

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gangguan Jiwa

2.2.1 Pengertian gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berkaitan langsung dengan distress (penderitaan) dan menimbulkan hendaya (disabilitas) pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Fungsi jiwa yang terganggu meliputi fungsi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Secara umum gangguan fungsi jiwa yang dialami seorang individu dapat terlihat dari penampilan, komunikasi, proses berpikir, interaksi dan aktivitasnya sehari-hari (Keliat, 2014)

2.1.2 Jenis Gangguan Jiwa

Menurut Keliat 2014, ada beberapa jenis gangguan jiwa sebagai berikut:

1. Psikotik
2. Defresi
3. Panik
4. Gangguan Penyesuaian

2.2 Skizofrenia

2.2.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama

karena waham dan halusinasi, assosiasi terbagi-bagi sehingga muncul inkohherensi, afek dan emosi adekuat, serta psikomotor yang menunjukan penarikan diri, ambivalensi dan perilaku bizar. Pada *skizofrenia*, kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang di kemudian hari (Sutejo, 2017). *Skizofrenia* merupakan gangguan yang berlangsung selama minimal 1 bulan gejala fase aktif. Gangguan *skizofrenia* juga dikarakteristikkan dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir, dan penurunan afek), dan gangguan kognitif (memori, perhatian, pemecahan masalah, dan sosial) (Sutejo, 2017).

2.2.2 Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia tentu tidak terjadi dengan sendirinya. Ada beberapa faktor yang menyebabkan *skizofrenia*. *Skizofrenia* biasanya tidak disebabkan oleh faktor internal, melainkan oleh berbagai faktor eksternal yang mempengaruhi faktor pathogen dalam tubuh. Faktor eksternal yang memicu terjadinya *skizofrenia* antara lain pekerjaan, sosial ekonomi, konflik keluarga, status perkawinan, trauma masa kecil, dan komplikasi kelahiran. Adapun faktor intrinsic yang mempengaruhi terjadinya *skizofrenia* antara lain faktor genetik, biokimia otak, metabolisme otak, atrofi otak, dan sirkuit. (Jaya 2022).

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Faktor genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari *skizofrenia*.

Anak yang memiliki satu atau orang tua biologis penderita *skizofrenia* tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa Riwayat *skizofrenia* masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka.

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa orang yang menderita *skizofrenia* memiliki jaringan otak yang relative lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (CT scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita *skizofrenia*

c) Neurokimia

Menurut studi neurokimia, pasien *skizofrenia* menunjukkan perubahan dalam system neurotransmitter otak mereka. Otak pasien *skizofrenia* telah mengganggu sinyal yang mencegah mereka mencapai koneksi sel yang diinginkan.

2) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. *Skizofrenia* yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada, gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri

3) Faktor sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala *skizofrenia* lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padar, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa. (Hermiati and Resnia Madona Harahap 2018).

b. Faktor prespitasi

1) Biologis

Respon neurobiologis maladaptive terhadap stresor biologis terkait dengan gangguan pada umpan balik otak yang mengontrol pembalikan informasi dan anomaly dalam mekanisme masuk otak yang mencegah otak merespon rangsangan selektif.

2) Lingkungan

Terjadinya gangguan berpikir dipengaruhi oleh ambang toleransi stress yang ditetapkan secara biologis yang berinteraksi dengan tekanan lingkungan.

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Reaksi neurobiologis maladaptif sering dipicu oleh faktor-faktor yang berkaitan dengan Kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku seseorang.

2.2.3 Psikodinamika

Menurut pandangan psikodinamika, *skizofrenia* mencerminkan ego yang dibanjiri oleh dorongan-dorongan seksual primitif atau agresi atau impuls yang berasal dari Id (Sutejo, 2017). Impuls-impuls tersebut mengancam ego dan berkembang menjadi konflik antar psikis yang kuat. Dibawah ancaman seperti itu, orang tersebut mundur keperiode awal dari tahap oral, yang disebut sebagai narsisme primer. Karena ego menjembatani hubungan antara diri dengan dunia luar, kerusakan pada fungsi ego ini berpengaruh terhadap adanya jarak realistis khas *skizofrenia*. Masukan dari Id menyebabkan fantasi menjadi disalahartikan sebagai realitas sehingga menyebabkan halusinasi dan waham. Impuls-impuls primitive mungkin juga membawa beban yang lebih berat daripada norma-norma sosial dan diekspresikan pada perilaku aneh dan tidak sesuai secara sosial.

