

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

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 (Pardede, 2019).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa dimana terjadi gangguan neurobiologi dengan karakteristik kekacauan pada pola pikir dan isi pikir, halusinasi dan delusi, serta kekacauan pada proses persepsi, afek dan perilaku sosialnya (Wardani dan Dewi, 2018). Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah sekelompok gangguan yang mempengaruhi kepribadian, proses pikiran dan afek yang tidak sesuai.

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

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

a. Faktor Presidiposisi

1. Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama penecetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi

diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15% angka ini meningkat sampai 30% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

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

c) Neurokimia

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

skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil menapai sambungan sel yang dituju.

2. Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awala psikososial sebagai contoh seorang anak agar tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang asa. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraam, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

3. Faktor Sosialkultural dan Lingkungan

Faktor sosialkultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan presnatal, sumber daya untuk menghadapi stres dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

1. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis madalif meliputi; gangguan dalam komunikasi dan putaran umpa balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk

dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran

3. Pemicu Gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologi maladaptid yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.1.3. Klasifikasi Skizofrenia

Sutejo (2018) menyatakan bahwa terdapat 7 tipe skizofrenia diantaranya yaitu:

a. Skizofrenia paranoid (F20,0)

Merupakan subtipe 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 mencelakainnya

b. Skizofrenia tipe disorganosasi atau hebefrenik (F20,1)

Tidak bertanggungjawab dan tidak dapat diramaikan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganosasi dan pembicaraan inkoheren.

c. Skizofrenia Katatonik (F,202)

Gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh wajar, nevagisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), flekibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.

d. Skizofrenia tak terinci (F20,3)

Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misal kebingungan, inkohren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, residual dan depresi pasca skizofrenia.

e. Depresi Pasca Skizofrenia (F20.4)

Gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada paling sedikit 2 minggu

f. Skizofrenia Residual (F20,5)

Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.

g. Skizofrenia Simpleks (F20,6)

Gejala utama adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan-lahan.

2.1.4. Patofisiologi

a. Terdapat beberapa etiologi yang muncul

Dilaporkan terjadinya peningkatan ukuran ventricular, pengurangan ukuran otak, dan ketidaksimetrisan otak. Volume hippocampal yang rendah menyebabkan ketidakcocokan hasil pada tes neuropsikologis dan respon rendah terhadap antipsikotik generasi pertama.

b. Hipotesis dopamin

Psikosis merupakan efek dari hiper- atau hipoaktivitas dari proses dopamerik di bagian otak yang spesifik. Selain itu psikosis juga disebabkan adanya kelainan pada reseptor dopamin. Gejala positif berhubungan dengan hiperaktivitas dari reseptor dopamin di mesocaudate, sementara gejala negatif dan gejala kognitif berhubungan dengan hipofungsi reseptor dopamin di prefrontal cortex.

c. Disfungsi Glutamat

Defisiensi aktivitas glutamatergik menyebabkan gejala seperti efek hiperaktivitas dopaminergik dan merupakan gejala yang mungkin muncul pada skizofrenia.

d. Abnormalitas Serotonin (5-HT)

Pasien Skizofrenia dengan scans otak yang abnormal memiliki konsentrasi 5-HT di seluruh darah lebih tinggi, dan konsentrasi tersebut berhubungan dengan peningkatan ukuran ventricular (Crismon et al., 2014).

2.1.5. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Mashudi (2021) menyatakan tanda dan gejala skizofrenia sebagai berikut:

a. Gejala Positif

1. Waham

Waham merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuaio dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran)

2. Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, penggecapan, pembau dan perabaan).

3. Perubahan arus pikir

a) Arus pikir terputus; dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan

b) Inkohoren; berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

c) Neologisme; menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain

4. Perubahan perilaku
5. Gejala Negatif
 - a) Hiperaktif
 - b) Agitasi
 - c) Iritabilitas

2.1.6. Komplikasi

Skizofrenia yang tidak terawat dapat membawa masalah emosional, perilaku kesehatan, hukum dan keuangan yang berdampak disetiap sendi kehidupan. Komplikasi yang disebabkan dengan skizofrenia termasuk (Suhantara, 2020):

- a. Bunuh diri.
- b. Perilaku merusak diri serta melukai diri sendiri.
- c. Penyalahgunaan alkohol, obat atau resep obat.
- d. Kemiskinan.
- e. Tidak punya tempat tinggal.
- f. Masalah dengan keluarga.
- g. Ketidakmampuan bekerja atau hadir di sekolah.
- h. Masalah kesehatan akibat pengobatan antipsikotik.
- i. Menjadi korban kekerasan atau pelaku.
- j. Penyakit jantung, kerap dikaitkan dengan perokok berat.

2.1.7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia menurut (Hafifah et al., 2018) yaitu:

a. Antipsikotik

Menurut Osser et al., 2013 dalam jurnal penelitian (Hafifah et al., 2018).

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

1. Antipsikotik generasi pertama

Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin D2. Antipsikotik 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 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. Sosial skill training

Menunjukkan bahwa SST 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.

3. PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)

PANSS digunakan pada pasien rawat inap Skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil.

4. LAI (long-acting injectable)

Farmakologis baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi skizofrenia. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Dan penelitian dalam jurnal (Haffifah et al, 2018), membuktikan bahwa sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral psikotik (apriprazole, quetiafone, risperidone, dan paliperidone extended-release) menjadi peliperidome 1 kali selama 1 sebulan memberikan respon dan tolerabelitas yang baik. LAI menawarkan efek terapeutik panjang

dengan memaksaimalkan penghantaran obat, kontrak obat, dan jadwal pengobatan.

