orang tua kandungnya menderita skizofrenia.

2) Faktor Neuroanatomi

Penelitian mengindikasikan bahwa individu yang mengalami skizofrenia memiliki jumlah jaringan otak yang lebih sedikit dibandingkan dengan individu normal. Temuan ini dapat mengindikasikan adanya gangguan dalam proses perkembangan otak atau masalah pada jaringan yang ada. Hasil CT Scan menunjukkan adanya pembesaran ventrikel serebral serta penurunan volume korteks serebral. Selain itu, pemeriksaan menggunakan Positron Emission Tomography (PET) menunjukkan penurunan kadar oksigen dan metabolism glukosa di area korteks frontal otak, yang terlihat normal pada daerah temporal dan frontal pada individu yang menderita skizofrenia.

3) Neurokimia

Penelitian di bidang neurokimia secara berkelanjutan mengungkapkan adanya perubahan pada sistem neurotransmitter di otak individu yang menderita skizofrenia. Pada individu yang sehat, mekanisme pengatur di otak berfungsi dengan baik.

4) Faktor psikologis

Skizofrenia muncul akibat ketidak berhasilan dalam menyelesaikan tahap perkembangan awal, seperti pada anak yang tidak dapat membangun rasa percaya, yang dapat menyebabkan konflik intrapsikis sepanjang hidup. Skizofrenia yang berat dapat mengakibatkan ketidak mampuan dalam menghadapi masalah yang ada.

5) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa lebih banyak orang dari kelas sosial ekonomi rendah yang menderita skizofrenia dibandingkan orang dari kelas sosial ekonomi tinggi. Kemiskinan, investasi perubahan yang padat, gizi yang tidak memadai, kurangnya perawatan prenatal, sumber daya untuk

mengatasi stress, dan perasaan putus asa adalah semua aspek dari peristiwa ini.

2. Faktor Presipital

- a) Biologis : stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptive yaitu pertama gangguan dalam komunikasi dan gangguan pada otak yang mengatur proses informasi, yang kedua mekanisme pintu masuk dalam otak yang abnormal (elektrolit terlibat dalam komunikasi saraf) yang mengakibatkan ketidak mampuan mengenai stimulus.
- b) Lingkungan : gangguan prilaku ditentukan oleh kemampuan individu dalam menghadapi stressor dari lingkungan yang buruk.
- c) Pemicu Gejala : pemicu merupakan rangsangan yang sering menimbulkan penyakit. Pemicu biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptive yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan prilaku individu.

2.1.4 Tanda Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia menurut Prabowo (2019), yaitu :

- 1) Gejala primer
- 2) Gangguan proses piker (bentuk, langkah dan nisi pikiran) yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
- 3) Gangguan afek emosi
- 4) Emosi berlebihan
- 5) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- 6) Gangguan kemauan : merasa pikiran dan prilakunya dipengaruhi orang lain
- 7) Gejala psikomotor : autism dan mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama.
- 8) Gejala sekunder : waham dan halusinasi

2.1.5 Tahapan Skizofrenia

Menurut (Putri dan Maharani, n.d) ada tiga tahap terapi skizofrenia,

Yaitu :

a. Fase akut

Fase akut adalah tahap awal ketika individu pertama kali mengalami gejala skizofrenia yang parah. Pada tahap ini, gejala seperti delusi, halusinasi, gangguan pikiran, dan perilaku yang sangat terganggu biasanya sangat jelas terlihat. Pasien membutuhkan perhatian medis segera, yang mungkin melibatkan perawatan dirumah sakit atau fasilitas kesehatan untuk stabilisasi gejala. Pada fase ini, tujuan terapi adalah untuk mengurangi gejala psikotik yang mengganggu, mengatur obat – obatan antipsikotik, dan memberikan intervensi yang diperlukan untuk mengurangi krisis psikologis yang dialami pasien.

b. Fase Stabilisasi

Setelah gejala akut terkendali, pasien memasuki fase stabilisasi. Pada fase ini, tujuan terapi adalah untuk memastikan bahwa pasien dapat mempertahankan keseimbangan mental dan fisik yang lebih baik. Pengobatan antipsikotik biasanya diteruskan untuk mencegah kekambuhan gejala, dan terapi dukungan diberikan untuk membantu pasien menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari – hari. Selama fase ini, pasien mulai kembali berinteraksi dengan lingkungan mereka, baik di rumah atau dimasyarakat, dengan dukungan keluarga dan profesional kesehatan mental. Pemantauan medis dan psikologis terus dilakukan untuk memastikan bahwa gejala tetap terkontrol.

c. Fase pemeliharaan

Fase pemeliharaan adalah tahap yang lebih lanjut dimana pasien telah mengalami perbaikan dan dapat melanjutkan kehidupan sehari – hari dengan lebih stabil. Pada tahap ini, tujuan utama terapi adalah untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mendukungnya dalam menjalani rutinitas, pekerjaan, atau pendidikan. Obat antipsikotik masih dapat dilanjutkan, dan pengawasan kesehatan mental akan lebih berfokus pada pencegahan gejala kembali dan menjaga kesejahteraan emosional dan sosial pasien.

2.1.6 Tipe Skizofrenia

Menurut Yosep, (2018) tipe skizofrenia diantaranya yaitu :

1. **Delusi (*Delusions*)**

Delusi adalah keyakinan yang salah atau irasional yang tidak didukung oleh kenyataan, meskipun terdapat bukti yang bertentangan. Orang yang mengalami delusi mungkin merasa bahwa mereka sedang diawasi, memiliki kekuatan luar biasa, atau bahkan percaya bahwa orang lain memiliki niat buruk terhadap mereka. Contohnya adalah delusi paranoia, dimana seseorang merasa dianiaya atau dikejar – kejar oleh orang lain.

2. **Halusinasi (*Hallucination*)**

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang muncul tanpa adanya rangsangan nyata. Salah satu jenis halusinasi yang umum pada skizofrenia adalah halusinasi auditory, dimana individu mendengar suara – suara yang sebenarnya tidak ada, seperti mendengar suara yang mengomentari perilaku mereka atau suara perintah yang mengarahkan mereka untuk melakukan sesuatu. Halusinasi visual dan taktil juga bisa terjadi, meskipun lebih jarang.

3. **Gangguan Pikiran (*Incoherence*)**

Gangguan pikiran merujuk pada kebingungan atau kekacauan dalam proses berpikir, yang menyebabkan seseorang kesulitan untuk berbicara dengan cara yang koheren atau mudah dimengerti. Pembicaraan mereka mungkin menjadi tidak teratur, tidak jelas, atau tidak relevan, dan ini dikenal sebagai “kata – kata yang terputus – putus” atau “disorganisasi pikiran”. Ini sering kali membuat percakapan sulit diikuti oleh orang lain.