2.2.4 Patofisiologi

Terdapat milyaran sambungan sel didalam otak, setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut neurotransmitter yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke sambungan ujung sel yang lain. Didalam otak yang terserang *skizofrenia*, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut (Yosep, 2014).

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga atau klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan ini dapat menjadi periode *skizofrenia* akut yang singkat dan kuat meliputi halusinasi, penyesatan pikiran. Serangan mendadak yang tiba-tiba selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup tetapi banyak juga yang dapat hidup secara normal dalam periode akut tersebut (Yosep, 2014).

2.2.5 Tanda dan Gejala *Skizofrenia*

1. Gejala Positif

- a. Halusinasi terjadi setiap kali rangsangan terlalu kuat dan otak tidak dapat menafsirkan dan menanggapi pesan atau rangsangan yang masuk. Penderita skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami sensasi yang tidak dapat dirasakan

pada tubuhnya. Halusinasi pendengaran, gejala yang biasanya terjadi yaitu. pasien merasa ada sesuatu di dalam diri mereka.

- b. Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat terhadap interpretasi sesuatu yang terkadang bertentangan dengan kenyataan. Misalnya, pasien skizofrenia menganggap lampu jalan raya berwarna merah-kuning-hijau sebagai sinyal ruang angkasa. Beberapa orang dengan skizofrenia menjadi paranoid. Anda selalu merasa diawasi, diikuti atau diserang.
- c. Kegagalan pemikiran menyebabkan masalah dimana pasien skizofrenia tidak dapat memproses dan mengatur pemikiran mereka. Sebagian besar pasien tidak dapat memahami hubungan antara realitas dan logika karena pasien skizofrenia tidak dapat mengatur pikirannya untuk mengoperasikan logika. Semua ini menjadikan penderita skizofrenia yang tidak dapat memahami siapa dirinya, yang terekspos dan tidak dapat memahami siapa dirinya, menjadi manusia. Dia juga tidak bisa mengerti atau mengerti kapan dia lahir, dimana dia, dll (Malfasari et al., 2020).
- d. Perilaku kekerasan sering digunakan untuk menggambarkan orang dengan skizofrenia. Pasien dengan psikosis kekerasan, terutama jika penyakit pasien tidak terkontrol atau pasien berhenti minum obat.

2. Gejala Negatif

- a. Kehilangan motivasi dan sikap apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup, yang membuat pasien malas. Karena pasien skizofrenia hanya memiliki sedikit energi, yang dapat mereka lakukan hanyalah tidur dan makan.
- b. Pasien yang lelah mudah emosi, namun bukan berarti pasien skizofrenia tidak dapat merasakan emosi. Mereka mungkin dapat menerima hadiah dan perhatian dari orang lain tetapi tidak dapat mengungkapkan perasaan mereka.
- c. Depresi, yang tidak tahu bagaimana membantu dan berharap, selalu menjadi bagian dari kehidupan pasien skizofrenia. Mereka tidak merasa menyimpang, tidak bisa berhubungan dengan orang lain, dan tidak merasakan cinta. Perasaan depresi sangat menyakitkan. Selain itu, perubahan biologis otak juga memengaruhi depresi. Mereka merasa aman saat sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang orang muda berusia antara 15 dan 30 tahun, tetapi paling sering menyerang orang yang berusia di atas 40 tahun. Skizofrenia dapat menyerang siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, ras, atau status sosial ekonomi. Diperkirakan hingga 1% orang hidup di bumi dengan skizofrenia (Mustikasari, & Daulima, 2019).

2.2.6 Jenis-Jenis *Skizofrenia*

Terdapat lima jenis *skizofrenia* yang telah dideskripsikan berdasarkan gejala klinis, yaitu:

1) *Skizofrenia Paranoid*

Skizofrenia ditandai dengan keasyikan dengan setidaknya satu atau lebih sering delusi pendengaran atau halusinasi. Menurut kriteria klasik, *skizofrenia* paranoid ditandai terutama oleh delusi penganiayaan atau keagungan. Pasien dengan *skizofrenia* paranoid biasanya mengalami episode pertama penyakit mereka pada usia yang lebih tua dibandingkan dengan pasien dengan *skizofrenia* katatonik atau hebefrenik, sekitar usia 25 sampai 30 tahun

