

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *SCHIZOPHRENIA*

1. Pengertian

Schizophrenia merupakan penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu. *Schizophrenia* secara etimologi berasal dari bahasa Yunani yaitu “schizo” yang berarti “terpotong” atau “terpecah” dan “phren” yang berarti “pikiran” (Videback, 2020). Maka *schizophrenia* adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*). Direja (2016) menjelaskan bahwa *schizophrenia* adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikirserta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi.

2. Etiologi

Menurut Videback (2020), terdapat dua factor penyebab *schizophrenia*, yaitu :

a. Faktor Predisposisi

1. Faktor Biologis

a) Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari *schizophrenia*.

Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa Riwayat *schizophrenia* masih memiliki risiko genetik dari orang tua biologismereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%,angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita *schizophrenia*.

b) Faktor neuroanatomi : Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita *schizophrenia* memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan

perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (CTScan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset menunjukkan bahwa penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita *schizophrenia*. Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita *schizophrenia* terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu, dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

- c) Neurokimia: Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem *neurotransmitters* otak pada individu penderita *schizophrenia*. 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 *schizophrenia*, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2. Faktor Psikologis

Schizophrenia 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. *Schizophrenia* yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang

ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah.

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 lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress, dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

1) Faktor presipitasi dari *schizophrenia* antara lain sebagai berikut:

- a) Biologis: Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.
- b) Lingkungan: Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.
- c) Pemicu gejala merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Manifestasi Klinis

Mashudi (2021) dalam (Putri 2022) menyatakan tanda dan gejala pada Klien skizofrenia dibedakan menjadi dua gejala, yaitu :

1. Gejala positif

- 1) Delusi Delusi atau waham adalah keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan, dan disampaikan berulang-ulang (wahamkejar, waham curiga, waham kebesaran).
- 2) Halusinasi adalah gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau, dan perabaan).
- 3) Perubahan arus piker
 - a) Arus pikir terputus adalah pembicaraan tiba-tiba dan tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkohoren adalah berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicarakacau).
 - c) Neologisme adalah menggunakan kata-kata yang hanya dimengertioleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- 4) Perubahan perilaku seperti penampilan atau pakaian yang aneh, gerakanyang berulang atau stereotipik, tampaknya tanpa tujuan, dan perilaku sosial atau seksual yang tidak biasa.

2. Gejala negative

- 1) Alogia adalah kecenderungan untuk berbicara sedikit atau menyampaikansedikit substansi makna (poverty of content).
- 2) Anhedonia adalah merasa tidak ada kegembiraan atau kesenangan dari hidup atau aktivitas atau hubungan apapun.
- 3) Apatis adalah perasaan acuh tak acuh terhadap orang, aktivitas, dan peristiwa
- 4) Asosialitas adalah penarikan sosial, sedikit atau tidak ada hubungan, dankurangnya kedekatan.
- 5) Efek tumpul adalah rentang perasaan, nada, atau suasana hati yang terbatas.

- 6) Katatonia adalah imobilitas yang diinduksi secara psikologis kadang-kadang ditandai dengan periode agitasi atau kegembiraan, klien tampak tidak bergerak, dan seolah-olah dalam keadaan kesurupan.
- 7) Efek datar adalah tidak adanya ekspresi wajah yang menunjukkan emosi atau suasana hati.
- 8) Kemauan atau kurangnya kemauan adalah tidak adanya kemauan, ambisi, atau dorongan untuk mengambil tindakan atau menyelesaikan tugas.
- 9) Kekurangan perhatian adalah ketidakmampuan untuk berkonsentrasi atau fokus pada suatu topik atau aktivitas dan terlepas dari kepentingannya.