2.2. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

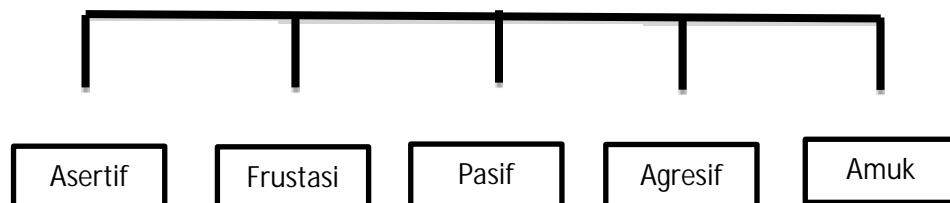
2.2.1. Pengertian

Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri, orang lain maupun keluarganya sendiri. Semua itu bisa terjadi akibat tidak bisa menahan emosi dan amarahnya, mungkin juga karena faktor kejiwaan (jiwa yang temperamental) bisa juga karena pengaruh dari pergaulannya, tekanan batin, kurang pengawasan dari orang tua dan faktor ekonomi yang kurang mencukupi. Jika kejadian seperti ini dibiarkan berlarut-larut tanpa adanya penanganan itu bisa mengakibatkan kekerasan, bukan hanya kekerasan melainkan bisa membunuhnya. Untuk mencegah atau mengatasi kejadian seperti itu bisa datang ke dokter untuk konsultasi mengenai apa masalahnya. (Siauta et al., 2020)

2.2.2. Rentang Respon Marah

Bagan 2.1

Respon Adaptif  **Respon Maladaptif**



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Sumber: (Sutejo. 2019)

Keterangan;

- a. Asertif adalah mengungkapkan rasa marah yang tidak menyakiti hati orang lain
- b. Frustasi adalah kegagalan pada saat merah impian
- c. Pasif yaitu tidak dapat mengungkapkan perasaan yang sedang dialami saat ini.
- d. Agresif yaitu perilaku yang tidak bisa terkontrol amarahnya dan perilaku tampak berupa bicara kotor, muka yang memerah, mata melotot.
- e. Amuk adalah arasa gaduh gelisah disertai hilangnya kontrol pada diri.

(Sutejo, 2019).

Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, dan Agresif (Fitria, 2019)

Tabel 2.1

Karakteristik	Pasif	Asertif	Agresif
Nada bicara	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Negatif ➤ Menghina ➤ Dapatkah ia melakukan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Positif ➤ Menghargai diri sendiri ➤ Saya akan/dapat melakukan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Berlebihan ➤ Menghina orang lain ➤ Anda tidak/selalu pernah?
Nada suara	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diam ➤ Lemah 	➤ Diatur	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tinggi ➤ Menuntut

	➤ Merengek		
Sikap tubuh	➤ Melotot ➤ Menundukan kepala	➤ Tegak ➤ Rileks	➤ Tegang ➤ Bersadar ke depan
Gerakan	➤ Minimal ➤ Resah ➤ Lemah	➤ Memperlihatkan gerakan yang sesuai	➤ Mengancam ➤ Ekspansi gerakan
Kontak mata	➤ Sedikit ➤ Tidak ada	➤ Sekali-kali (intermitten) sesuai dengan kebutuhan interaksi	➤ Melotot

a. Respon Adaptif

Respon adaptif yaitu respon yang bisa diterima norma-norma budaya sosial yang berlaku. Dengan kata lain, seseorang tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah bisa memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif antara lain:

1. Pikiran logis yaitu suatu pandangan yang mengarah pada kenyataan.
2. Persepsi akurat yaitu suatu pandangan yang tepat pada kenyataan.
3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu suatu perasaan yang timbul dari pengalaman.
4. Perilaku sosial yaitu sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
5. Hubungan sosial yaitu proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon Maladaptif

1. Kelainan pikiran yaitu secara kokoh mempertahankan keyakinan walaupun orang

- lain tidak menyakini dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
2. Perilaku kekerasan adalah ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik dan merupakan status rentang emosi.
 3. Kerusakan proses emosi yaitu perubahan status perilaku yang tidak teratur.

2.2.3. Patofisiologi

Menurut Yosep (2017) patofisiologi dari perilaku kekerasan yaitu cemas, stres, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah bisa di ekspresikan secara internak maupun eksternal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan kata-kata yang dapat di terima dan di mengerti tanpa menyakiti perasaan orang lain. Selain akan memberikan rasa lega, keteganganpun akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi.

2.2.4. Etiologi

Beberapa faktor yang menyebabkan risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut;

- a. Faktor Predisposisi meliputi;

1. Faktor biologis

Menyatakan risiko perilaku kekerasan oleh dorongan prinsip dasar yaitu kuat. Teori psikomotor penalaman marah dapat mengakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal sehingga sistem limbic memiliki peran sebagai pusat rasa marah.

2. Faktor psikologi

Ungkapan rasa marah yang tidak melukai orang lain akan menimbulkan

hambatan dalam proses pikiran sehingga menyebabkan tujuan tidak dapat tercapai.

b. Faktor Presipitasi

Risiko perilaku kekerasan bersifat unik dapat disebabkan dari luar maupun (kematian, kehilangan, serangan fisik). Selain itu lingkungan yang menekan seseorang dapat menimbulkan risiko perilaku kekerasan (Widodo, D., Juairiah, Sumantrie, P., Nursy, S, S, Praghlapati, A. et al., 2022).

