

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu “*skizo*” artinya retak atau pecah dan “*frenia*” artinya jiwa. Oleh karena itu orang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau kepribadian (*splitting of personality*). Skizofrenia merupakan sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat dan adanya gangguan fungsi psikososial (Andryan dkk, 2013 dalam Putri, I. A., 2022).

Skizofrenia adalah istilah untuk sekelompok psikosis dengan berbagai gangguan kepribadian di sertai adanya perubahan yang khas dari cara berpikir, perasaan dan hubungannya dengan lingkungan (farmakologi dan toksikologi). Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu, termasuk cara berpikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi dan perilaku yang aneh (Rhoad, 2011 dalam Putri, I. A., 2022).

2. Etiologi

Skizofrenia disebabkan oleh multifaktorial. Penderita skizofrenia ditengarai memiliki kerentanan biologis spesifik (diatesis), yang dipicu oleh kondisi stres, lalu menimbulkan gejala-gejala skizofrenia. Kondisi stres ini berupa faktor genetik, biologis, kondisi psikologis maupun lingkungan sosial. Interaksi kompleks antar faktor inilah yang ditengarai menjadi penyebab timbulnya penyakit skizofrenia (Andini, 2022).

a. Faktor genetik (faktor keturunan)

Individu dengan riwayat keluarga menderita skizofrenia (faktor genetik) akan lebih rentan juga menderita, skizofrenia dibandingkan individu yang tidak memiliki keluarga yang menderita skizofrenia. Sebagai contoh, jika ada salah satu orang tua kandung seseorang menderita skizofrenia, maka risiko orang tersebut menderita skizofrenia adalah sebesar 13%, jika kedua orang tua kandungnya menderita skizofrenia maka risikonya naik menjadi 30-46%. Meskipun demikian, banyak penderita skizofrenia yang ternyata tak memiliki faktor genetik. Oleh karena itu, risiko seseorang menderita penyakit skizofrenia dipengaruhi oleh berbagai faktor.

b. Faktor biologis

Terdapat beberapa abnormalitas pada struktur dan fungsi otak yang dikaitkan dengan pencetus penyakit skizofrenia, di antaranya adalah pelebaran ventrikel, penurunan ukuran otak dan penurunan koneksi antara region otak. Selain itu, juga didapatkan adanya kelainan fungsi kognitif penderita skizofrenia, terutama pada fungsi ingatan dan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Faktor biologis lain yang berperan adalah neurotransmitter. Otak manusia terdiri dari jutaan sel yang mampu terhubung maupun berkomunikasi antara satu dengan yang lain secara elektrik dan kimiawi. Ketika sebuah sel distimulasi, sel tersebut akan mengeluarkan neurotransmitter. Tiap sel memiliki neurotransmitter yang berbeda dan dapat berpotensi terjadinya ketidakseimbangan kadar neurotransmitter di otak yang dapat menimbulkan gejala-gejala skizofrenia. Ketidakseimbangan neurotransmitter di otak inilah yang menjadi target kerja obat antipsikotik yang diberikan pada penderita skizofrenia untuk mengendalikan gejala-gejala skizofrenia yang timbul.

c. Kondisi psikologis

Ada kalanya seseorang tidak memiliki seseorang untuk berbagi cerita atau memiliki kepribadian yang pendiam dan tertutup di saat dirinya mengalami stresor, sehingga orang tersebut cenderung memendam permasalahannya sendiri. Hal ini juga dapat meningkatkan risiko seseorang rentan mengalami penyakit skizofrenia.

d. Kondisi lingkungan

Ada beberapa faktor lingkungan yang ditengarai dapat meningkatkan risiko seseorang rentan menderita penyakit skizofrenia, yang bisa disebut sebagai stresor psikososial. Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang tersebut terpaksa beradaptasi agar dapat mengatasi stresor tersebut. Namun, tidak semua orang mampu beradaptasi dan mengatasi stresornya sehingga menimbulkan gangguan kejiwaan, di antaranya adalah skizofrenia. Jenis stresor psikososial yang dimaksud di antaranya adalah sebagai berikut.

- 1) Masalah perkawinan, misalnya pertengkaran, perceraian, perselingkuhan, kematian salah satu pasangan dan sebagainya
- 2) Masalah keluarga, misalnya keluarga mengkritik secara berlebihan atau menunjukkan sikap permusuhan, yang biasa disebut ekspresi emosi yang tinggi dan dapat menimbulkan kekambuhan gejala pada penderita skizofrenia jika terjadi kontak selama lebih dari 35 jam per minggu
- 3) Masalah lingkungan, misalnya masalah pekerjaan, pendidikan dan lain-lain
- 4) Masalah ekonomi
- 5) Komplikasi selama kehamilan dan persalinan

- 6) Lain-lain, misalnya dampak dari penyalahgunaan zat terlarang atau dampak trauma dari bencana alam, kebakaran, perkosaan dan sebagainya.

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kategori utama: gejala positif dan gejala negatif (Pardede, et al., 2020)

a. Gejala Positif

Gejala positif adalah gejala tambahan yang tidak ada pada individu sehat, dan sering kali mencerminkan "penambahan" pada fungsi normal. Contoh gejala positif termasuk halusinasi (persepsi yang salah, seperti mendengar suara yang tidak ada), waham (keyakinan yang salah dan tidak masuk akal), dan gangguan pikiran yang termanifestasi dalam disorganisasi bicara atau pemikiran yang terputus-putus.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif adalah kekurangan fungsi yang biasanya ada pada individu sehat. Contohnya termasuk kurangnya minat atau motivasi, kurangnya ekspresi emosi, dan kesulitan dalam berinteraksi sosial atau mempertahankan hubungan interpersonal. Gejala-gejala ini dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan skizofrenia dan dalam beberapa kasus dapat meningkatkan risiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan bisa muncul sebagai respons terhadap waham atau halusinasi yang mengancam, atau sebagai hasil dari kesulitan dalam mengendalikan impuls atau emosi.