4. **Perilaku Hiperaktif (*Catatonic or hyperactive behavior*)**

Perilaku ini bisa bervariasi, mulai dari kelesuan ekstrem (catatonik) hingga aktivitas motoric yang berlebihan atau hiperaktif. Dalam

beberapa kasus, individu mungkin terdiam lama dalam posisi tertentu tanpa bergerak, yang dikenal sebagai katatonik.

5. Ekspresi wajah yang datar (*Flat affect*)

Ekspresi wajah yang datar merujuk pada kramnya ekspresi emosional yang tampak di wajah seseorang. Orang dengan gejala ini mungkin tidak menunjukkan reaksi emosional yang biasanya terlihat pada orang lain dalam situasi yang emosional. Meskipun mereka mungkin merasa cemas atau tertekan, ekspresi wajah mereka tetap datar, yang bisa menyebabkan kesan bahwa mereka tidak merasakan apa – apa atau tidak peduli.

2.1.7 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut “Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) “Skizofrenia di klasifikasikan menjadi beberapa tipe, di bawah ini yang termasuk dalam klasifikasi skizofrenia (Prabowo, 2018) :

1. Skizofrenia Paranoid

Pedoman diagnostik paranoid yaitu :

- Memenuhi kriteria umum diagnosis
- Halusinasi yang menonjol
- Gangguan afektif, dorongan pembicaraan, dan gejala katatonik relatif tidak ada

2. Skizofrenia Hebephrenik

Pedoman diagnostik pada skizofrenia hebephrenik, yaitu :

- Diagnostic hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15 – 25)
- Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas pemula dan senang menyendiri
- Gejala bertahan 2 – 3 minggu

3. Skizofrenia Katatonik

Pedoman diagnostik pada skizofrenia katatonik antara lain :

- Stupor (reaktivitas rendah dan tidak mau berbicara)

- b. Gaduh – gelisah (aktivitas, motorik yang tidak bertujuan tanpa stimulus eksternal)
 - c. Diagnostic katatonik tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tidak terinci
- a. Tidak ada kriteria yang menunjukkan diagnosa skizofrenia paranoid, hebephrenik, dan katatonik.
 - b. Tidak mampu memenuhi diagnosis skizofrenia residul atau depresi pasca – skizofrenia.
5. Skizofrenia Pasca – Skizofrenia
- Pedoman diagnostic skizofrenia pasca skizofrenia antara lain :
- a. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada tetapi tidak mendominasi
 - b. Gejala depresif menonjol dan mengganggu
6. Skizofrenia Residual
- a. Ada riwayat psikotik
 - b. Tidak dimensia atau gangguan otak organic lainnya
7. Skizofrenia Simpleks
- Pedoman diagnostic skizofrenia simpleks antara lain :
- a. Gejala negatif yang tidak didahului oleh riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain.
 - b. Adanya perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

2.1.8 Faktor Penyebab Skizofrenia

Hingga saat ini, penyebab skizofrenia masih belum dapat dipastikan, sebagaimana diungkapkan oleh Yosep (2020). Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa tidak ada satu faktor tunggal yang dapat menjelaskan kondisi ini. Menurut penelitian terbaru, beberapa penyebab skizofrenia meliputi infeksi virus, autoantibodi, faktor genetic, dan malnutrisi. Selain itu, peneliti lain juga menekankan bahwa gangguan perkembangan otak janin memiliki peran signifikan dalam munculnya

skizofrenia di kemudian hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kekurangan gizi, infeksi, trauma, paparan toksin, serta kelainan hormonal. Kesimpulannya adalah bahwa skizofrenia muncul bila terjadi aksi antara abnormal gen dengan :

1. Virus atau infeksi lain selama kehamilan yang dapat mengganggu perkembangan otak janin.
2. Menurunnya autoimun yang mungkin disebabkan infeksi selama kehamilan.
3. Kekurangan gizi yang cukup berat, trauma pada transimet kehamilan.

Selanjutnya dikemukakan bahwa orang yang sudah mempunyai faktor epigenetic tersebut, bila mengalami stressor psikososial dalam kehidupannya, maka risikonya lebih besar untuk menderita skizofrenia dari pada orang lain yang tidak ada faktor epigenetic sebelumnya.

2.1.9 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia melibatkan pendekatan medis dan keperawatan yang komprehensif untuk membantu mengelola gejala, meminimalkan kekambuhan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Belum ada pengobatan dalam masing – masing subtype skizofrenia (Prabowo, 2019). Berikut ini adalah penjelasan tentang penatalaksanaan medis dan keperawatan skizofrenia :

A. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan skizofrenia secara medis bertujuan untuk mengurangi gejala, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan fungsi sosial serta kualitas hidup pasien. Berikut adalah penatalaksanaan medis skizofrenia :

1. Terapi Farmakologi

Obat – obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi skizofrenia yaitu golongan obat antipsikotik. Obat antipsikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Antipsikotik Tipikal

Merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi seperti dopamine. Antipsikotik ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada klien skizofrenia. Berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal :

- 1) Chlorpromazine dengan dosis harian 30 – 800 mg/hari
- 2) Flupenthixol dengan dosis harian 12 – 64 mg/hari
- 3) Fluphenazine dengan dosis harian 2 – 40 mg/hari
- 4) Haloperidol dengan dosis harian 1 – 100 mg/hari

b. Antipsikotik Atipikal

Aksi obat ini adalah mengeblok resptor dopamine yang rendah. Antipsikotik atipikal ini merupakan pilihan dalam terapi skizofrenia karena mampu mengatasi gejala positif maupun negatif pada klien skizofrenia. Berikut ini adalah antipsikotik atipikal :

- 1) Clozapine dosis harian 300 – 900 mg/hari
- 2) Risperidone dosis harian 1 – 40 mg/hari
- 3) Losapin dosis harian 20 – 150 mg/hari
- 4) Melindone dosis harian 225 mg/hari

2. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

Adalah perawatan medis yang paling umum digunakan pada klien dengan depresi berat atau gangguan bipolar yang tidak merespon pengobatan lain.

3. Pembedahan bagian otak

Tujuan melakukan pembedahan bagian otak adalah menenangkan klien gangguan jiwa dengan cara merusak atau memotong jaringan – jaringan otal dalam lobus prefrontal, letaknya dibagian depan.

4. Psikoterapi

a. Terapi Psikoanaisa

Pada terapi ini menyadarkan seseorang terhadap masalah pada dirinya dan membuat mekanisme pertahanan dengan tujuan supaya cemasnya dapat terkendalikan.

b. Terapi perilaku

Ada dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, diantaranya :

1. *Social Learning Program* : klien skizofrenia untuk mempelajari perilaku yang sesuai.
2. *Social skill training* : melatih penderita mengenai keterampilan atau keahlian.
3. Terapi *Humanistik* : terapi kelompok dan keluarga.