2.2.5. Proses Terjadinya Masalah

a. Faktor Predisposisi

Faktor yang memungkinkan terjadi pada perilaku kekerasan sebagai berikut:

- 1.** Faktor genetic tidak terlalu mempengaruhi klien yang mengalami perilaku kekerasan (RPK).
- 2.** Factor psikologis yang mempengaruhi perilaku kekerasan antara lain:
 - a)** Kepribadian yaitu bahwa seseorang yang memiliki kepribadian yang tertutup menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa dikarenakan klien tidak pernah mengungkapkan permasalahannya membuat klien menyimpan beban-beban di jiwanya.
 - b)** Kehilangan merupakan penyebab dari seseorang yang mengalami gangguan jiwa karena merasa berduka/kesepian.
 - c)** Aniaya seksual merupakan penyebab paling sering pada era sekarang yang menyebabkan klien mengalami resiko perilaku kekerasan atau bahkan resiko bunuh diri.
 - d)** Kekerasan dalam keluarga merupakan penyebab trauma pada klien yang membuat ingatan pada system sensorik.
- 3.** Sosial budaya; adanya penolakan dari lingkungan dapat mengakibatkan seseorang menjadi terasingkan.

b. Faktor Presipitasi

Adapun faktor presipitasi dari resiko perilaku kekerasan sebagai berikut:

1. Klien; adanya keputusan , ketidakberdayaan, karakteristik lemah.
2. Interaksi; kehilangan orang yang berarti, mengancam baik faktor lingkungan eksternal maupun internal.
3. Lingkungan; lingkungan yang keras, panas dan bising mengakibatkan pasien merasa terganggu dan timbul marah (Suhantara, 2020)

2.2.6. Manifestasi Klinis

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) menyebutkan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut:

Mayor:

- a. Subjektif ; mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara tinggi, bicara ketus.
- b. Objektif ; menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk.

Minor:

- a. Subjektif: tidak tersedia.
- b. Objektif; mata melotot atau pandangan tajam, tangan mnegepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku (tim Pokja SDKI PPNI, 2016).

2.2.7. Tanda dan Gejala

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan bahwa pasien yang mengalami Risiko perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala seperti fisik (muka merah, tegang, mata melotot, tangan mengepal, dan mondar-mandir), verbal (bicara kasar, suara tinggi, membentak, mengancam, mengumpat kata-kat kotor), perilaku (melempar, memukul, mengancam, menyerang orang, melukai diri sendiri, orang lain dan amuk agresif), emosi (tidak adekuat, tidak nyaman, rasa terganggu, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut) (Agusmiasari,W., & Sundari, R.I (23).

Tanda dan gejala perilaku ekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah risiko perilaku kekerasan (Pardede, 2020):

- a. Subjektif
 - 1. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
 - 2. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
 - 3. Klien suka membentak dan menyerang orang lain.
- b. Objektif
 - 1. Mata melotot/pndangan tajam.
 - 2. Tangan mengepalkan, rahang mengatup.
 - 3. Wajah merah.
 - 4. Postur tubuh kaku.
 - 5. Mengancam dan mengumpat dengan kata-kata kotor.
 - 6. Suara keras.
 - 7. Bicara kasar, ketus.
 - 8. Menyerang orang lain dan melukai diri sendiri/orang lain.
 - 9. Merusak lingkungan.
 - 10. Amuk/agresif.

2.2.8. Komplikasi

Klien dengan oriaku kekerasan dapat melakukan tindakan-tindakan berbahaya bagi dirinya, orang lain maupun lingkungannya, seperti menyerang orang lain, memecahkan perabotan, membakar rumah dll. Sehingga klien dengan prilaku kekerasan beresiko untuk mencidrai diri orang lain dan lingkungan. Tanda dan gejalanya :

- 1. Gejala klinis yang ditemukan pada klien dengan prilaku kekerasanqn didapatkan dari pengkajian meliputi :
- 2. Wawancara : diarahkan penyebab marah, perasaan marah, tanda-tanda marah yang dirasakan klien.

3. Observasi : muka, mata tajam, otot tegang, nada suara tinggi, bedebat dan sering pula tampak klien memaksakan kehendak : merampas makanan, memukul jika tidak senang.

2.2.9. Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

a. Penatalaksanaan Farmakologis

1. Pemberian Antipsikotik

Haloperidol, risperidon, olanzapin, atau aripiprazole digunakan untuk menurunkan gejala psikotik seperti halusinasi, delusi, dan agitasi (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015).

2. Pemberian Anxiolytic (Benzodiazepin)

Lorazepam diberikan dalam situasi akut untuk mengatasi kecemasan berat dan agitasi yang berpotensi menjadi kekerasan (Kaplan & Sadock, 2017).

3. Pemberian Mood Stabilizer

Valproat atau litium digunakan jika terdapat gangguan mood dengan gejala agresif atau perilaku impulsif (Muench & Hamer, 2010).

4. Pemantauan Efek Samping Obat

Dilakukan pemantauan terhadap sedasi berlebihan, reaksi ekstrapiramidal, atau efek samping lainnya sesuai indikasi klinis.

b. Penatalaksanaan Non-Farmakologis

1. Terapi Relaksasi Autogenik

Melatih pasien menenangkan diri, mengurangi ketegangan otot, dan meningkatkan kontrol emosi (Kanji et al., 2006).