Perubahan perilaku yang terkait dengan skizofrenia dapat menjadi tanda peringatan bagi kondisi yang memburuk atau kebutuhan perawatan yang lebih intensif. Penting bagi individu yang mengalami gejala skizofrenia untuk mendapatkan bantuan medis dan dukungan yang sesuai. Dalam pengelolaan skizofrenia, penanganan gejala-gejala ini melalui terapi obat dan terapi psikososial dapat membantu mengurangi risiko perilaku kekerasan dan memperbaiki

kualitas hidup pasien. Dukungan keluarga dan komunitas juga memainkan peran penting dalam memastikan pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dan dukungan yang diperlukan (Pardede, et al., 2020).

4. Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Adapun pengklasifikasian skizofrenia sebagai berikut (Putri, 2020):

- a. Skizofrenia hebefrenik (F20.1) : memenuhi kriteria umum skizofrenia, diagnosis hebefrenik hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun) , gejala bertahan sampai 2-3 minggu, afek dangkal dan tidak wajar, senyum sendiri, dan mengungkapkan sesuatu dengan di ulang-ulang.
- b. Skizofrenia katatonik (F20.2) : memenuhi kriteria umum skizofrenia, stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau bicara, gaduh – gelisah (tampak aktivitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimulus eksternal), rigiditas (kaku tubuh), diagnosis katatonik bisa tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif.
- c. Skizofrenia tak terinci (F20.3) : memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia, tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik , tidak memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.
- d. Skizofrenia pasca skizofrenia (F20.4) : klien menderita skizofrenia 12 bulan terakhir , beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi, gejala depresif menonjol dan mengganggu.
- e. Skizofrenia residual (F20.5) : Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.
- f. Skizofrenia simpleks (F20.6) : gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari

episode psikotik, disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna g. Skizofrenia tak spesifik skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

- g. Skizofrenia paranoid (F20.0) : Skizofrenia paranoid merupakan jenis skizofrenia yang paling umum terjadi, di mana beberapa gejala utamanya adalah delusi dan halusinasi terhadap ketakutan tertentu. Penderita kondisi ini sering kali memiliki kecurigaan berlebih pada orang-orang di sekitarnya sehingga sulit mengendalikan emosi atau keinginannya. Skizofrenia Paranoid merupakan salah satu tipe psikosis dimana antara realita serta pikiran tidak bisa sejalan. sehingga hal ini akan mempengaruhi bagaimana cara seseorang berperilaku maupun berpikir. Biasanya penderita sangat peka (sensitif), emosional dan mudah sekali cemas. Penderita juga kurang percaya diri dan kualitas hidupnya juga menurun, serta sering diserang penyakit depresi. Kriteria utama skizofrenia paranoid yaitu adanya halusinasi yang mengancam dan keyakinan bahwa dirinya sedang dikendalikan. Seseorang yang mengalami Skizofrenia paranoid biasanya menunjukkan beberapa gejala seperti delusi paranoid yang rutin dan stabil, merasa dirinya lebih hebat dari kenyataan, halusinasi suara, rasa cemas, curiga, dan suka menyendiri, mengalami perasaan cemburu tidak realistik, mempunyai gangguan persepsi.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia dapat digunakan obat antipsikotik untuk mengatasi gejala psikotik (perubahan perilaku, agitasi, agresif, sulit tidur, halusinasi, waham, dan proses pikir kacau). Macam obat antipsikotik ada dua yaitu peridon, dan Ziprasperidon, Quetiapin, Riantipsikotik tipikal atau generasi pertama (Amitriptilin, Kloromazin, Flufenazin, Haloperadol, Thiotiksen, dan Trifluoperazin) dan antipsikotik atipikal atau generasi kedua (Aripiprazol, Klozapin, Olanzapin, Paliperidon, Quetiapin, Risperidon, dan Ziprasidon) (Keliat, 2018). Pengobatan harus

secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan lebih besar penderita menuju kemunduran mental. Biarpun pasien mungkin tidak sembuh sempurna, tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik, pasien dapat ditolong untuk dapat berfungsi terus, bekerja sederhana di rumah ataupun diluar serta dapat membesarkan dan menyekolahkan anaknya (Maramis, 2020). Adapun jenis pengobatan pada pasien skizofrenia (Maramis, 2020), adalah sebagai berikut :

a. Farmakologi

Menurut Maramis (2020) indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah ke kambuhan. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah.

b. Terapi elektro-konvulsi (TEK)

Terapi elektro-konvulsi (TEK) baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terdapat skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

c. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada pasien dengan skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme. Psikoterapi suportif individual atau kelompok dapat membantu pasien serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan pasien ke masyarakat. Teknik terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behaviour Therapy*) dicoba pada pasien skizofrenia dengan hasil yang menjanjikan.

d. Terapi Modalitas

1) Terapi Perilaku

Terapi perilaku yang dapat digunakan yaitu terapi perilaku kognitif. Terapi perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat bola pikir yang salah dapat berubah menjadi perilaku adaptif. Jenis terapi lain yang dapat digunakan adalah penerapan ekonomi mata uang, dengan cara ini perilaku yang baik dihargai dengan mata uang yang dapat ditukar dengan bentuk penghargaan atau barang tertentu.

2) Terapi Gerak

Terapi gerak merupakan terapi rehabilitasi sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan pasien agar dapat hidup mandiri di masyarakat dan melatih pasien agar terbiasa dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Salah satu terapi gerak yang dapat diterapkan yaitu berolahraga, dimana kegiatan tersebut dapat merangsang pertumbuhan neuron di daerah tertentu yang mengalami kerusakan pada saat depresi dan menghilangkan kekakuan otot pada pasien sehingga pasien tidak malas dalam melakukan aktivitas.

B. Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan (Dasaryandi et al., 2022).

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjalin dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat risiko perilaku kekerasan. risiko perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu pasien untuk mengatasi stresor lingkungan yang dialaminya (Estika, 2021)

Kesimpulan dari pengertian diatas bahwa risiko perilaku kekerasan adalah suatu perilaku yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Bentuk perilaku yang ditunjukkan bisa berupa ancaman fisik, verbal, emosional maupun seksual.

2. Etiologi

Kandar dan Iswanti (2019) menyatakan bahwa terdapat dua faktor yang menyebabkan terjadinya risiko perilaku kekerasan yaitu sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah gejala utama atau gejala yang paling menonjol pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (somatogenik), dilingkungan sosial (sosiogenik), ataupun psikis (psikogenik).

Faktor-faktor penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1) Faktor genetik

Faktor genetik mempunyai peranan dalam terjadinya skizofrenia, meskipun sulit dipisahkan apakah karena faktor genetik atau lingkungan. Menurut beberapa ahli faktor genetik tidak cukup untuk menurunkan gangguan jiwa pada generasi berikutnya, penyebab terjadinya gangguan jiwa adalah interaksi antara faktor genetik dengan pola asuh yang dikembangkan dalam keluarga.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis adalah faktor yang bersumber dari perilaku, fungsi mental dan proses mental manusia. Faktor-faktor yang meliputi psikologis yaitu :

a) Kehilangan

Kehilangan adalah suatu keadaan dimana seseorang merasa kekurangan atas ketiadaan sesuatu yang tadinya ada. Kehilangan disebabkan oleh berbagai macam yaitu kehilangan orang yang dicintai, barang maupun pekerjaan. Rasa kehilangan akan menyebabkan seseorang merasa cemas hingga mengalami kecemasan yang berlebihan itulah yang akan menyebabkan seseorang mengalami gangguan kejiwaan.

b) Kepribadian

Kepribadian adalah organisasi-organisasi dinamis sistem-sistem psikofisik dalam individu yang turut menentukan cara-caranya yang unik atau khas dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Orang yang memiliki tipe kepribadian introvert tidak menyenangi keramaian sehingga tidak hanya datang untuk berkumpul bersama dengan orang lain tetapi lebih punya tujuan tertentu dan ketika menghadiri kegiatan mereka juga terlihat kurang percaya diri sehingga tidak berani dalam bertindak dan cenderung pemalu.

3) Faktor sosial budaya

a. Pekerjaan

Faktor status sosio ekonomi yang rendah menjadi penyumbang terbesar adanya gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif dibandingkan dengan pada seseorang yang memiliki tingkat perekonomian tinggi. Pada

golongan dengan status sosio ekonomi yang rendah lebih rentan terhadap masalah kesehatan jiwa. Seseorang yang tidak memiliki pekerjaan mempengaruhi kejadian perilaku kekerasan, masalah status sosio ekonomi yang rendah berdampak pada status kesehatan jiwa seseorang dan berpotensi menyebabkan gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif atau risiko perilaku kekerasan.

b. Pernikahan

Penderita risiko perilaku kekerasan yang dirawat dengan gangguan jiwa memiliki riwayat status perkawinan hampir setengahnya belum menikah atau bercerai. Status perkawinan dapat dikaitkan dengan adanya teman dekat yakni pasangan dalam suka dan duka, yang menjadi pendukung atau penyemangat bagi partisipan. Tidak terpenuhinya atau kegagalan dalam memenuhi tugas perkembangan pada masa perkawinan merupakan stresor bagi individu. Rasa malu dan marah dapat menimbulkan frustrasi bagi penderita sehingga mengakibatkan penderita cenderung mengalami perilaku maladaptif.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor pemungkin timbulnya gangguan jiwa atau secara umum adalah pasien gangguan jiwa timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Faktor-faktor yang dapat mencetus risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1) Faktor biologis

Penyakit yang tidak terkontrol, putus obat, kecemasan karena kegagalan dalam mengerjakan sesuatu akan menimbulkan perilaku kekerasan. Penyakit yang tidak terkontrol dan putus obat akan menyebabkan ketidakseimbangan kembali komponen kimia dalam otak yang akhirnya memicu kembali individu untuk melakukan

perilaku kekerasan. Hal ini menjelaskan bahwa peran obat disini penting dalam mengontrol perubahan-perubahan kimia yang terjadi didalam otak sehingga pemantauan dan penggunaan obat sangat diperlukan dalam mengatasi perilaku kekerasan.

2) Faktor psikologis

Senada dengan teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman yang dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresif dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan meningkatkan citra diri.

3) Faktor sosial budaya

Pada umumnya seseorang akan marah apabila dirinya merasa terancam, baik berupa kekerasan secara fisik, psikis maupun ancaman terhadap konsep dirinya. Seseorang akan mengalami peningkatan emosional jika mendapatkan penghinaan, kekerasan, kehilangan seseorang yang berarti, konflik dengan teman maupun keluarga, dan ketika merasa terancam baik permasalahan internal maupun eksternal.

3. Mekanisme Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan

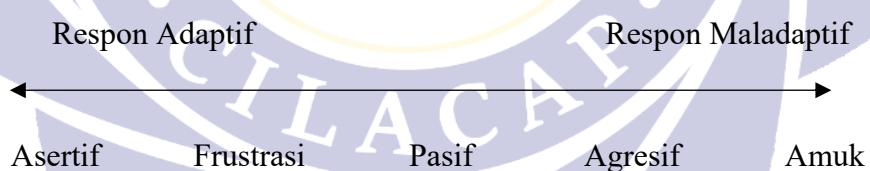
Proses terjadinya risiko perilaku kekerasan disebabkan oleh beberapa faktor seperti faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain psikologis, perilaku, sosial budaya dan bioneurologis. Faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor sosial budaya. Penyebab dari perilaku kekerasan antara lain kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri. Faktor penyebab lainnya seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah penghinaan, dan kehilangan orang yang dicintai serta pekerjaan. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan (Ridhyalla, 2015).