4. Klasifikasi *schizophrenia*

Menurut Mental Health UK (2022), terdapat 8 jenis *schizophrenia* yaitu:

1. *Schizophrenia* paranoid

Schizophrenia paranoid adalah jenis *schizophrenia* yang paling umum, ini mungkin berkembang di kemudian hari daripada bentuk lain. Gejalanya meliputi halusinasi atau delusi, tetapi ucapan dan emosi mungkin tidak terpengaruh.

2. *Schizophrenia* hebefrenik

Schizophrenia hebefrenik juga dikenal sebagai *schizophrenia* tidak teratur, jenis *schizophrenia* ini biasanya berkembang saat berusia 15-25 tahun. Gejalanya meliputi perilaku dan pikiran yang tidak teratur, di samping delusi dan halusinasi yang berlangsung singkat. Klien mungkin memiliki pola bicara yang tidak teratur dan orang lain mungkin kesulitan untuk memahami. Orang yang hidup dengan skizofrenia tidak teratur sering menunjukkan sedikit atau tidak ada emosi dalam ekspresi wajah, nada suara, atau tingkah laku mereka.

3. *Schizophrenia* katatonik

Schizophrenia katatonik adalah diagnosis *schizophrenia* yang paling langka, ditandai dengan gerakan yang tidak biasa, terbatas, dan tiba-tiba.

Klien mungkin sering beralih antara menjadi sangat aktif atau sangat diam. Klien mungkin tidak banyak bicara dan mungkin meniru ucapan atau gerakan orang lain.

4. *Schizophrenia* tak terdiferensiasi

Diagnosis Klien mungkin memiliki beberapa tanda *schizophrenia* paranoid, hebefrenik, atau katatonik, tetapi tidak cocok dengan salah satu dari jenis ini saja.

5. *Schizophrenia* residual

Klien mungkin didiagnosis dengan *schizophrenia* residual jika memiliki riwayat psikosis tetapi hanya mengalami gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk).

6. *Schizophrenia* sederhana

Schizophrenia sederhana jarang didiagnosis. Gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk) paling menonjol lebih awal dan memburuk, sedangkan gejala positif (seperti halusinasi, delusi, pemikiran tidak teratur) jarang dialami.

7. *Schizophrenia* senestopatik

Schizophrenia senestopatik yang mana orang dengan *schizophrenia* senestopatik mengalami sensasi tubuh yang tidak biasa.

8. *Schizophrenia* tidak spesifik

Schizophrenia tidak spesifik yaitu gejala memenuhi kondisi umum untuk diagnosis tetapi tidak sesuai dengan salah satu kategori di atas.

5. Tahapan *Schizophrenia*

Menurut Eske (2022), terdapat tiga tahapan terjadinya *schizophrenia* yaitu:

1. Prodromal

Prodromal merupakan tahap pertama *schizophrenia*, terjadi sebelum gejala psikotik yang nyata muncul. Selama tahap ini, seseorang mengalami perubahan perilaku dan kognitif yang pada waktunya dapat berkembang menjadi psikosis. Tahap prodromal awal tidak selalu melibatkan gejala

perilaku atau kognitif yang jelas. Tahap awal skizofrenia biasanya melibatkan gejala non-spesifik yang juga terjadi pada penyakit mental lainnya seperti depresi. Gejala skizofrenia prodromal meliputi, yaitu: isolasi sosial, kurang motivasi, kecemasan, sifat lekas marah, kesulitan berkonsentrasi, perubahan rutinitas normal seseorang, masalah tidur, mengabaikan kebersihan pribadi, perilaku tidak menentu, halusinasi ringan atau buruk terbentuk.