2. Pendekatan Komunikasi Terapeutik

Menggunakan komunikasi empatik, teknik setting batasan, dan konfrontasi suportif saat pasien menunjukkan tanda kekerasan (Townsend & Morgan, 2018).

3. Manajemen Lingkungan

Menciptakan suasana aman dan nyaman, meminimalkan stimulus berlebihan, dan menghindari faktor pencetus agresi (Videbeck, 2020).

4. Pelatihan Koping dan Manajemen Emosi

Melatih pasien teknik pernapasan, mindfulness, atau strategi coping adaptif agar mampu mengelola emosi dan mencegah tindakan kekerasan (Stuart, 2013).

2.2.10. Skoring RUFA (Respon Umum Fungsi Adaftatif)

a. Pengertian Rufa

Salah satu skala yang digunakan untuk mengukur tingkat kedaruratan pasien psikiatri adalah RUFA (Respon Fungsi Umum Adaptatif) atau GAFR (Respom Fungsi Adaptatif Umum). Skor dari skala ini berkisar antara 1-30 dan didasarkan pada diagnosis keperawatan yang diberikan pada klien (Nurcahyono, 2020).

b. Klasifikasi Skoring RUFA berdasarkan kasus

1. RUFA Risiko Perilaku Kekerasan

Skor Risiko Perilaku Kekerasan

Tabel 2. 1

Domain	Intensif I 1-10	Intensif II 11-20	Intensif III 21-30
Pikiran	Orang lain/makhluk lain mengancam	Orang lain/makhluk lain mengancam	Orang lain/makhluk lain mengancam
Perasaan	Marah dan jengkel terus menerus	Marah dan jengkel (seringkali)	Kadang marah dan jengkel, sering tenang.
Tindakan	Terus-menerus mengancam orang lain (verbal) Terus-menerus berusaha mencederai orang lain (fisik) Komunikasi sangat kacau	Hanya mengancam secara verbal Tidak ada tindakan kekerasan fisik Komunikasi kacau	Kadang-kdang masih mengancam secara verbal Komunikasi cukup kohoren

KUISONER
PENILAIAN SKALA RUFA PERILAKU KEKERASAN

Petunjuk : Beri tanda (✓) jika “YA” dan (-) jika “TIDAK”

Keterangan kriteria

Skor RUFA:

No	Indikator RUFA	Perilaku Kekerasan	Penilaian (Skor)	
			Ya (1)	Tidak (0)
1	Perilaku	Melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan		
		Mengamuk		
		Menentang		

		Mengancam		
		Mata melotot		
2	Verbal	Bicara kasar		
		Intonasi tinggi		
		Intonasi sedang		
		Menghina orang lain		
		Menuntut		
		Berdebat		
3	Emosi	Labil		
		Mudah tersinggung		
		Ekspresi tegang		
		Marah-marah		
		Dendam Merasa tidak aman		
4	Fisik	Muka marah		
		Pandangan tajam		
		Nafas pendek		
		Berkeringat		
		Tekanan darah meningkat		
	Jumlah			

2.3. Konsep Terapi Relaksasi Autogenik

2.3.1. Pengertian

Teknik relaksasi autogenik merupakan suatu relaksasi yang bersumber dari dalam diri sendiri yang berupa kata-kata atau beberapa kalimat pendek bisa juga pikiran yang bisa membuat pikiran kita tenram. Relaksasi autogenik juga merupakan relaksasi yang bersal dari diri kita sendiri dengan menggunakan kata-kata atau kalimat motivasi seperti “aku tenang dan nyaman” dan “aku damai di sini” yang bisa membuat pikiran kita tenang. Relaksasi autogenik dilakukan dengan membayangkan diri sendiri berada dalam keadaan damai dan tenang, berfokus pada detak jantung dan pengaturan nafas (Aryanti, 2007 dalam Pramesti dkk 2018).

Autogenik mempunyai akna pengaturan sendiri. Autogenik salah satu contoh dari teknik relaksasi yang berdasarkan dengan komsentrasi pasif dengan menggunakan persepsi tubuh),isalnya. Tangan merasa hangat dan berat) yang difasilitasi oleh sugesti dri sendiri.

Menurut Santoso dan Ulumuddin (2018). Teknik relaksasi autogenik sebagai salah satu teknik relaksasi otot yang terbukti atau terdapat hasil yang memuaskan dalam terapi terhadap ketegangan otot yang mampu mengatasi keluhan anxietis, stressor, kelelahan, dan mengurangi perilaku kekerasan pada seseorang.

2.3.2. Manfaat Relaksasi Autogenik

Menuurut Santoso dan Ulumuddin (2018), seseorang dikatakan sedang dalam eadaan baik atau tdak, bisa ditentukan dengan perubahan kondisi yang

semula tegang menjadi ileks. Kondisi psikologis individu akan tampak pada saat individu mengalami tekanan baik bersifat mental maupun fisik.

Senada dengan Potter & Perry (2001 dalam Syafitri, 2018) mengatakan bahwa setiap individu mempunyai respon yang berbeda terhadap tekanan, tekanan dapat berimbas buruk pada respon fisik, psikologis serta kehidupan sosial seseorang individu. Teknik relaksasi dikatakan efektif apabila setiap individu dapat merasakan perubahan pada respon fisiologis tubuh seperti penurunan ketegangan otot, penurunan kadar lemak, penurunan tekanan darah, penurunan proses inflamasi, dan denyut nadi menurun. Teknik relaksasi mempunyai manfaat bagi pikiran, salah satunya untuk meningkatkan gelombang *alfa* (*a*) di otak, sehingga tercapailah target dengan keadaan rileks, peningkatan rasa bugar dalam tubuh, serta peningkatan konsentrasi.