Mengekspresikan marah dengan perilaku konstruktif yaitu menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti perasaan orang lain akan memberikan perasaan lega, menurunkan ketegangan sehingga perasaan marah dapat teratasi. Marah di ekspresikan dengan perilaku kekerasan yang biasanya dilakukan oleh individu karena ia merasa kuat. Cara demikian justru tidak menyelesaikan masalah bahkan dapat menimbulkan risiko perilaku kekerasan (Dermawan & Rusdi, 2013).

Koping individu tidak efektif dan koping keluarga yang tidak efektif dapat menyebabkan berduka disfungsional. Berduka disfungsional dapat menyebabkan gangguan konsep diri : harga diri rendah. Pasien harga diri rendah biasanya mengurung diri karena merasa dirinya tidak mampu sehingga dapat menyebabkan isolasi sosial. Pasien harga diri rendah yang berdiam diri terus menerus akan mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi. Gangguan persepsi sensori : halusinasi berisi ancaman yang menyuruh pasien mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sehingga dapat menyebabkan risiko perilaku kekerasan (Ridhyalla, 2015).

4. Rentang Respon

Bagan 2. 1 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan



Rentang repon risiko perilaku kekerasan (Kio, 2020) yaitu :

a. Asertif

Individu mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan, menyakiti orang lain atau tanpa merendahkan harga diri orang lain dan memberikan ketenangan.

b. Frustrasi

Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.

c. Pasif

Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan yang dialami.

d. Agresif

Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.

e. Amuk

Rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain

5. Mekanisme Koping

Mekanisme coping yang biasa digunakan menurut (Sahputra, A., 2021) adalah:

- a. Sublimasi, yaitu melampiaskan masalah pada objek lain.
- b. Proyeksi, yaitu menyatakan orang lain mengenal kesukaan/ keinginan tidak baik.
- c. Represif, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan melebihi sikap perilaku yang berlawanan.
- d. Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan melebihi sikap/ perilaku yang berlawanan.
- e. Displacement, yaitu melepaskan perasaan tertekan dengan bermusuhan pada objek yang berbahaya

6. Manifestasi Klinis

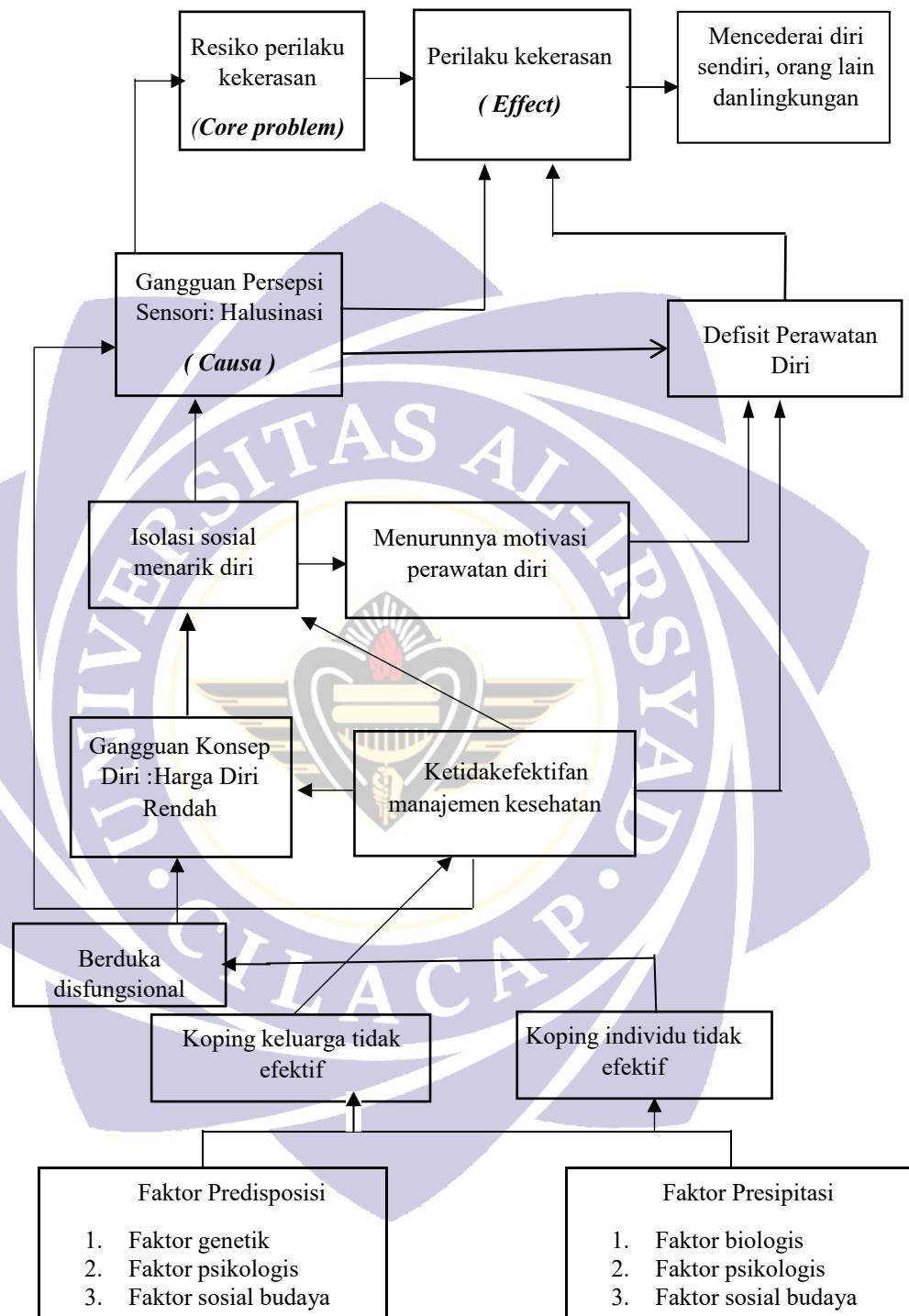
Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah muka merah, tegang, mata melotot, pandangan tajam, bicara kasar, nada suara tinggi, membentak, kata-kata kotor, ketus, memukul benda/orang lain, menyerang orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, cerewet, kasar, berdebat, menyinggung