B. Penatalaksanaan Keperawatan

Peran perawat dalam penatalaksanaan skizofrenia sangat penting dalam mendukung pasien untuk mengelola penyakit dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Scars, R. 2019). Berikut adalah intervensi keperawatan yang umumnya dilakukan :

1. Pemberian Dukungan Emosional

Perawat memberikan dukungan emosional yang berkelanjutan untuk membantu pasien merasa diterima dan aman, yang sangat penting untuk mengurangi kecemasan dan ketegangan.

2. Pendekatan Komunikasi yang Tepat

Karena pasien dengan skizofrenia mungkin mengalami kesulitan berkomunikasi, perawat harus menggunakan teknik komunikasi yang jelas dan sederhana. Menghindar konfrontasi dan tetap sabar saat berbicara dengan pasien sangat penting.

3. Pemantauan Kepatuhan Pengobatan

Perawat harus memastikan bahwa pasien memahami pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan dan membantu memantau efek samping obat – obatan. Dukungan dalam pengaturan jadwal pengobatan juga sangat diperlukan.

4. Pendidikan Keluarga

Perawat memberikan pendidikan kepada keluarga pasien tentang cara mendukung pasien dalam mengelola penyakit, mengenali tanda – tanda kekambuhan, serta mengatasi stigma terkait dengan skizofrenia.

5. Intervensi untuk Mengatasi Stigma

Karena stigma sosial sering menjadi masalah bagi pasien dengan skizofrenia, perawat juga bisa membantu pasien untuk mengatasi perasaan malu atau kurangnya rasa percaya diri melalui konseling dan penguatan positif.

6. Pengelolaan kesehatan fisik

Mengawasi aspek fisik pasien, seperti diet, tidur, dan aktivitas fisik, sangat penting. Obat – obatan antipsikotik dapat memiliki efek samping metabolic yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik pasien.

7. Terapi Keberfungsian

Perawat dapat membantu pasien untuk meningkatkan kemampuan fungsional mereka melalui latihan keterampilan hidup sehari – hari, seperti berinteraksi sosial dan pekerjaan, untuk membantu mereka kembali berfungsi secara mandiri.

2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko Perilaku Kekerasan adalah ketika seseorang memiliki riwayat mencederai dirinya sendiri, orang lain, dan lingkungannya dengan cara fisik, emosional, seksual, atau lisan. Akibatnya, orang tersebut tidak dapat mengendalikan dan mengontrol amarahnnya secara konstruktif (Kartika et al., 2018).

Perilaku Kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang dimaksudkan untuk menyakiti seseorang secara fisik atau psikologis dan

dapat terjadi dalam dua bentuk, selama kekerasan. Perilaku kekerasan suatu respon maladaptif terhadap kemarahan akibat ketidakmampuan klien mengatasi stresor lingkungan yang dialaminya (Pardede & Laia, 2020).

Tindakan yang bertujuan untuk menyakiti seseorang baik secara fisik maupun mental disebut dengan perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan dapat terjadi melalui dua cara, yaitu ketika perilaku tersebut sedang berlangsung atau sebagai akibat dari riwayat perilaku kekerasan sebelumnya. Perilaku Kekerasan merupakan respon maladaptif terhadap kemarahan akibat ketidak mampuan klien mengatasi kondisi lingkungan (Estika, 2021).

2.2.2 Klasifikasi Perilaku Kekerasan

Klasifikasi kekerasan dapat diklasifikasikan berdasarkan bentuk, arah, cara, dan intesitas kekerasan. Berikut penjelasannya :

1. Berdasarkan bentuk kekerasan
 - a. Kekerasan fisik
 - Tindakan yang menyebabkan cedera atau kerusakan fisik secara langsung. Contoh : memukul, menendang, melempar barang dan menyakiti diri sendiri.
 - b. Kekerasan Verbal
 - Ucapan atau kata – kata yang menyakitikan, mengancam atau menimbulkan ketakutan. Contoh : membentak, memaki, meneriakkan ancaman.
 - c. Kekerasan Psikologis atau Emosional
 - Tindakan yang bersifat manipulatif atau intimidatif yang merusak emosi atau harga diri seseorang. Contoh :

merendahkan, memermalukan, mengintimidasi, mengisolasi secara sosial.

d. Kekerasan Seksual

- Tindakan memaksa atau menyalahgunakan secara seksual tanpa persetujuan. Contoh : pelecehan seksual, pemaksaan hubungan seksual.

e. Kekerasan ekonomi (khusus dalam konteks rumah tangga atau masyarakat)

- Mengontrol akses terhadap sumber daya ekonomi tidak adil atau memaksa. Contoh : tidak diberi uang, mengambil uang pasien, dan melarang bekerja.

2. Berdasarkan arah kekerasan

a. Kekerasan terhadap diri sendiri

- Pasien melukai tubuhnya sendiri atau mencoba bunuh diri. Contoh : menyayat diri, membenturkan kepala kedinding.

b. Kekerasan terhadap orang lain

- Tindakan agresif yang diarahkan ke individu lain, baik petugas, keluarga atau pasien lain.

c. Kekerasan terhadap lingkungan

- Merusak benda atau fasilitas disekitar sebagai bentuk pelampiasan emosional. Contoh : membanting kursi, dan memecahkan kaca

3. Berdasarkan cara ekspresi kekerasan

a. Kekerasan aktif

- Pasien secara langsung melakukan tindakan kekerasan

b. Kekerasan pasif

- Pasien tidak melakukan kekerasan secara langsung, tetapi menunjukkan sikap membahayakan secara tidak langsung.

Contoh : menolak makan atau minum, tidak mengikuti terapi dengan tujuan menyakiti diri secara perlahan.

4. Berdasarkan intensitas
 - a. Ringan
 - Ketegangan emosional meningkat, verbal kasar, dan belum membahayakan
 - b. Sedang
 - Sudah ada ancaman fisik, melempar barang, dan agresif terkontrol
 - c. Berat
 - Sudah melakukan kekerasan fisik, berpotensi membahayakan nyawa diri sendiri atau orang lain.

2.2.3 Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Madhani & Kartina, 2020), ada beberapa faktor penyebab resiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Faktor predisposisi
 - a. Psikologis, menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.
 - b. Perilaku, mempengaruhi salah satunya adalah perilaku kekerasan, kekerasan yang didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka perilaku tersebut diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.