Teknik relaksasi autogenik mengacu pada konsep baru. Selama ini fungsi-fungsi tubuh yang spesifik dianggap berjalan secara terpisah diri pikiran yang tertuju pada diri sendiri, teknik relaksasi ini membantu individu dalam mengalihkan secara sadar perintah dari diri individu tersebut. Hal ini dikarenakan dapat membantu melawan efek akibat stres yang berbahaya bagi tubuh. Teknik autogenik mempunyai ide dasar yakni untuk mempelajari cara mengalihkan pikiran berdasarkan anjuran sehingga individu dapat menyingkirkan respon stres yang mengganggu pikiran (Oberg, 2009 dalam Santoso dan Ulumuddin, 2018).

2.3.3. Pengaruh Terapi Relaksasi Autogenik

Menurut Widyastuti (2004, dalam Pramestu dkk. (2018) menyatakan bahwa dalam relaksasi autogenik, hal ini menjadi anjuran pokok yang merupakan penyerahan pada diri sendiri sehingga memungkinkan berbagai daerah di dalam tubuh (lengan, tangan, tungkai, dan kaki) menjadi berat dan hangat. Sensasi hangat dan berat ini disebabkan oleh peralihan aliran darah (dari pusat tubuh ke daerah tubuh yang diinginkan), yang bertindak seperti pesan internal, menyejukkan dan merelaksasikan otot-otot di sekitarnya.

Relaksasi autogenik akan membantu tubuh untuk membawa perintah melalui autosugesti untuk rileks sehingga dapat mengendalikan pernapasan, denyut nadi, tekanan darah serta tubuh. Imajinasi visual dan mantra-mantra yang membuat tubuh merasa berat, hangat, dan santai merupakan standar latihan relaksasi autogenik. Sensasi tenang, ringna, dan gangat yang menyebar ke seluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik. Tubuh merasakan kehangatan, merupakan akibat dari arteri perifer yang mengalami vasodilatasi, sedangkan ketengangan otot tubuh yang menurun mengakibatkan munculnya sensasi ringan. Perubahan-perubahan yang terjadi selama maupun setelah relaksasi mempengaruhi kerja syaraf otonom. Respon emosi dan efek menenangkan yang ditimbulkan oleh relaksasi ini mengubah fisiologi dominan simpatis menjadi dominan sistem parasimpatis (Oberg, 2018).

2.3.4. Tahapan Terapi Relaksasi Autogenik

Menurut Widyastuti (2004 dalam Syafitri, 2018), menyatakan bahwa

tehnik relaksasi autogenik mengunnakan konsep “konsentrasi pasif” pada daerah tertentu di tubuh setiap individu. Praktis teknik relaksasi autogenik menghilangi ungkapan kepada diri sendiri seperti ungkapan kehangatan, ungkapan lamunan maupun ungakapan pengaktifan. Ungkapan kehangatanyang di pakai dalam relaksasi ini seperti “ aku merasa hening, kedua tanganku, lenganku terasa berat dan hanat”. Ungkapan lamunan yang digunakan pada teknik relaksasi ini seperti “jauh di dalam pikiranku, aku merasakan kedamaian dan keheningan yang menenangkan”. Ungkapan pengaktifan yan g dapat digunakan dalam relaksasi autogenik seperti “aku merasa kehidupan dan energi mengalir melalui dada, kedua lengan, dan tanganku”.

Berikut langkah-langkah teknik relaksasi autogenik yaitu sebagai berikut:

- a. Mengatur posisi tubuh, posisi berbaring maupun duduk di tempat yang bersandar merupakan posisi tubuh yang terbaik saat melakukan teknik relaksasi autogenik. Sebaiknya individu berbaring di karpet atau di tempat tdur, kedua tangan di samping tubuh, telapak tangan menghadap ke atas, tungkai lurus sehingga tumit dapat menapak di permukaan lantai. Bantal yang tipis dapat di letakkan di bawah kepala atau di bawah lutut untuk menyangga, asalkan tubuh tetap nyaman dan posisi tubuh tetap lurus. Apabila posisi berbaring tidak memungkinkan untuk dilakukan relaksasi, posisi dapat di ubah menjadi duduk tegak/bersandar di kursi. Saat duduk jaga agar kepala tetap sejajar dengan tubuh dan letakkan kedua tangan di pangkua atau d sandaran kursi. Calon atau klien

penerima terapi harus melepaskan jam tangan, cincin, kalung, dan perhiasan yang mengikat lainnya setta pakaian yang ketat di longgarkan.