perasaan orang lain, tidak peduli, kasar, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran (Sahputra, 2021).

Menurut Pardede (2020) tanda dan gejala pada orang dengan perilaku kekerasan terdiri dari 5 aspek berikut :

- a. Fisik : wajah nampak merah, mata tajam, napas pendek, mudah berkeringat, fisik tidak sehat, menggunakan obat-obat terlarang, tekanan darah mudah mengalami peningkatan.
- b. Intelektual : mendominasi, cerewet, suka bicara kotor, gampang berdebat dan cenderung diremehkan.
- c. Sosial : tidak mudah bersosialisasi, dijauhi orang lain, merasa tidak dihargai oleh lingkungan sekitar, mendapatkan omongan dari orang lain.
- d. Emosional : tidak cukup menahan emosi, merasa tidak nyaman, rasa terganggu dan merasa marah
- e. Spiritual : merasa paling benar, selalu membenarkan diri sendiri, mempunyai keimbangan. tidak mempunyai etika, berperilaku tidak baik, tidak kreatif

7. Pohon Masalah



Bagan 2. 2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)

(Ridhyalla, 2015 ; Dermawan & Rusdi, 2013)

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan farmakologis menurut (Yusuf, Fitryasari & Nihayati., 2019) yang diberikan pada pasien risiko perilaku kekerasan yaitu:

- 1) Obat *anti-anxiety* dan *sedative-hipnotics* seperti lorazepam dan clonazepam umumnya digunakan untuk meredakan kecemasan pada klien yang melakukan perlawanan. Obat ini dikonsumsi dengan cara oral atau intramuskuler, dan terbukti efektif dalam mengurangi sikap agresif.
- 2) *Antidepressants*, seperti amitriptyline dan trazadone adalah jenis obat yang digunakan untuk mengobati gangguan mental. Obat-obat ini membantu mengurangi gejala-gejala seperti agresivitas.
- 3) *Antipsikotik* seperti haloperidol yang dikombinasikan dengan lorazepam merupakan obat yang paling umum digunakan untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan terbukti efektif mengurangi rasa marah dan memberikan ketenangan.

b. Penatalaksanaan Non farmakologi

1) Terapi aktivitas kelompok (TAK)

(Arisandy & Sunarmi, 2018) memaparkan mengenai “Terapi Aktivitas Kelompok stimulus persepsi berhubungan dengan kemampuan Mengontrol perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia”. Dalam penelitiannya di dapatkan nilai selisihnya rata dari sebelum *post test* ke *post test* sebesar 7,76 pada variabelnya kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasan setelah di berikan pelatihan aktivitas kelompok stimulasi persepsi dengan kemampuan mengevaluasi perilaku kekerasan.

2) Terapi Spiritual

Terapi Spiritual merupakan terapi dengan dilakukannya dengan cara mendekatkan dirinya pasien terhadap kepercayaannya yang di anutnya. Kjaer (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 berzikir 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-Quran.

Ernawati,dkk (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.

3) Terapi memukul bantal

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

4) Terapi Generalis

Terapi generalis adalah intervensi keperawatan yang diberikan dalam bentuk standar asuhan keperawatan jiwa yang merupakan panduan bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa untuk mengatasi diagnosa keperawatan Fiqrida (2018).

Tujuan Terapi Generalis Tujuan dari terapi generalis untuk menurunkan perilaku kekerasan menurut (Pardede, 2020) adalah :

- a) Klien mampu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari perilaku kekerasan
- b) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam dan pukul bantal
- c) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat
- d) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
- e) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

Tahapan terapi generalis risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut

- a) Strategi Pelaksanaan (SP) 1 :
 - (1) Identifikasi penyebab marah, tanda dan gejala marah, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat perilaku kekerasan yang dilakukan dan cara mengendalikan perilaku kekerasan.
 - (2) Bantu klien mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal dengan baik dan benar.
 - (3) Anjurkan klien mendokumentasikan kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien.

b) Strategi Pelaksanaan (SP) 2 :

- (1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
- (2) Jelaskan mengendalikan emosi atau perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat
- (3) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian klien

c) Strategi Pelaksanaan (SP) 3 :

- (1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
- (2) Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal, yaitu meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan marah dengan bahasa yang baik dan membantu klien untuk mempraktikkan cara tersebut dengan baik dan benar
- (3) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian klien

d) Strategi Pelaksanaan (SP) 4 :

- (1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
- (2) Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, mengucapkan istigfar, berwudhu, sholat, dzikir, berdoa, membaca ayat suci alquran dan bantu klien untuk mempraktikkan cara tersebut dengan baik dan benar
- (3) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian klien.

C. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan pasien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual pasien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar pasien (Muhith, 2016).