- c. Sosial budaya, dapat mempengaruhi karena budaya yang pasif agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah – olah kekerasan adalah hal yang wajar.
 - d. Bioneurologis, beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbic, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.
2. Faktor Presipital
- a. Ekspresi diri, dimana ingin menunjukkan eksisten diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
 - b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar kondisi social ekonomi.
 - c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
 - d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai yang dewasa.
 - e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustasi.
 - f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.2.4 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Vahurina & Rahayu, 2021), tanda dan gejala yang ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara tentang resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

- 1. Muka merah dan tegang
- 2. Pandangan tajam
- 3. Mengatupkan rahang dengan kuat

4. Mengepalkan tangan
5. Jalan mondar – mandir
6. Bicara kasar
7. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
8. Mengencamkan secara verbal atau fisik
9. Melempar atau memukul benda/orang lain
10. Merusak benda atau barang
11. Tidak memiliki kemampuan mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan

2.2.5 Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respons Marah

(Stuart & Sudden, 2019 dalam Sharma, 2017)

Keterangan :

1. Asertif : adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
2. Frustasi : adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
3. Pasif : adalah respons dimana individu tidak mampu mengungkapkan prasaan yang dialami.
4. Agresif : merupakan perilaku yang menyertai marah, namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang

harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan yang sama dari orang lain.

5. Kekerasan : adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri.

2.2.6 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Terapi Farmakologi

Pada pasien penderita gangguan emosi atau tidak dapat mengontrol kemarahan seringkali diberikan terapi Farmakologis dengan pengobatan yaitu salah satunya diberikan obat antiansietas dan obat penenang hipotik : seperti lorazepam dan clonazepam, obat penenang tersebut sering sekali digunakan untuk menenangkan apabila pasien mengalami perlawanan (Wulansari, 2021).

2. Terapi non Farmakologi

a. Strategi pelaksanaan

1) Strategi pelaksanaan pasien :

- a) SP 1 pasien :Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu Tarik nafas dalam.
- b) SP 2 : Evaluasi kemampuan pasien, latih cara fisik II yaitu latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul kasur / bantal.
- c) SP 3 : Evaluasi kemampuan klien, latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- d) SP 4 : Evaluasi kemampuan klien, latih klien cara mengontrol kekerasan dengan cara spiritual yaitu berdoa / shalat.
- e) SP 5 Keluarga : memfasilitasi keluarga menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk pasien dan obat discharge planning.

b. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Menurut (Aprilia, 2022) melaporkan tentang “ Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Persepsi Berhubungan dengan Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia”. Dalam penelitian tersebut, di dpapatkan nilai selisihnya rata – rata sebelum pre test dan post test sebesar (7,76 %) pada variabelnya kemampuan untuk mengontrol Perilaku Kekerasan setelah diberikan pelatihan aktivitas kelompok stimulasi persepsi dengan kemampuan mengevaluasi perilaku kekerasan.

Selain itu, terapi relaksasi otot progresif (ROP) juga terbukti efektif dalam menurunkan kecemasan dan ketegangan fisik, yang merupakan faktor pencetus utama perilaku kekerasan. Menurut Wibowo dan Yuniarti (2020), terapi ROP dapat membantu pasien skizofrenia mengendalikan emosi dan meredam dorongan agresif, sehingga menurunkan risiko terjadinya kekerasan.

c. Terapi spiritual

Terapi spiritual merupakan terapi dengan mendekatkan pasien pada kepercayaan yang diinginkannya. (Kajaer, 2020) menyebutkan adanya peningkatan level dopamin dan kadar serotonin yang dapat meningkatkan perasaan euphoria atau kebahagiaan dalam tubuh saat dilakukan tindakan atau kegiatan spiritual seperti berdoa atau berdzikir sehingga meminimalkan perilaku agresif. Hal tersebut dapat menjadi landasan saat dilakukan terapi spiritual dapat mengontrol perilaku kekerasan. Bentuk dari terapi spiritualnya diantaranya adalah dzikir dan didengarkan ayat – ayat Al – Qur’an.

Menurut (Ernawati et al., 2020) menyebutkan terapi spiritual secara islami dapat terbukti efektif terhadap kemampuan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan, dimana dapat perubahan yang signifikan karena adanya penurunan dari tanda dan gejala yang dapat muncul saat sebelumnya dilakukan terapi spiritual dan setelah dilakukan terapi spiritual.

d. Terapi memukul bantal

Untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan maka perlu penatalaksanaan yang tepat salah satunya yaitu melatih teknik memukul bantal, teknik ini di lakukan untuk meluapkan energi marah yang dirasakan pasien bisa tersalurkan selain itu juga tidak merugikan banyak pihak. Oleh karena itu sangat membantu untuk penderita perilaku kekerasan (Sadock et al., 2018).

2.2.7 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Untari & Irna, 2020), perawat perlu mengidentifikasi mekanisme coping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan coping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme coping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain :

a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltic gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

2.2.8 Kuesioner Perilaku Kekerasan

Lembar observasi perilaku kekerasan Instrumen penelitian untuk mengukur perilaku kekerasan, dilakukan dengan mengobservasi menggunakan skala pengukuran perilaku kekerasan dari Keliat (2003) yang merupakan adopsi dari Morison (1994). Kisi – kisi kuesioner perilaku kekerasan digunakan panduan seperti yang tertulis ditabel berikut ini :

Tabel 2.0 Kisi – kisi kuesioner Perilaku Kekerasan

No	Komponen	Sistem Penelitian Jawaban	Nilai Skor
1	Perilaku kekerasan pada diri sendiri	Sering Kadang – kadang Jarang Tidak pernah	4 3 2 1
2	Perilaku kekerasan pada orang lain	Sering Kadang – kadang Jarang Tidak pernah	4 3 2 1
3	Perilaku kekerasan pada lingkungan	Sering Kadang – kadang Jarang Tidak pernah	4 3 2 1

4	Perilaku kekerasan secara verbal	Sering	4
		Kadang – kadang	3
		Jarang	2
		Tidak pernah	1
		Jumlah :	

Tabel 2.0 Kisi – kisi kuesioner Perilaku Kekerasan

Sumber : (Kelialat, 2003)

Lembar observasi ini terdiri dari 4 pernyataan, masing – masing skala 1-4 (total skor maksimal 20, minimal 3)

Skor total :

1. Skala Ringan : 3 - 6
 2. Skala Sedang : 7 - 9
 3. Skala Berat : 10 - 20
- (Kelialat, 2003)

2.3 Konsep Relaksasi Otot Progresif

2.3.1 Pengertian Teknik Relaksasi Otot Progresif

Teknik relaksasi otot progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks. Teknik relaksasi otot progresif dilakukan dengan cara mengendorkan atau mengistirahatkan otot – otot, pikiran dan mental (Wijaya dan Nurhidayati, 2020).

2.3.2 Tujuan Relaksasi Otot Progresif

Tujuan terapi Relaksasi Otot Progresif (Destyany, Fitri & Hasanah 2023) :

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah, frekuensi jantung, laju metabolic.