- b. Konsentrasi dan kewaspadaan, pernapasan dalam sambil dihitung 1 hingga dilakukan guna untuk menyakinkan. Gerakan ini dilakukan sebanyak 3-5 kali. Selanjutnya adalah tarikan dan hembusan napas dengan hitungan 1 hingga 7, yang dilakukan sebnayak 3-5 kali. Ketika mengehembuskan nafas perlu diarasakan kondisi yang semakin rileks dan seolah-olah tenggelam dalam ketenangan. Latihan ini di ulangi sampai 3 kali sehingga mendapatkan konsentrasi yang lebih baik dengan memfokuskan pikiran pada pernapasan serta mengabaikan distraktor yang lain. Fokus pada pernapasan dilakukan dengan cara memfokuskan padangan pada titik imajiner yang berada pada 2 inci (=2,5cm) dari lubang hidung. Laiham ini mempertahankan kondisi secara pasif untuk tetap berkonsentrasi dan napas dihembuskan melewati titik tersebut. Selama latihan tetap mempertahankan irama napas untuk tetap tenang, dan selalu emnggunakan pernapasan perut. Sasaran utama mempertahankan pikiran terfokus pada pernafasan.

2.3.5. Kelebihan dan Kekurangan Terapi Autogenik

a. Kelebihan Terapi Autogenik

1. Membantu Menurunkan Tegangan Emosi dan Agitasi

Latihan autogenik dapat membantu pasien menenangkan diri, mengurangi ketegangan otot, serta menurunkan respons emosional yang

berlebihan, sehingga berpotensi mencegah munculnya perilaku kekerasan (Pérez-Blasco, 2021).

2. Meningkatkan Kesadaran Diri dan Kontrol Emosi

Dengan latihan teratur, terapi autogenik mampu meningkatkan kesadaran diri pasien terhadap emosi negatif dan membantu mereka mengontrol dorongan agresi (Müller, 2020).

3. Sebagai Pendekatan Non-Farmakologis yang Aman

Terapi autogenik merupakan metode non-invasif yang minim efek samping, sehingga dapat menjadi alternatif atau pendamping terapi farmakologis pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan (VA Whole Health, 2018).

4. Mudah Dilakukan Setelah Dibimbing

Setelah pasien dilatih, autogenik dapat dilakukan secara mandiri di bawah supervisi tenaga kesehatan, mendukung proses pembelajaran coping adaptif (Rief & Glombiewski, 2016).

b. Kekurangan Terapi Autogenik

1. Kurang Efektif pada Fase Agitasi Akut

Terapi autogenik tidak dapat dijadikan intervensi utama pada saat pasien berada dalam kondisi krisis atau agitasi berat karena membutuhkan kondisi stabil dan kemampuan mengikuti instruksi (VA Whole Health, 2018).

2. Membutuhkan Keterlibatan Aktif Pasien

Keberhasilan latihan sangat tergantung pada kemauan pasien untuk berlatih secara rutin, yang menjadi tantangan terutama pada pasien dengan kontrol impuls rendah (Müller, 2020).

3. Perlu Pendampingan Awal oleh Profesional

Teknik ini memerlukan bimbingan dari perawat atau terapis agar dapat dilakukan dengan benar, terutama bagi pasien dengan kecenderungan perilaku kekerasan (Pérez-Blasco, 2021).

4. Tidak Cocok bagi Pasien Psikotik Berat dengan Halusinasi Aktif

Terapi ini kurang dianjurkan untuk pasien dengan skizofrenia atau psikotik aktif karena dapat memicu reaksi tidak terduga, misalnya memperburuk kecemasan atau delusi (Rief & Glombiewski, 2016).

2.3.6. Waktu dan Durasi

a. Waktu Pelaksanaan Terapi

Terapi relaksasi autogenik dilakukan saat kondisi pasien stabil secara emosi, bukan saat dalam fase agitasi atau kemarahan akut, agar pasien mampu fokus mengikuti instruksi (VA Whole Health, 2018). Serta Waktu terbaik pelaksanaan terapi adalah pagi hari untuk memberikan efek relaksasi sepanjang hari, atau sebelum situasi yang berpotensi menimbulkan stres (Pérez-Blasco, 2021).

Pada pasien rawat inap atau pasien dengan risiko kekerasan, terapi autogenik ini dapat diberikan sebagai program harian di sela-sela sesi terapi lain, di bawah supervisi perawat.

b. Durasi Latihan Terapi

Setiap sesi latihan berlangsung 10–15 menit, cukup untuk mencapai efek relaksasi tanpa membuat pasien bosan atau kelelahan (Müller, 2020). Latihan sebaiknya dilakukan 2–3 kali sehari secara konsisten, misalnya pagi, siang, dan sore (Rief & Glombiewski, 2016). Efek terapi optimal umumnya mulai dirasakan setelah 2 minggu latihan rutin, namun pembentukan kebiasaan positif dapat membutuhkan waktu 4–8 minggu (VA Whole Health, 2018).

2.3.7. Indikasi dan Kontraindikasi Terapi Autogenik

Indikasi :

- a. Pasien dalam kondisi stabil secara psikologis
- b. Pasien dapat mengikuti instruksi dan bekerja sama

Kontraindikasi :

- a. Pasien dalam keadaan gelisah ata agitasi tinggi
- b. Menolak kerja sama atau tidak mampu