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, agama, status, pekerjaan, dan Nomor registrasi

b. Keluhan Utama

Alasan masuk, biasanya pasien sering berbicara berbicara sendiri, sendiri, mendengar mendengar atau melihat melihat sesuatu, sesuatu, suka berjalan-berjalan tanpa tujuan.

c. Riwayat Penyakit Sekarang (Faktor Presipitasi) Selama 6 Bulan Terakhir

1) Biologi

- a) Rawat inap, pembedahan, dan prosedur medis (kapan, indikasi, *treatment*, dan hasil)
- b) Kerusakan otak (didiagnosis masalah otak, trauma kepala, rincian atau periode tidak sadar untuk berbagai alasan).
- c) Penggunaan zat (penggunaan alkohol, obat, kafein, dan tembakau).
- d) Cedera (keterpaparan pada tindak kekerasan atau penganiayaan).
- e) Apakah ada anggota keluarga yang memiliki Riwayat gangguan atau penyakit.

2) Psikologi

- a) Pengalaman yang tidak menyenangkan.
- b) Motivasi pasien.
- c) Harapan pasien.

3) Sosial kultural

- a) Pendidikan terakhir pasien.
- b) Apakah ada masalah atau hambatan selama menempuh Pendidikan tersebut.
- c) Pekerjaan pasien (apabila tidak bekerja maka siapa yang mencukupi kebutuhan setiap hari pasien).
- d) Apakah ada masalah atau hambatan dalam pekerjaannya.
- e) Pasien tinggal serumah dengan siapa.
- f) Pasien lebih dekat siapa ketika di rumah.
- g) Apakah pasien mengikuti kegiatan sosial di masyarakat.

d. Riwayat Penyakit Dahulu (Faktor Predisposisi)

Adalah faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, biasanya pasien pernah mengalami gangguan jiwa lebih dari 6 bulan dan kurang berhasil dalam pengobatan. Diperoleh baik dari pasien maupun keluarganya. Pernah melakukan ancaman, isyarat, dan atau upaya/percobaan/bunuuh diri. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (peristiwa kegagalan, kematian, perpisahan, kehilangan, pernah di olok olok, di kecewakan). Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang). Riwayat penggunaan NAPZA (apa, kapan, lama pemakaian). Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi terkait kondisi diatas dan hasilnya. Selanjutnya yaitu riwayat penyakit keluarga, anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa/ pernah merasa sedih berkepanjangan atau perubahan perilaku.

e. Pengkajian Psikososial (Tiga Generasi Dari Pasien)

1) Genogram

Menggambarkan hubungan pasien dan siapa yang tinggal serumah dengan pasien. Bagaimana pola komunikasi dalam keluarga, pengambil keputusan, pola asuh dalam keluarga.

2) Konsep diri

a) Citra diri

Citra tubuh dapat dilihat dengan menanyakan persepsi pasien tentang tubuhnya, mengeluh dengan keadaan tubuhnya bagian tubuh yang disukai, dan reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang disukai maupun yang tidak disukai

b) Identitas diri

Identitas diri dapat dilihat dengan melihat posisi pasien di keluarga sebelum dirawat, tingkat kepuasan pasien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, dan kelompok), kepuasan terhadap jenis kelaminnya baik laki- laki maupun perempuan.

c) Peran diri

Pengkajian pada peran diri meliputi tugas dan peran pasien dalam keluarga, kelompok dan masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi dan parannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan di dirawat, dan bagaimana perasaan pasien setelah dirawat

d) Ideal diri

Mengkaji harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, tugas, peran, dan posisi dalam keluarga, pekerjaan maupun sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, dan harapan pasien terhadap penyakitnya.

e) Harga diri

Mengkaji mengenai hubungan pasien dengan orang lain sesuai kondisi pasien dan dampak pasien berhubungan dengan orang lain, penilaian pasien terhadap pandangan orang lain terhadapnya.

3) Hubungan sosial

- a) Menanyakan pada pasien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, serta meminta bantuan.
- b) Menanyakan pada pasien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
- c) Menanyakan pada pasien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok dimasyarakat.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya pasien dengan gangguan jiwa dipandang tidak sesuai dengan norma agama dan budaya, umumnya merasa terasingkan di masyarakat.

b) Kegiatan ibadah

Pasien biasanya menjalankan ibadah sebelum sakit. Saat sakit ibadah menjadi terganggu.

f. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pengkajian keadaan umum, kesadaran, tanda vital, ukuran tubuh, dan keluhan fisik pasien

g. Status Mental

1) Penampilan

Observasi penampilan umum pasien yaitu penampilan perkiraan usia, cara berpakaian, sikap tubuh, kebersihan, cara berjalan, ekspresi wajah, dan respon kontak mata

- 2) Pembicaraan (koheren, logorhea, frekuensi, volume, jumlah, karakter)

Mengkaji bagaimana cara berbicara pasien apakah cepat, lambat, keras, gagap, inkoheren, apatis, atau membisu

- 3) Aktivitas motorik/psikomotor

Mengkaji gerakan fisik yang perlu dicatat misalnya dalam hal tingkat aktivitas (latergik, tegang, gelisah, agitasi), jenis (TIK, tremor) dan isyarat tubuh yang lain.

- 4) Mood dan Afek

Pengkajian afek: datar (tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus menyenangkan atau menyedihkan), tumpul (hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat), labil (emosi yang cepat berubah), dan tidak sesuai (emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus). Mengkaji kondisi nada perasaan pasien apakah menyenangkan atau tidak dan sudah berlangsung lama atau tidak dilanjutkan dengan melihat dan menanyakan kondisi emosi pasien apakah sedang sedih, senang, marah, khawatir dan berlebihan atau tidak, biasanya emosi bersifat sementara atau singkat.

- 5) Interaksi selama wawancara

Mengkaji bagaimana respon pasien saat di wawancara, apakah pasien kooperatif atau tidak, dan bagaimana kontak mata antara pasien dan perawat (bermusuhan, mudah tersinggung, kontak mata kurang atau tidak mau menatap lawan bicara, defensif selalu mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya, dan curiga).