2) *Skizofrenia hebefrenik*

Skizofrenia ini ditandai dengan regresi/ regresi ke perilaku primitif, maladaptif, dan tidak teratur tanpa gejala yang memenuhi kriteria tipe katatonik. Jenis ini umumnya menjadi lebih awal, biasanya sebelum usia 25 tahun. Orang dengan *skizofrenia* jenis ini biasanya tetap aktif, tetapi dengan cara yang tidak teratur dan tanpa tujuan. Cara kata-kata dipikirkan dan diucapkan juga tetap sama. Mereka juga memiliki kontak yang buruk dengan kenyataan. Mereka acak-acakan dan biasanya mereka jugamakannya sembarangan. Perilaku sosial dan emosionalnya juga tidak sesuai. Pasien-pasien ini memiliki kecerdasan yang sangat buruk. Jadi penderita *skizofrenia* paling sering digambarkan sebagai orang bodoh.

3) *Skizofrenia Katatonik*

Skizofrenia katatonika ditandai dengan disfungsi motorik. Gejala termasuk pingsan, kepasifan, kekakuan, agitasi, dan postur tubuh. Terkadang gejalanya berubah begitu cepat dari ruam menjadi koma atau kebingungan. Manifestasi klinis termasuk kekakuan motorik, perilaku tidakmenentu, mutisme, dan fleksibilitas seperti lilin.

4) *Undifferentiated schizophrenia*

Skizofrenia jenis ini, jika pasien ditemukan memiliki gejala *skizofrenia* yang jelas, tetapi tidak memenuhi kriteria klasifikasi diagnosis *skizofrenia* seperti paranoid, hebefrenik dan atatonik. Maka pasien ini selanjutnya diklasifikasikan sebagai penderita *Undifferentiated schizophrenia*

5) *Skizofrenia residual*

Skizofrenia ditandai dengan adanya gejala sisa yang signifikan yang ditemukan pada pasien *skizofrenia*. Gejalanya meliputi afek tumpul, gangguan interaksi sosial, pemikiran tidak logis, dan perilaku tidak menentu. Pada *skizofrenia* jenis ini, tidak ada gangguan pemikiran (seperti delusi) dan persepsi (seperti halusinasi) yang terus-menerus. (Jaya 2022)

2.2.7 Penatalaksanaan *Skizofrenia*

1) Farmakologi Terapi antipsikotik

Sangat sulit untuk menetapkan program rehabilitasi yang efektif pada sebagian besar penderita *skizofrenia*. Dengan tanpa disertai pemberian

antipsikotik. Antipsikoti sangat penting selama fase akut karena selama fase inilah Sebagian besar perubahan neurokimia di otak *skizofrenia*. Pengobatan selama fase akut *skizofrenia* harus disertai dengan terapi pemeliharaan yang ditujukan untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri, dan memperbaiki suasana hati. Tetapi pemeliharaan memerlukan untuk mencegah kekambuhan.

Beberapa penelitian telah melaporkan perbandingan tingkat kekambuhan pada pasien yang menerima terapi pemeliharaan versus mereka yang menerima pemeliharaan

2) Non Farmakologi

Tujuan pengobatan *skizofrenia* adalah untuk meredakan gejala, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan fungsi adaptif individu sehingga ia dapat Kembali ke masyarakat dan bersosialisasi. Karena terapi farmakologis jarang meningkatkan fungsi adaptif pasien., terapi nonfarmakologi dan farmakologis harus digunakan untuk mengoptimalkan hasil jangka Panjang. Terapi obat merupakan terapi untuk memperbaiki gejala *skizofrenia*, terutama yang bersifat agresif tetapi memiliki gejala sisa yang menetap dan dapat disertai dengan efek samping obat. Oleh karena itu pengobatan nonfarmakologi seperti psikoterapi juga penting. Pendekatan psikoterapi dapat dibagi menjadi tiga kategori: individu, kelompok, dan perilaku kognitif. Psikoterapi modern meliputi pelatihan metakognitif, terapi naratif, dan terapi mindfulness.. Orang dengan *skizofrenia* yang berhenti

minum obat beresiko tinggi kambuh dan mungkin memerlukan rawat inap yang lama di rumah sakit. Oleh karena itu, penting untuk menginformasikan pasien tentang penyakit dan risiko serta manfaat pengobatan. Dan psikoterapi dapat membantu mendidik pasien dan meningkatkan kepatuhan minum obat. Terapi tersebut meliputi terapi perilaku kognitif (CBT), terapi individu (individual therapy), dan terapi adatif (Jaya 2022).