2. Aktif

Pada tahap ini, orang dengan *schizophrenia* menunjukkan gejala khas psikosis, termasuk halusinasi, delusi, dan paranoid. Gejala *schizophrenia* aktif melibatkan gejala yang jelas meliputi, yaitu : Halusinasi (melihat, mendengar, mencium, atau merasakan hal-hal yang tidak dimiliki orang lain), delusi (merupakan gagasan atau ide palsu yang diyakini seseorang bahkan ketika disajikan dengan bukti yang bertentangan), pikiran bingung dan tidak teratur, bicara tidak teratur atau campur aduk, gerakan yang berlebihan atau tidak berguna, bergumam, tertawa sendiri dan patis atau mati rasa emosi

3. Residual

Residual merupakan tahap terakhir, ini terjadi ketika seseorang mengalami gejala *schizophrenia* aktif yang lebih sedikit dan tidak terlalu parah. Biasanya, orang dalam tahap ini tidak mengalami gejala positif, seperti halusinasi atau delusi. Tahap residual mirip dengan tahap prodromal. Orang mungkin mengalami gejala negatif, seperti kurangnya motivasi, energi rendah atau suasana hati yang tertekan. Gejala *schizophrenia* residual meliputi, yaitu : penarikan sosial, kesulitan berkonsentrasi, kesulitan merencanakan dan berpartisipasi, ekspresi wajah berkurang atau tidak ada, datar dan suara monoton dan ketidaktertarikan umum.

6. Penatalaksanaan

Greene & Eske (2021) menyatakan skizofrenia merupakan kondisi seumur hidup dan termasuk penyakit dapat diobati. Melakukan pengobatan yang tepat waktu dan efektif dapat membantu mengelola gejala dan mencegah

kekambuhan. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada Klien skizofrenia yaitu:

1. Psikofarma

Obat psikofarmaka ditujukan pada gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis dapat dihilangkan. Obat psikofarmaka lebih berkhasiat menghasilkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positif skizofrenia atau sebaliknya, ada juga yang lebih cepat menimbulkan efek samping dan lain sebagainya. Beberapa contoh obat psikofarmaka yang beredar di Indonesia yang termasuk golongan generasi pertama yaitu Chlorpromazine HCl, Trifluoperazine HCL, Thioridazine HCl, dan Haloperidol. Golongan generasi kedua yaitu Risperidone, Paliperidone, Clozapine, Quetiapine, Olanzapine, dan Aripiprazole.

Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (typical) maupun generasi kedua (atypical) pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan typical khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negatif pemakaian golongan typical kurang memberikan respon. Selain itu obat golongan typical tidak memberikan efek yang baik pada pemulihan fungsi kognitif penderita. Obat golongan typical sering menimbulkan efek samping berupa gejala Ekstra Piramidal Sindrom (EPS).

2. Psikoterapi

1) *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) atau terapi perilaku kognitif merupakan bentuk perawatan yang dapat membantu orang mengembangkan keterampilan dan strategi yang berguna untuk mengatasi pikiran yang mengganggu, salah satunya yaitu dengan pemberian Thought Stopping Therapy.

2) *Psychodynamic therapy*

Psychodynamic therapy atau terapi psikodinamik yang dikenal juga sebagai terapi psikoanalitik, terapi psikodinamik melibatkan percakapan antara psikolog dan Klien mereka. Percakapan ini berusaha mengungkap pengalaman emosional dan proses bawah sadar yang berkontribusi pada kondisi mental seseorang saat ini.

3) *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) atau terapi penerimaan dan komitmen adalah jenis terapi perilaku yang mendorong orang untuk menerima, daripada menantang perasaan mendalam mereka. ACT juga berfokus pada komitmen terhadap tujuan dan nilai pribadi serta meningkatkan kualitas hidup seseorang secara keseluruhan. Terakhir, ACT mengajarkan keterampilan mindfulness yang dapat membantu seseorang tetap fokus pada momen saat ini daripada termakan oleh pikiran atau pengalaman negatif. Menggabungkan ketiga kondisi ini (misalnya, penerimaan, komitmen, dan perhatian), seseorang dapat mengubah perilakunya dengan terlebih dahulu mengubah sikapnya terhadap dirinya sendiri.