- 6) Persepsi sensorik

Mengkaji persepsi sensori dengan menanyakan apakah sering mendengar suara-suara dan bagaimana cara menghilangkannya. Jelaskan isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadinya halusinasi, dan gejala yang tampak saat pasien berhalusinasi.

7) Kesadaran

Bagaimana kondisi kesadaran pasien (bingung, sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/ tidak sadar stupor: gangguan motoric seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang).

8) Memori

Mengkaji apakah pasien mengalami gangguan ingatan, gangguan ingatan disebabkan oleh efek samping obat atau penyebab lain.

9) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mengkaji apakah pasien mengalami kesulitan saat berkonsentrasi dan bagaimana respon pasien menjawab pertanyaan yang diberikan perawat; mudah dialihkan, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung.

10) Proses pikir

Mengkaji bagaimana alur pikiran pasien, sesuai relaita atau tidak. Sirkumtansial (pembicaraan berbelit belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan), Tangensial (pembicaraan berbelit belit tetapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan), Kehilangan asosiasi (pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya), flight of idea (pembicaraan yang meloncat-loncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan), blocking (pembicaraan terhenti secara tiba tiba tanpa ada gangguan dari eksternal kemudian dilanjutkan kembali), perseverasi (pembicaraan yang diulang berkali- kali).

11) Isi pikir

(a) Obsesi yaitu pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya. Fobia yaitu ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek/ situasi tertentu.

- (b) Hipokondria yaitu keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada. Depersionalisasi: perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang atau lingkungan
- (c) Ide yang terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.
- (d) Pikiran magis: keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/ diluar kemampuannya.
- (e) Waham (agama, somatic, curiga, nihilistic).

12) Kemampuan penilaian

Pertanyaan seputar peristiwa berdasarkan norma baik buruk atau yang lain.

13) Daya Tilik Diri

Mengkaji apakah pasien mengingkari atau menerima penyakit yang dideritanya dan apakah pasien menyalahkan hal- hal diluar dirinya.

h. Kebutuhan Perawatan Mandiri Di Rumah

1) Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan

Kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan, transportasi, tempat tinggal, keuangan dan kebutuhan lainnya.

2) Kegiatan hidup sehari hari

Mengkaji apakah dalam melakukan kebutuhan sehari-hari seperti makan, eliminasi, berpakaian, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, dan aktivitas, memerlukan bantuan orang lain seperti keluarganya atau tidak.

3) Kemampuan lain-lain

Kemampuan memenuhi kebutuhan hidup, membuat keputusan berdasarkan keinginannya, dan mengatur kebutuhan perawatan kesehatannya sendiri.

4) Sistem pendukung

i. Mekanisme Koping

Mengkaji perilaku pasien dalam upaya melindungi dirinya dari pengalaman yang tidak menyenangkan berhubungan dengan respon neurobiologik.

1) Konstruktif (melakukan tindakan mengatasi stresor dengan baik, berusaha, bertekad kuat untuk bisa menyelesaikan masalah secara baik)

2) Destruktif (melakukan tindakan yang merugikan diri sendiri dan orang lain saat mendapat stresor)

j. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Masalah pasien dengan dukungan kelompok (konflik dengan tetangga/teman/saudara), Masalah berhubungan dengan lingkungan (mengucilkan diri, atau di kucilkan, tidak bisa berbaur, kesulitan berkumpul dengan orang banyak), masalah dengan pendidikan (putus sekolah, tidak ada motivasi belajar, di bully di sekolah, atau takut bertemu guru), masalah dengan pekerjaan (di PHK, tidak segera mendapat pekerjaan, konflik dengan teman kantor dsb), masalah dengan perumahan (tanggungan cicilan, tidak punya tempat tinggal layak, pindah pindah selalu), masalah dengan ekonomi (keuangan yang dimiliki, pemasukan dan pengeluaran, cicilan dan hutang, tidak bisa memenuhi kebutuhan), masalah dengan pelayanan kesehatan (akses jauh, tidak ada transportasi, tidak memiliki BPJS, tidak ada waktu, pelayanan tidak memadai dsb).

k. Aspek Pengetahuan

Apakah pasien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal. Bagaimana pengetahuan pasien/keluarga saat ini tentang penyakit/ gangguan jiwa, perawatan dan pelaksanaannya faktor yang memperberat masalah (presipitasi), obat- obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifiknya masalah tersebut.

1. Aspek Medis

Diagnosa medis pasien dan terapi medis yang diterima pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan masalah keperawatan klien yang mencakup respon sehat adaptif atau maladaptif serta stresor yang menunjang (Kusumawati & Hartono, 2011). Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis risiko perilaku kekerasan merupakan jenis diagnosis negatif yang menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Risiko Perilaku Kekerasan termasuk kategori diagnosis risiko yang terdiri dari problem (masalah) dan faktor risiko (PPNI, 2016).

Faktor risiko risiko perilaku kekerasan antara lain pemikiran waham/delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, difungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi atau konfusi, kerusakan kontrol impuls, persepsi pada lingkungan tidak akurat, alam perasaan depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, lingkungan tidak teratur, penganiayaan atau pengabaian terhadap anak, riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain, impulsif dan ilusi (PPNI, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat, A., et al., 2019).

Menurut Hulu, F., Manurung, J., Meylani, M., & Pardede, J. A. (2022) rencana tindakan keperawatan meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi generalis yaitu:

- a. Membantu klien dengan mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala marah, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat perilaku kekerasan yang dilakukan dan cara mengendalikan perilaku kekerasan. Membantu klien mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal dengan baik dan benar.
- b. Membantu klien mengendalikan emosi atau perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat.
- c. Membantu klien dengan melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal, yaitu meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan marah dengan bahasa yang baik dan membantu klien untuk mempraktikkan cara tersebut dengan baik dan benar.
- d. Membantu klien dengan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, mengucapkan istigfar, berwudhu, sholat, dzikir, berdoa, membaca ayat suci alquran dan bantu klien untuk mempraktikkan cara tersebut dengan baik dan benar.