- b. Mengurangi distitmia jantung, dan kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian relaks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, dan fobia ringan.
- g. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

2.3.3 Manfaat Relaksasi Otot Progresif

Latihan terapi relaksasi progresif merupakan salah satu teknik relaksasi otot yang telah terbukti dalam program untuk mengatasi keluhan insomnia, ansietas, kelelahan, kram otot, nyeri pinggang dan leher, tekanan darah meningkat, fobia ringan, dan gagap (Wijaya & Nurhidayati 2020).

2.3.4 Mekanisme Kerja Relaksasi Otot Progresif Dalam Menurunkan Risiko Perilaku Kekerasan

Relaksasi Otot Progresif adalah teknik relaksasi yang dikembangkan oleh (Edmund Jacobson pada tahun 2020). Prinsip dasarnya adalah mengencangkan (kontraksi) kelompok otot secara berurutan untuk mengurangi ketegangan fisik dan mental.

Proses Mekanisme Kerja :

- a. Fokus pada Kelompok Otot tertentu
Individu diminta memusatkan perhatian pada kelompok otot tertentu, misalnya tangan, lengan, wajah, bahu, atau kaki.
- b. Kontraksi Otot Secara Bertahap
Setiap kelompok otot dikencangkan selama 5-10 detik. Saat mengencangkan otot, klien diminta merasakan ketegangan tersebut.
- c. Relaksasi Secara Perlahan

Setelah kontraksi, otot dilepaskan secara perlahan selama 15-20 detik, sambil menyadari sensasi rileks dan perbedaan antara kondisi tegang dan rileks.

d. Berpindah ke Kelompok Otot Berikutnya

Proses diulangi pada kelompok otot berikutnya, dari ujung kaki hingga kepala, atau sebaliknya.

e. Meningkatkan Kesadaran Tubuh

Klien menjadi lebih peka terhadap kondisi tubuhnya, sehingga lebih mudah mengenali dan mengurangi ketegangan otot saat stress.

Relaksasi Otot Progresif bekerja menekan aktifitas sistem saraf simpatik, yang biasanya meningkat saat seseorang mengalami stress, marah atau cemas, faktor yang berkontribusi besar terhadap timbulnya kekerasan. Saat otot – otot tubuh dilemaskan secara sadar, tubuh mengirimkan sinyal ke otak bahwa tubuh dalam kondisi tenang, sehingga terjadi :

- a. Penurunan detak jantung dan tekanan darah
- b. Penurunan tegangan emosional (kemarahan dan agitasi)
- c. Peningkatan rasa nyaman dan kontrol diri
- d. Penurunan dorongan untuk bertindak agresif atau impulsif.

Dengan demikian, ROP secara ilmiah dapat menurunkan resiko perilaku kekerasan, terutama pada pasien gangguan jiwa seperti skizofrenia yang memiliki kecenderungan impulsif atau agresif.

2.3.5 Kelebihan Dan Kekurangan Relaksasi Otot Progresif Resiko Perilaku Kekerasan

Berikut adalah kelebihan dan Kekurangan teknik relaksasi otot progresif resiko perilaku kekerasan yang sering digunakan dalam keperawatan jiwa (Varvogli, L., & Darviri, C. 2019).

1. Kelebihan :

- a. Mengurangi Ketegangan Fisiologis Yang Berkaitan dengan Agresi : relaksasi otot progresif terbukti efektif menurunkan

aktivitas sistem saraf simpatik, sehingga mengurangi ketegangan fisik yang dapat memicu perilaku impulsif atau agresif.

- b. Meningkatkan Kesadaran Diri dan Kontrol Emosi : dengan latihan rutin, klien menjadi lebih peka terhadap sinyal tubuh saat mulai marah atau stress, sehingga dapat mencegah luapan emosi menjadi kekerasan.
- c. Teknik Aman dan Non-Farmakologis : dapat digunakan tanpa efek samping obat penenang atau antidepresan, serta dapat diajarkan dalam setting klinis, komunitas, maupun institusi rehabilitasi perilaku kekerasan.
- d. Mudah Dipelajari dan Murah : tidak membutuhkan alat khusus dan bisa dilakukan sendiri diberbagai tempat.

2. Kekurangan

- a. Kurang Efektif Saat Emosi Memuncak : saat klien sedang berada dalam kondisi marah atau agresif berat, relaksasi otot progresif sulit diterapkan karena butuh focus dan ketenangan pikiran awal.
- b. Hanya Bersifat Pencegahan, Bukan Solusi Utama : Relaksasi Otot Progresif tidak dapat berdiri sendiri dalam menangani perilaku kekerasan berat. Perlu kombinasi dengan terapi perilaku kognitif atau konseling psikologis.
- c. Efektivitas Bergantung Pada Konsistensi Latihan : Hasil optimal hanya didapat jika dilakukan secara rutin. Orang dengan kontrol diri rendah atau impulsivitas tinggi mungkin sulit berkomitmen melakukannya.
- d. Tidak Cocok untuk Semua Kondisi Medis : Pada klien dengan cedera otot, gangguan ortopedi, atau kondisi tertentu yang membatasi pergerakan, relaksasi otot progresif perlu disesuaikan atau dihindari.

2.3.6 Indikasi Dan Kontra Indikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif

Terapi Relaksasi Otot Progresif adalah teknik relaksasi yang menggunakan serangkaian gerakan tubuh yang bertujuan untuk melemaskan dan memberi efek nyaman pada seluruh tubuh, terutama pada individu dengan gangguan psikotik seperti skizofrenia. Berikut adalah indikasi dan kontra indikasi (Struart, G. W. 2016).

1. Indikasi

- a. Klien dalam Kondisi Tenang atau Mulai Stabilisasi Emosi
- b. Klien mengalami tanda – tanda fisik stress atau tegang
- c. Klien dapat mengendalikan implus secara sementara
- d. Sebagai bagian dari program manajemen kemarahan atau pencegahan

2. Kontra Indikasi

- a. Klien dalam fase akut agitasi, marah, atau perilaku kekerasan aktif.
- b. Klien dengan gangguan persepsi berat (halusinasi atau waham mengancam)
- c. Klien dengan kondisi neuromuskular atau fisik tertentu
- d. Klien yang menolak atau tidak bersedia

2.3.7 Waktu dan Durasi Relaksasi Otot Progresif

Berikut adalah penjelasan tentang waktu dan durasi relaksasi otot progresif risiko perilaku kekerasan (Payne, R. A., & Donaghy, M. 2015).

1. Waktu yang tepat untuk melakukan Relaksasi Otot Progresif :

- a. Pagi hari : klien dapat melakukannya setelah bangun tidur untuk membantu mempersiapkan tubuh dan pikiran menghadapi aktivitas harian.
- b. Sebelum tidur : baik untuk membantu menurunkan ketegangan tubuh dan pikiran, memperbaiki kualitas tidur, serta meredakan gejala insomnia.