2.3 Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengertian

Perilaku kekerasan merupakan suatu respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien *skizofrenia* diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pardede, 2020).

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

2.3.2 Etiologi

Penyebab dari perilaku kekerasan bukan terdiri cuman satu faktor tetapi termasuk juga faktor keluarga, media, teman, lingkungan, biologis. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan dampak seperti gangguan psikologis, merasa tidak aman, tertutup, kurang percaya diri, resiko bunuh diri, depresi, harga diri rendah, ketidak berdayaan, isolasi sosial (Putri, 2020).

Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya *skizofrenia* meliputi biologis, psikologis, dan sosialkultural, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya *skizofrenia* adalah genenitk, neuroanotomi, neurokimia, dan imunovirologi. Faktor presipitasi merupakan faktor stressor yang menjadikan klien mengalami sikizofrenia yang terdiri dari faktor biologi, psikologi, dan sosiokultural yang mampu menyebabkan risiko perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah (Pardede, 2020).

Penyebab pasien beresiko untuk melakukan perilaku kekerasan disebabkan oleh cemas secara terus menerus, untuk itu dibutuhkan strategi preventif untuk mencegah perilaku kekerasan yang salah satunya adalah dengan melakukan teknik relaksasi. Terknik relaksasi merupakan salah satu yang sering digunakan untuk menghilangkan stress ialah *Muscle Relaxation Therapy (PMRT)*. Terapi ini mudah di pelajari dan tidak terbatas, dampaknya bisa mengurangi kecemasan dan depresi, peningkatan perasaan kontrol diri dan peningkatan kemampuan coping

kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain

5. Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain (Sutejo, 2018).

2.3.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Menurut Keliat (2018) tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut: (Keliat, 2018)

1. Emosi: tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, marah (dendam), dan jengkel
2. Intelektual: mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, dan meremehkan
3. Fisik: muka merah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat
4. Spiritual: kemahakuasaan, kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kejahatan, kreativitas terlambat
5. Sosial: menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan humor.

2.3.5 Faktor Penyebab Risiko Perilaku Kekerasan

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi dan faktor presipitasi terjadinya

perilaku kekerasan, yaitu: (Kandar & Iswanti, 2019).

1) Psikologis

a. *Frustration aggression theory*

Menerjemahkan bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. keadaan frustasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b. Teori Perilaku (*Behavioral theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. Reinforcement yang diterima saat melakukan kesalahan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.

c. Teori Eksistensi (*Existential theory*)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku

destruktif.

2) Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya). Sedangkan menurut Sutejo (2017) dari faktor-faktor tersebut masih ada teori- teori yang menjelaskan tiap faktor:

a. Teori dorongan naluri (*Instinctual drive theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanyapemberian stimulus elektrik ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbik) binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif.

b. Teori psikomatik (*Psychomatic theory*)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa

marah.

3) Faktor Sosial Budaya

Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*Social learning theory*). *Social learning theory* menerjemahkan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Sehingga seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran tersebut bisa internal maupun eksternal. Contoh internal : orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut; seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es krim kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah, anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal : seorang anak menunjukan

perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka. Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima. Sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara yang asertif (Kandar & Iswanti, 2019).

2. Faktor Presipitasi

Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Tetapi secara umum, seseorang akan mengeluarkan respon marah apabila merasa dirinya terancam. Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yaitu: (Kandar & Iswanti, 2019).

- 1) Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri.
- 2) Lingkungan : Ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

2.3.6 Penatalaksanaan

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis., yaitu:

(Risnasari, 2019).

1. Terapi medis yang dapat di berikan seperti obat antipsikotik adalah *Chlorpoazine* (CPZ), *Risperidon* (RSP) *Haloperidol* (HLP), *Clozapin* dan *Trifluoerazine* (TFP).
2. Terapi non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik: nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok (Estika, 2021).

2.3.7 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Purba, 2019). Asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* dengan risiko perilaku kekerasan, yaitu:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran tahap awal dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah.

Kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Dalam pengkajian teori hal-hal yang dikaji terdiri sebagai berikut: (Purba, 2019).

1) Identitas pasien meliputi nama, umur, alamat, status, pendidikan, pekerjaan, nomor register dan diagnosa medis.

2) Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasa dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur.

3) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi meliputi gangguan jiwa dimasa lalu, pengobatan sebelumnya, aniaya fisik, riwayat anggota keluarga, pengalaman terdahulu.

4) Persepsi dan Harapan

Biasanya klien memiliki persepsi dan harapan yang diinginkan saat ini yang belum tercapai karena kondisi sakitnya saat ini.

5) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien meliputi tanda-tanda vital, ukur berat badan dan tinggi badan klien.

6) Keluarga

Dalam pengkajian keluarga meliputi genogram, sistem

komunikasi, dan pola pengambilan keputusan klien.

7) Psikososial

Pengkajian yang dilakukan meliputi konsep diri, hubungan sosial, pendidikan dan pekerjaan, gaya hidup, budaya, dan spiritual.

8) Status mental

Pengkajian yang dilakukan meliputi penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, alam perasaan, afek, interaksi selama wawancara, persepsi, proses berpikir, isi pikir, tindakan kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, dan daya tilik diri.

9) Kesiapan pulang

Pengkajian dilakukan kepada klien meliputi kemampuan klien memenuhi makan, perawatan kesehatan, pakaian, dan aktifitas sehari-hari.

10) Daftar masalah

Pengkajian dilakukan pada masalah-masalah yang timbul pada klien baik dari dalam diri maupun masalah dengan interaksi di lingkungan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan jiwa resiko perilaku kekerasan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok

maupun masyarakat terhadap masalah klien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan (Sutejo, 2018). Pada diagnosa keperawatan jiwa resiko perilaku kekerasan secara konsep teori penulis mendapatkan 3 diagnosa yaitu risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan defisit perawatan diri.

Sedangkan secara teori menurut Keliat (2018) diagnosa keperawatan yang menjadi penyebab resiko perilaku kekerasan adalah waham, halusinasi, rencana bunuh diri, harga diri rendah dan isolasi sosial(Keliat, 2018).

3. Perencanaan Keperawatan

a. SAK

Rencana keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan pemberian teknik mengontrol perilaku kekerasan dengan pemberian SP I cara fisik yaitu relaksasi tarik nafas dalam, SP II dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal atau kasur, SP III verbal atau sosial, SP IV spiritual, SP V dengan patuh Obat. Intervensi tersebut dilakukan kepada klien lalu klien diberikan jadwal kegiatan sehari dalam upaya mengevaluasi kemampuan klien mengontrol perilaku kekerasan klien (Fitriani Arifah Sari, 2021).

b. SDKI (3S)

Berdasarkan SIKI intervensi yang dapat dilakukan pada klien

dengan resiko perilaku kekerasan sebagai berikut:

Observasi

- Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali)
- Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
- Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur)

Terapeutik

- Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
- Libatkan keluarga dalam perawatan

Edukasi

- Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
- Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
- Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan melihat kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien. Teknik yang perlu diperhatikan adalah strategi komunikasi, yang harus dilakukan yaitu : bersikap tenang, bicara lambat, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dengan cara yang kongkrit, tunjukkan respek pada klien,

hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan, fasilitasi pembicaraan klien, dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan, jangan buat janji yang tidak dapat dirawat sejati. Lingkungan: menyediakan berbagai aktivitas. Tindakan perilaku : membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima (Fitriani Arifah Sari, 2021).

5. Evaluasi

Menurut Fitriani (2021) evaluasi yang dilakukan perawat pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Klien mampu atau tidak melakukan strategi pelaksanaan 1 yaitu cara mengontrol marah secara fisik : tarik nafas dalam yang mana diawali dengan membantu klien untuk mengungkapkan perasaannya serta mendiskusikan tentang penyebab marah klien dan melatih cara fisik : tarik nafas dalam
2. Klien mampu atau tidak melakukan strategi pelaksanaan 2 yaitu cara mengontrol marah dengan cara: pukul bantal/kasur
3. Klien mampu atau tidak melakukan strategi pelaksanaan 3 yaitu mengajarkan tehknik mengontrol marah secara verbal yaitu meminta dengan baik dan menolak dengan baik lalu di masukkan kedalam jadwal aktifitas harian.
4. Klien mampu atau tidak melakukan strategi pelaksanaan 4 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual yaitu

mengaji dan berdoa dimasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

5. Klien mampu atau tidak melakukan strategi pelaksanaan 5 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh obat dimasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.