2.3.8. Standar Operasional Prosedur

SOP TERAPI RELAKSASI AUTOGENIK

Tabel 2.2

**STANDAR OPRSSIONAL PROSEDUR TERAPI RELAKSASI
AUTOGENIK**

Pengertian	Relaksasi autogenik adalah relaksasi yang bersumber dari diri sendiri berupa
-------------------	--

	kata-kata/ kalimat pendek ataupun pikiran yang bisa membuat pikiran tenram.
Tujuan	<p>1. Memberikan rasa nyaman</p> <p>2. Mengurangi stres, khususnya stress ringan/sedang</p> <p>3. Memberikan ketenangan</p> <p>4. Mengurangi ketegangan</p>
Indikasi & Kontraindikasi	<p>Indikasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien dalam kondisi stabil secara psikologis b. Pasien dapat mengikuti instruksi dan bekerja sama <p>Kontraindikasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien dalam keadaan gelisah atau agitasi tinggi 2. Menolak kerja sama atau tidak mampu mengikuti instruksi dengan baik
Kebijakan	Terapi ini merupakan salah satu cara untuk membantu klien yang sedang mengalami ketegangan atau stress fisik dan psikologis yang bersifat ringan atau sedang, dengan menekankan pada latihan mengatur pikiran, posisi yang rileks dan mengatur pola pernafasan.
Prosedur	<p>PERSIAPAN</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Pasien/klien <ul style="list-style-type: none"> 1. Beritahu klien 2. Atur posisi duduk atau berbaring B. Alat <ul style="list-style-type: none"> Tidak ada alat khusus yang dibutuhkan. Bila diinginkan, dapat dilakukan sambil mendengarkan musik ringan C. Lingkungan <ul style="list-style-type: none"> Atur lingkungan senyaman dan setenang mungkin agar klien/pasien mudah berkonsentrasi. <p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilihkan satu kata/ kalimat yang dapat membuat kita tenang misalnya “Astaghfirullah”. Jadikan kata-kata/ kalimat tersebut sebagai “mantra” untuk mencapai kondisi rileks. 2. Atur posisi klien senyaman mungkin. 3. Tutup mata secara perlahan-lahan. 4. Instruksikan klien untuk melemaskan seluru anggota tubuh dari kepala, bahu, punggung, tangan sampai kaki secara perlahan-lahan. 5. Instruksikan klien untuk mnarik nafas secara perlahan: tarik nafas melalui hidung dan buang nafas melalui mulut. 6. Pada saat menghembuskan nafas melalui ulat, ucapkan dalam hati “mantra” tersebut. 7. Lakukan berulang selama kurang lebih 10 menit, bila tiba-tiba pikiran melayang, upayaan untuk memfokuskan kembali pada kata-kata “mantra” tadi. 8. Bila dirasakan sudah nyaman atau rileks, tetap duduk tenang dengan mata masih tertutup untuk beberapa saat.

	<p>9. Langkah terakhir, buka mata secara perlahan-lahan sambil rasakan kondisi rileks.</p> <p>Perhatian :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mencapai hasil yang optimal dibutuhkan konsentrasi penuh terhadap kata-kata “mantra” yang dapat membuat rileks. • Lakukan prosedur ini sampai 2-3 kali agar mendapatkan hasil yang optimal.
Indikator Pencapaian	<p>a. Respon verbal</p> <p>3. Klien/pasien mengatakan rileks. 4. Klien mengatakan ketegangan berkurang. 5. Klien/pasien menyatakan merasa nyaman.</p> <p>b. Respon non verbal</p> <p>1. Klien/pasien tampak tenang 2. Ekspresi wajah klien/pasien tidak tampak tenang. 3. Tanda-tanda vital : tekanan darah dan nadi dalam batas normal</p>

Sumber: Poltekkes Depkes Malang (2009)

2.4.Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Perilaku Kekerasan

2.4.1. Pengkajian

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

a. Identitas

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

b. Alasan Masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, memgganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karen atidak mau minum obat secara teratur (Keliat, 201).

c. Faktor Predisposisi

1. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
2. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternative serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.
3. Trauma biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
4. Biasanya da anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
5. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya: perasaan ditolak, dihina, dianiaya, dan penolakan dari lingkungan.

d. Pengkajian Fisik

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
2. Ukur tinggi badan dan berat badan
3. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah).

4. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).
- e. Psikososial
 1. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat mengambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ni dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian.
 2. Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan denga orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.
 3. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.
 4. Harga diri

Biasanya klien dengan resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni saat terdapat penolakan atau merasa tidak berharga, dihia, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.
- a) Peran diri

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

b) Ideal diri

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

f. Hubungan Sosial

1. Orang yang berarti tempat mengadu, berbicara.
2. Kegiatan yang diikuti dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam berhubungan masyarakat.

g. Spiritual

1. Nilai dan keyakinan
2. Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
3. Kegiatan ibadah
4. Biasanya selama sakit klien jarang melakukan ibadah

h. Status Mental'

1. Penampilan

Biasanya penampilan klien kotor

2. Pembicaraan

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

3. Aktivitas motorik

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

4. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

5. Afek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

6. Interaksi selama wawancara

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

7. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan helas

8. Isi pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja

9. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung

10. Memori

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

11. Daya fikir diri

Biasanya klien mengungkari penyakit yang dideritanya.