- c. Saat stress atau cemas : dapat dilakukan kapan saja saat merasa tegang, stress, atau cemas untuk membantu menenangkan diri.
2. Durasi yang tepat untuk melakukan relaksasi otot progresif resiko perilaku kekerasan :
- a. Durasi Standar : 15 – 20 menit persesi, cukup untuk menegangkan dan melemaskan kelompok otot utama di seluruh tubuh secara sistematis.
 - b. Durasi Singkat : 5 – 10 menit persesi, biasanya digunakan dalam kondisi terbatas waktu atau untuk tujuan relaksasi cepat, dengan focus pada beberapa kelompok otot utama seperti wajah, bahu, dan tangan.
3. Frekuensi Pelaksanaan : Idealnya : 1 – 2 kali sehari atau 3 – 4 kali per minggu untuk hasil yang lebih konsisten.

2.3.8 SOP Relaksasi Otot Progresif

Tabel 2.0
SOP Relaksasi Otot Progresif

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF	
Definisi	Salah satu teknik relaksasi yang mudah dan sederhana yang sudah dilaksanakan secara luas. Prosedur ini mendapatkan relaksasi otot progresif melalui dua langkah yaitu dengan memberikan tegangan pada suatu kelompok otot dan menghentikan tegangan tersebut menjadi rileks.
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolic. b. Mengurangi distrimia jantung, kebutuhan oksigen c. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi d. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress e. Mengatasi insomnia atau sulit tidur, kelelahan f. Membangun emosi positif dan emosi negative
Indikasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien dalam kondisi tenang atau mulai stabilisasi emosi b. Klien mengalami tanda – tanda fisik stress atau tegang c. Klien dapat mengendalikan implus secara sementara d. Sebagai bagian dari program manajemen kemarahan atau pencegahan
Kontra Indikasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien dalam fase akut agitasi, marah, atau perilaku kekerasan aktif. b. Klien dengan gangguan persepsi berat (halusinasi atau waham mengancam) c. Klien dengan kondisi neuromuskular atau fisik tertentu d. Klien yang menolak atau tidak bersedia.
Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan yang tenang dan nyaman 2. Jam dinding
Prosedur Pelaksanaan Tahap Orientasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Orientasi

<p>1) Salam “ Selamat pagi, saya Sofi, perawat yang dinas di Puskesmas Limbangan. “ Bapak Siapa namanya?” “Senang dipanggil apa?” “saya panggil pak Eko ya.” “Tanggal lahirnya?”</p> <p>2) Evaluasi “Apa yang pak Eko rasakan?” “Jadi Pak Eko sering kesal atau marah.” “Sudah berapa lama?”</p> <p>3) Validasi “Apa yang sudah dilakukan untuk mengatasinya?” “Apakah berhasil?”</p> <p>4) Kontrak</p> <p>a) Tindakan dan Tujuan “Bagaimana kalau saya periksa dulu tentang marah dan belajar cara mengendalikannya?”</p> <p>b) Waktu “Waktunya 30 menit, apakah Pak Eko setuju?”</p> <p>c) Tempat “Kita lakukan di sini ya?”</p>
<p>b. Kerja</p>
<p>1) Pengkajian</p> <p>a) Penyebab “Apa yang menyebabkan Pak Eko marah?” “Apakah disertai rasa kesal atau kecewa dan ingin memukul?”</p> <p>b) Tanda / gejala “Apakah yang dirasakan saat marah, apakah merasa tegang, tangan terkepal, mengatupkan rahang dengan kuat?” “Apakah bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak?” “Apakah berjalan mondar mandir dengan marah dan melemparkan barang – barang atau memukul orang?”</p> <p>c) Akibat “Apakah akibat dengan cara marah demikian?” Apakah dengan cara seperti itu marahnya bisa hilang?”</p>
<p>2) Diagnosis “Pak Eko sering kesal dengan berteriak, melempar barang sampai memukul orang lain.” “Jadi Pak Eko masih sulit mengendalikan marah sehingga bisa terjadi perilaku kekerasan.” “Apakah Pak Eko ingin belajar mengendalikannya?”</p> <p>3) Tindakan “Baiklah saya akan bantu Pak Eko untuk mengatasi marah dengan beberapa cara.”</p> <p>a) Latihan relaksasi nafas dalam, pukul bantal kasur, olahraga, bersihkan rumah dan pekarangan</p> <p>1) Contohkan : “Tarik nafas dalam panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan Pak Eko.” “Pukul bantal kasur saat kesal.” “Olahraga lari, pukul samak atau latihan tinju, push up, bermain bola, berguna untuk menyalurkan energy marah.” “jangan lupa, bersih – bersih juga bisa mengurangi marah dan membuat rumah menjadi bersih.”</p> <p>2) Dampingi : “Nah sekarang ayo kita coba bersama – sama, “Ya, benar seperti itu.”</p> <p>3) Mandiri : “Sekarang coba lakukan sendiri,” “Bagus, sudah benar.”</p> <p>4) Cara lain dapat dilatih dengan cara yang sama.</p>

- | |
|---|
| <p>b) Latihan de-enskalasi (curhat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Contohkan : “Ceritakan rasa kesal Pak Eko dan alasannya, serta mibta pendapat orang lain.” “Tuliskan perasaan marah ke dalam buku.” 2) Damping : “Nah sekarang ayo kita coba bersama – sama.” “Ya, benar seperti itu.” 3) Mandiri : “Sekarang coba lakukan sendiri.” “Bagus sudah benar.” 4) Cara kedua adalah curhat dengan sahabat yang dipercaya. <p>c) Latihan bicara yang baik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Contohkan : “Pak Eko dapat berlatih cara meminta dengan satuan, cara menolak dengan tepat, dan cara mengatakan rasa tidak senang.” 2) Damping : “Nah sekarang ayo kita coba bersama – sama.” “Ya, benar seperti itu.” 3) Mandiri : “Sekarang coba lakukan sendiri.” “Bagus, sudah benar.” <p>d) Latihan spiritual</p> <p>“Apa saja kegiatan ibadah yang Pak Eko lakukan tiap hari?”
 “Apa yang Pak Eko rasakan setelah melakukan ibadah?”
 “Jadi, melakukan ibadah dapat mengurangi marah.”
 “Baiklah, minimal melakukan dua kegiatan ibadah Pak Eko.”</p> |
|---|