Adapun intervensi yang dilakukan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan tercantum dalam tabel dibawah ini:

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Risiko Perilaku Kekerasan	<p>TUM : Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>TUK :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Klien dapat mengenali perilaku kekerasan yang dialaminya. 3. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasannya. 4. Pasien dapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasannya. 	<p>Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi (penyebab, tanda-tanda, jenis, akibat serta cara konstruktif dalam mengungkapkan perilaku kekerasan) 2. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal 3. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat 4. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal dengan mengungkapkan dengan baik dan benar 5. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual 	<p>SP 1 : Membina hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dialaminya. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan cara ke-1 : fisik yaitu dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal</p> <p>SP 2 : Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan cara ke-2 : patuh minum obat.</p> <p>SP 3 : Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan cara ke-3 : mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal</p> <p>SP 4 : Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan cara ke-4 : mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p>

4. Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan dengan melihat kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien. Tehnik 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 perawat sejati. Lingkungan: menyediakan berbagai aktivitas (Manulang , 2021).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

- a. Data Subyektif (S) : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- b. Data Obyektif (O) : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- c. Analisa (A) : Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.
- d. Planning (P) : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

e.

Tabel 2. 2 Evaluasi Kemampuan Pasien

No	Kemampuan	Tanggal		
		17/07/2024 09.00	18/07/2024 13.00	19/07/2024 11.00
1.	Mengenal penyebab perilaku kekerasan			
2.	Mengenal tanda-tanda perilaku kekerasan			
3.	Mengenal jenis perilaku kekerasan			
4.	Mengenal akibat perilaku kekerasan yang dilakukan			
5.	Mengenal cara konstruktif dalam menungkapkan perilaku kekerasan			
6.	Mengenal cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (tarik nafas dalam dan pukul bantal)			
7.	Mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat			
8.	Mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal			
9.	Mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual			
10.	Mampu mengontrol marah dengan cara yang sehat			

D. Evidence Base Practice (EBP)

Tabel 2. 3 Artikel dan Jurnal Pendukung

No.	Penulis/Tahun	Judul Penelitian	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen,Analisis)	Hasil	
1.	Nazara, A. S., Telaumbanua, B. S., Dalam Nainggolan, L., & Pardede, J. A. (2022)	Penerapan Generalis Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Risiko Kekerasan.	Terapi (Sp1-4) Keperawatan Masalah Perilaku	Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus dengan teknik pengumpulan data melakukan pengkajian pada pasien dengan cara wawancara dan observasi, yang selanjutnya melakukan analisa data, menyusun intervensi keperawatan, melaksanakan implementasi dan evaluasi keperawatan. Subjek yang digunakan dalam studi kasus adalah satu orang pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan.	Hasil studi kasus setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan strategi pelaksanaan sebanyak 12 sesi pertemuan menunjukkan penurunan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dengan kemampuan mampu mengontrol perilaku kekerasannya dengan latihan fisik 1 : tarik nafas dalam, latihan fisik 2 : pukul kasur bantal, minum obat secara teratur, melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik, spiritual.
2.	Wandira, S. A., Alfianto, A. G., & Ulfa, M. (2022)	Terapi Ners Generalis: Sesi 1 Pada Klien Dengan Kekambuhan Risiko Kekerasan Dengan Pendekatan Teori Peplau: Laporan Kasus	Perilaku	Jenis penelitian ini adalah menggunakan pendekatan <i>case report</i> dengan jumlah responden sebanyak 5 orang yang mengalami kekambuhan risiko perilaku kekerasan. Kriteria inklusi responden mengalami kekambuhan akibat obat, sering mengalami kekambuhan dan risiko perilaku kekerasan. Studi ini dilaksanakan di Desa Bantur pada bulan November 2021 dengan instrument yang digunakan adalah asuhan keperawatan jiwa pendekatan Stuart, analisa data yang digunakan yaitu dengan metode wawancara, observasi dan dokumentasi.	Hasil penelitian pada terapi ners generalis sesi 1 yaitu mengenal, penyebab, gejala perilaku kekerasan serta melakukan teknik nafas dalam dan memukul bantal dengan pendekatan teori Peplau dengan 4 fase yaitu orientasi, indentifikasi, eksplorasi dan resolusi. Namun pada fase eksplorasi respon subjektif responden belum dikerjakan dengan sempurna. Terapi ners generalis sesi 1 pada responden dengan kekambuhan risiko perilaku kekerasan dengan pendekatan teori Peplau teratasi dengan baik namun pada fase eksplorasi terdapat

3.	Giawa, (2023)	R. Penerapan Terapi Generalis (SP 1-4) dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Sibual-buali: Studi Kasus	Jenis penelitian ini adalah metode deskriptif dengan desain studi kasus dengan jumlah sampel sebanyak 1 Responden. <i>Variable Independent</i> dalam penelitian ini adalah Terapi Generalis dan <i>Variable Dependent</i> adalah Risiko Perilaku Kekerasan. Instrumen dalam penelitian ini berupa pedoman wawancara dan lembar observasi. Analisa data menggunakan <i>uji content analysis</i>	Hasil studi kasus setelah asuhan keperawatan dilakukan dengan menerapkan strategi implementasi 15 pertemuan menunjukkan penurunan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, halusinasi, defisit perawatan diri. Hasil dari analisis menunjukkan bahwa intervensi keperawatan dengan menerapkan terapi generalis (Sp 1-4) dapat mengurangi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.	respon subjektif yang tidak sempurna pada salah satu responen
----	------------------	---	--	--	---