12. Mekanisme Koping

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

13. Masalah Psikologis dan Lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

14. 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. Analisa Data

Analisa Data Resiko Perilaku Kekerasan

Tabel 2. 4

Masalah keperawatan	Data
Resiko perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektif <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien mengatakan sedih, jengkel dan ingin marah setiap permintaanya tidak dituruti. ○ Klien mengatakan kalau klien gampang sekali emosi serta sulit untuk mengendalikan emosi, ketika ada masalah atau dengan putus obat klien selalu mengamuk atau berdiam diri • Objektif: <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien terlihat tegang dan sering melamun ○ Klien tampak seperti orang bingung ○ Klien mondar-mandir ○ Klien tampak gelisah
Harga diri rendah	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektif <ul style="list-style-type: none"> ○ Menilai diri negatif (mis. Tidak berguna, tidak tertolong) ○ Merasa tidak mampu melakukan apapun ○ Meremehkan kemampuan mengatasi masalah ○ Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif ○ Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri ○ Menolak penilaian positif tentang diri sendiri • Objektif <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontak mata kurang ○ Enggan mencoba hal baru ○ Berjalan menunduk ○ Postur tubuh menunduk

2.4.3. Pohon Masalah**Bagan 2.4**

**Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
(Effect)**



Risiko Perilaku Kekerasan

(Core Problem)



Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

(Causa)

2.4.4. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko perilaku kekerasan (D.0146)
- b. Harga diri rendah (D.0086)

2.4.5. Intervensi

Tabel 2. 5

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Risiko perilaku kekerasan (D. 00146)	<p>Setalah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah risiko perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Kontrol diri (L.09076)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain cukup menurun 2. Perilaku menyerang cukup menurun 3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain cukup menurun 4. Perilaku merusak lingkungan sekitar 	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali) 2. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara

		<p>cukup menurun</p> <p>5. Perilaku agresif/amuk cukup menurun</p>	<p>rutin</p> <p>2. Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p>3. Lakukan terapi relaksasi autogenik</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengontrol kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. Relaksasi, bercerita)
2	Harga diri rendah kronis (D. 0086)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan,diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan postif meningkat 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Postur tubuh menanmpakkan wajah meningkat 5. Perasaan malu menurun 6. Perasaan tidak mampu melaksanakan apapun menurun 7. Meremehkan kemampuan melaksanankan apapun menurun 8. Meremehkan kemampuan mengatasi salah menurun (PPNI, 2018) 	<p>Manajemen perilaku (I.12463):</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 3. Bicara dengan nada rendah dan tenang 4. Lakukan terapi relaksasi autogenik 5. Bicara dengan nada rendah dan tenang 6. Cegah perialku agresif dan pasif 7. Beri penguat postif terhadap keerhasilan pengendalian perilaku 8. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 9. Hindari sikap mengancam atau berdebat <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

		(PPNI, 2018)
--	--	--------------

2.4.6. Implementasi

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018) yang sesuai dengan masalah yang muncul. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respons pasien (S.F. Sianutri & Pardede, 2021). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisinya (*here and now*).

Perawat juga menilai diri sendiri apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi pasien. Setelah semuanya tidak ada hambata maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Intervensi ini dilakukan selama 6 hari meliputi pengkajian, perumusan masalah keperawatan (diagnosa), perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pada masalah resiko perilaku keekrasan di wilayah kerja Puskesmas cibatu 2025 dimana dalam pengimplementasian dikolaborasikan dengan terapi relaksasi autogenik.

Implementasi spesifik yang akan dilakukan pada asuhan keperawatan pasien skizofrenia dengan masalah resiko perilaku kekerasan yaitu penerapan terapi relaksasi autogenik pasien harus mengikuti 3 sesi pertemuan dengan waktu setiap sesi 10-20 menit. Sesi pertama ini bertujuan untuk memperkenalkan teknik relaksasi autogenik dan menjelaskan manfaatnya dalam mengelola emosi serta mengurangi ketengangan, sesi kedua bertujuan untuk melatih pasien dalam menerapkan teknik relaksasi autogenik secara langsung, sesi ketiga bertujuan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan memperkuat teknik relaksasi yang telah dipelajari.

2.4.7. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses kesinambungan yang bertujuan untuk menilai efek dari intervensi keperawatan terhadap kondisi klien. Proses evaluasi ini terbagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses atau promotif yang dilakukan setiap kali tindakan selesai dilaksanakan, serta evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien terhadap tujuan umum maupun kasus yang telah dilaksanakan sebelumnya. (Hulu & Pardede, 2022).

Evaluasi dapat menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir tindakan subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan. Dapat dilakukan dengan menanyakan langsung kepada klien tentang tindakan yang dilakukan.

S : tindakan subjektif klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan, informasi ini diperoleh dengan cara mengajukan

pertanyaan langsung kepada klien menegenai tindakan yang telah dilakukan.

O : tanggapan nyata klien terhadap tindakan keperawatan. Data ini dapat dikumpulkan melalui observasi terhadap perilaku klien saat implementasi berlangsung, klasifikasi melalui pertanyaan lanjutan, serta pemberian umpan balik berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan

A : tahap ini melibatkan peninjauan kembali data subjektif dan objektif guna menarik kesimpulan apakah masalah masih berlanjut, munculnya masalah baru, atau adanya data yang bertentangan terkait masalah yang sedang dialami.

P : merupakan langkah lanjutan yang disusun berdasarkan analisis terhadap respon klien. Perencanaan ini mencakup tindak lanjut yang akan dillakukan oleh klien maupun perawat, khususnya dalam menangani masalah resiko perilaku kekerasan

Evaluasi keperawatan yang diharapkan mengacu pada SLKI ppni (2018) yaitu : klien berhasil menbangun hubungan yang didasarkan pada kepercayaan, maupun mengenali serta mengendalikan RPK yang dialaminya, dan memperoleh dukungan dari keluarga dalam proses pengendalian tersebut. Klien juga dapat menggunakan obat secara tepat, menunjukan sikap tenang dan rileks setelah mengikuti terapi relaksasi

autogenik, serta mampu mengintergrasikan terapi tersebut ke dalam aktivitas hariannya.