Tahap kerja

1. Mencuci tangan.
2. Atur posisi pasien kedalam posisi nyaman
3. Kaji kondisi pasien
4. Monitor ttv
5. Lakukan observasi pasien : amati gejala awal perilaku kekerasan seperti gelisah cemas mondar mandir, tatapan tajam, marah, bicara keras dan mengepalkan tangan
6. Kaji riwayat kekerasan dan faktor resiko sebelum melakukan tindakan
 - 1) Gerakan 1 : instruksikan pasien untuk melakukan latihan otot kedua tangan
 - a. Ayo genggam tangan kiri sambil membuat satu kepalan kuat
 Ayo buat kepalan semakin kuat sambil merasakan ketegangan yang terjadi
 - b. Pada saat kepalan dilepaskan, klien dipandu untuk merasakan relaksasi selama 10 detik
 - c. Gerakan pada tangan kiri dilakukan selama dua kali sehingga klien dapat membedakan perbedaan antara otot dengan keadaan relaks yang dialami
 - d. Prosedur juga dilakukan pada tangan kanan



Gambar 1
Mengepalkan tangan

- 2) Gerakan 2 : dilakukan untuk melatih otot tangan bagian belakang
 - a. Ayo tekukan kedua lengan kebelakang sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang
 - b. Jari – jari tangan mengahadap ke langit – langit
 - c. Pada saat dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik



Gambar 2
Untuk tangan bagian belakang

- 3) Gerakan 3 : ditunjukan untuk melatih otot bisep (otot besar bagian atas pangkal lengan)
 - a. Ayo coba genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan
 - b. Kemudian bawa kedua kepalan kearah pundak sehingga otot bisep akan menjadi tegang
 - c. Saat ketegangan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik



Gambar 3
Otot – otot biceps

- 4) Gerakan 4 : dilakukan untuk melatih otot bahu supaya rileks
- Angkat kedua bahu setinggi – tingginya hingga menyentuh kedaun telinga
 - Fokuskan perhatian gerakan pada kontrak ketegangan yang terjadi di bahu punggung atas dan leher



- 5) Gerakan 5 dan 6 : ditunjukkan untuk melemaskan otot – otot wajah (seperti dahi, mata, rahang, dan mulut)
- Gerakan otot dahi dengan cara mengurutkan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulitnya keriput
 - Tutup mata kuat – kuat sehingga dapat merasakan disekitar mata dan otot – otot menjadi tegang
- 6) Gerakan 7 : ditunjukkan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang
- Katupkan rahang, dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot rahang
- 7) Gerakan 8 : ditunjukkan untuk mengendurkan otot – otot sekitar mulut, bibir dimoncongkan sekuat – kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan disekitar mulut



- 8) Gerakan 9 : ditunjukan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang
- Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang kemudian otot leher bagian depan

- b. Letakkan kepala pada bantalan kursi sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas
- 9) Gerakan 10 : dilakukan untuk melatih otot leher
- Gerakan membawa kepala ke muka
 - Benamkan dagu ke dada sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka
- 10) Gerakan 11 : ditunjukan untuk melatih otot pada punggung
- Angkat tubuh dari sandaran kursi
 - Punggung dilekukkan
 - Bunsungkan dada dan tahan dalam kondisi tegang selama 10 detik, kemudian lepaskan
 - Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke bantalan kursi sambil merasakan otot menjadi rileks
- 11) Gerakan 12 : dilakukan untuk melepaskan otot dada
- Tarik nafas yang panjang untuk mengisi paru – paru dengan udara sebanyak – banyaknya
 - Ditahan beberapa saat, kemudia rasakan ketegangan dibagian dada sampai keperut, kemudian lepaskan
 - Saat ketegangan otot dilepas, lakukan napas normal dengan pelan dan rileks
 - Ulangi sekali lagi untuk merasakan perbedaan antara kondisi tegang dan rileks



- 12) Gerakan 13 : dilakukan untuk melatih otot perut
- Tarik dengan kuat perut kedalam
 - Tahan sampai menjadi kencang dank eras selama 10 detik, lalu lepaskan bebas
 - Ulangi kembali seperti gerakan awal



- 13) Gerakan 14 dan 15 : ditunjukkan untuk melatih otot – otot kaki (seperti paha dan betis)
- Luruskan kedua kaki sehingga otot paha merasa ketegangan
 - Lanjutkan dengan mengunci lutut sehingga ketegangan pindah ke otot betis
 - Tahan posisi selama 10 detik, lalu lepaskan
 - Ulangi setiap gerakan masing – masing dua kali
7. Catat hasil asesmen awal
- Tulis secara objektif dalam format dokumentasi keperawatan (SOAP)

Tahap terminasi

1. Amati respon pasien
 - Ekspresi lebih tenang nafas teratur
 - Tidak menunjukkan agitasi atau perilaku kekerasan
 - Verbal : “saya lebih santai”, “pikiran saya jadi lebih tenang”
2. Evaluasi kebutuhan lanjutan
 - Jadwalkan terapi ulang
 - Lanjutkan dengan edukasi teknik relaksasi otot progresif mandiri.

Dokumentasi

- Mencatat semua tindakan dan respon pasien selama tindakan dan sesudah tindakan
- Mencatat waktu, frekuensi, dan jenis alat yang dipakai selama tindakan
- Tulis nama dan paraf perawat
- Frekuensi kemunculan perilaku kekerasan

Referensi

Keliat, B. A., Akemat, J., & Wardani, I. Y. 2011. Keperawatan Jiwa : pendekatan pratis. EGC

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

2.4.1 Pengkajian Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Wiranto, 2022), pengkajian resiko perilaku kesehatan seperti berikut:

1. Identitas

Meliputi: Nama, umur, jenis kelamin, nomer RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

2. Alasan masuk

Biasanya 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 (Keliat,2016).

3. Faktor Predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masalalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru dibawa kerumah sakit jiwa.
- c. Trauma, biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- e. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianaya, penolakan dari lingkungan.

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 mengepal, rahang mengatup, wajah memerah).
- d. Verbal (mengancam, mengupat kata – kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

5. Psikososial

- a. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga disaat pengkajian.

- b. Konsep diri

Biasanya ada 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. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas pekerjaanya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

- d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan orang lain akan terlihat baik, harmoni saat terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

1) Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang dikembangnya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

2) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

6. Hubungan sosial

- 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 berhubungan masyarakat.

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan
- b. Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
- c. Kegiatan ibadah
- d. Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

8. Status mental

- a. Penampilan

Biasanya penampilan klien kotor

b. Pembicaraan

Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

c. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motoric klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah – ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

d. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

e. Afek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah – marah tanpa sebab.

f. Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan resiko perilaku kekerasan akan bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

g. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

h. Isi pikir

Biasanya kien meyakini tidak sakit, dan baik – baik saja

i. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

j. Memori

Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

k. Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

l. Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

9. Mekanisme coping

Biasanya klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah – marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya dan merusak alat – alat rumah tangga.

10. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

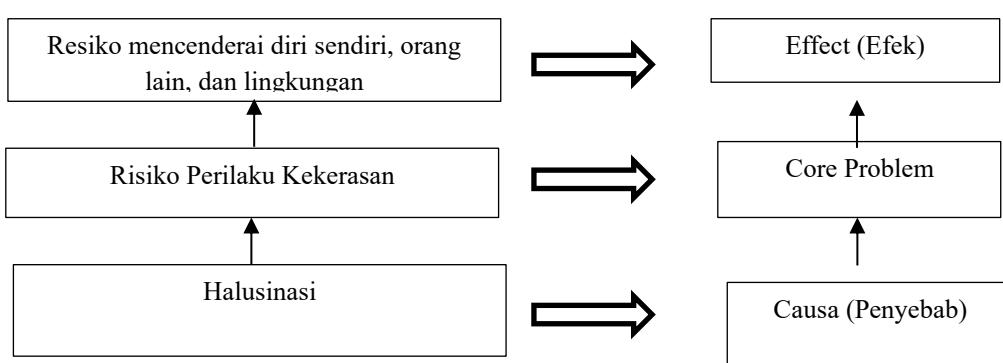
11. Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2.4.2 Pohon masalah

Bagan 2.2

Pohon masalah resiko perilaku kekerasan



Sumber: Keliat, B. A., & Akemat, E. (2005)

2.4.3 Analisa Data

Tabel 2. 1

Analisa Data

No	Data	Masalah
1	<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mudah emosi jika kemauannya tidak dituruti - Berbicara dengan nada suara tinggi - Menunjukan wajah jengkel 	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>(D.0077)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak tegang 	
2	<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distory sensor - Respon tidak sesuai - Bersikap seolah melihat, mendengar, mengelap, meraba, atau mencium sesuatu - Melamun - Melihat kesatu arah - Mondar mandir bicara sendiri 	Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi (D.0076)
3	<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan - Riwayat ditolak - Tidak mampu memenuhi harapan orang lain - Tidak ada kontak mata 	Harga Diri Rendah Situasional (D.0078)

2.4.4 Diagnosis 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 (Dermawan & Deden, 2018)

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

- a. Risiko Perilaku Kekerasan berhubungan dengan mencederai diri sendiri (D.0077)
- b. Gangguan persepsi sensori halusinasi pendemgaran berhubungan dengan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun ekterna yang disertai dengan respon yang kurang (D.0076)
- c. Isolasi sosial berhubungan dengan ketidak mampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, dan terbuka dengan orang lain. (D.0078)

2.4.5 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 2.2

Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	Setlah dilakukan asuhan keperawatan selama kunjungan rumah diharapkan Resiko	<p>Observasi</p> <p>a. Idenifikasi penyebab / pemicu kemarahan</p>

	<p>Perilaku Kekerasan menurun dengan k.h :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku menyerang berkurang 2. Perilaku menyederai diri sendiri/orang lain 3. Suara keras berkurang 	<p>b. Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan</p> <p>c. Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif</p> <p>d. Monitor kemajuan dengan membuat grafik jika perlu</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan b. Pasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif c. Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata”) d. Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. Meninju tas, mondor madir, berolahraga berlebihan) e. Menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif f. Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah g. Lakukan teknik relaksasi otot progresif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan makna , fungsi marah, prustasi, dan respon marah b. Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat c. Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif d. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (Mis. Latihan, asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas dan penyaluran energy) e. Ajarkan teknik relaksasi otot progresif <p>Kolaborasi</p>
--	--	--

		<p>a. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antipsikotik</p>
Gangguan persepsi sensori halusinasi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama..... kunjungan rumah diharapkan harga diri meningkat dengan k.h :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengenali tanda tanda halusinasi 2. Klien mampu mengungkapkan isi halusinasi 3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara yang disepakati 	<p>Observasi</p> <p>a. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi</p> <p>b. Motivasi dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan</p> <p>c. Monitor isi halusinasi (Mis. Kekerasan atau membahayakan diri)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Pertahankan lingkungan yang aman</p> <p>b. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatas wilayah, pengekangan fisik, seklusi)</p> <p>c. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</p> <p>b. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan music, melakukan aktivita dan teknik relaksasi)</p> <p>c. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik</p>
Isolasi sosial	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama..... kunjungan rumah diharapkan penampilan peran membaik dengan k.h :</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>b. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>Terapeutik</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menunjukkan minat untuk berinteraksi 2. Klien mulai melakukan kontak mata saat diajak bicara 3. Klien dapat terlibat dalam aktivitas kelompok sederhana 4. Klien mengungkapkan perasaan keseian atau/ terisolasi 	<ol style="list-style-type: none"> a. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan b. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok c. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap b. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan c. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain d. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi farmakologi. b. Edukasi keluarga tentang cara mendukung pasien untuk bersosialisasi rumah.
--	--	--

2.4.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan

dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien – keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor –faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Martini et al., 2020).

Implementasi keperawatan jiwa pada pasien resiko perilaku kekerasan ada 5 SP menurut (Martini et al., 2020), sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu melakukan rencana dan implementasi dalam asuhan keperawatan sebagai pendekatan yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan.

Adapun implementasi relaksasi otot progresif (ROP) merupakan salah satu intervensi non – farmakologis yang diterapkan oleh perawat untuk membantu pasien menurunkan ketegangan otot, kecemasan, stress dan mencegah munculnya perilaku kekerasan. ROP dapat diberikan secara mandiri atau sebagai bagian dari terapi aktivitas kelompok (TAK).

2.4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap yang terus menerus dalam menilai dampak dari tindakan keperawatan terhadap klien. Untuk mengevaluasi tanggapan klien terhadap tindakan yang telah dilakukan, evaluasi dilakukan secara berkala. Evaluasi dilakukan secara formatif atau proses setelah tindakan selesai. Pendekatan SOAP adalah salah satu kerangka kerja evaluasi yang dapat digunakan (Nabilah et al., 2022)

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan berupa respon pasien dalam penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif

O: Reaksi objektif dari diri pasien yang terlihat oleh perawat ketika mengamati perilaku pasien saat diberikan tindakan keperawatan.

A: Analisa ulang data subjektif dan data objektif untuk mengetahui pengaruh implementasi terhadap masalah berhasil diatasi, masalah teratasi sebagian atau masalah teratasi sepenuhnya.

P: Perencanaan tindak lanjut apabila dari hasil analisa ditemukan bahwa klien memerlukan rencana tindak lanjut.

Kriteria hasil yang didapatkan setelah dilakukan penelitian penerapan Relaksasi Otot Progresif adalah resiko perilaku kekerasan menurun, konsentrasi membaik, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pola tidur membaik.