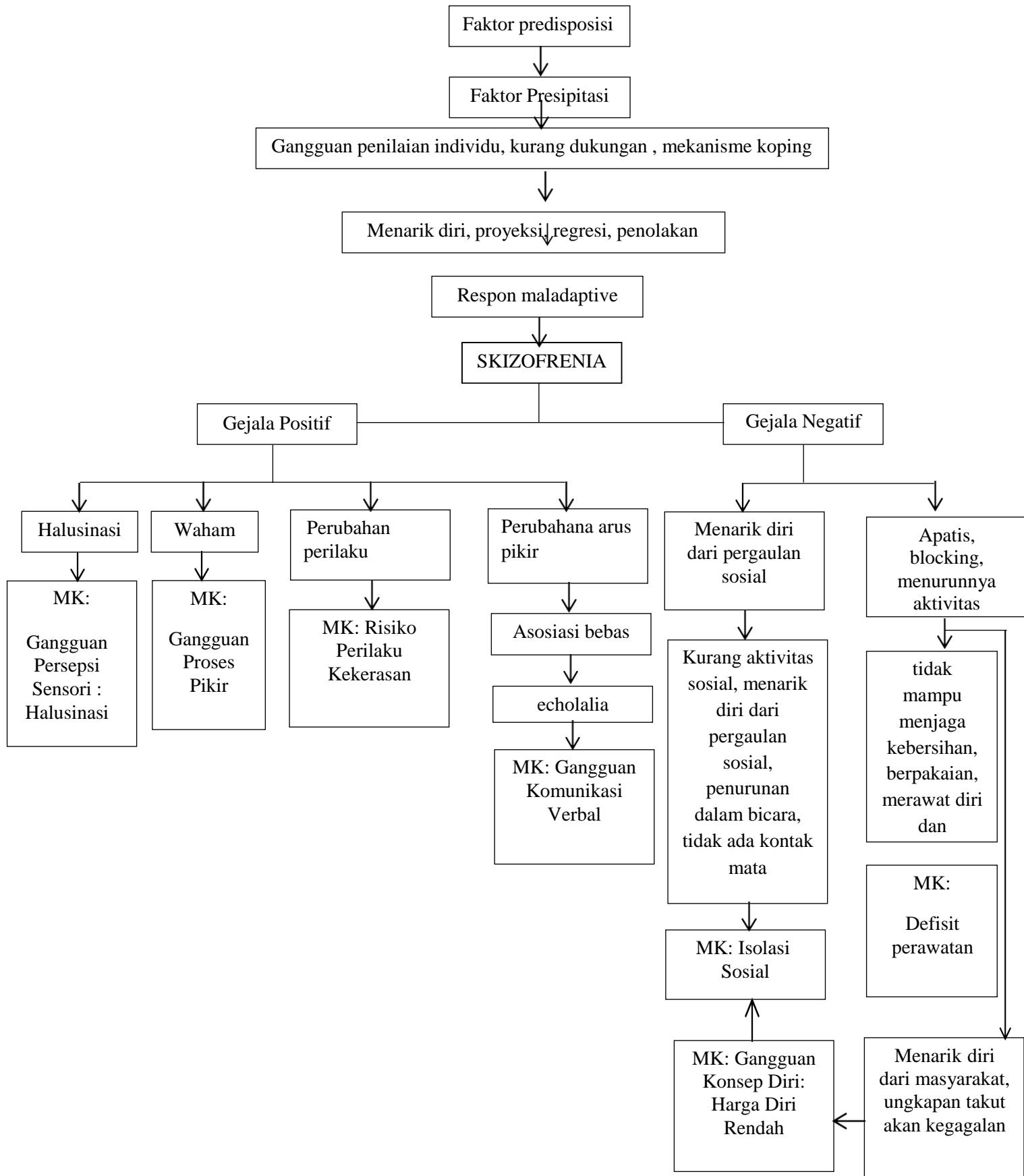
4) *Family therapy*

Family therapy atau terapi keluarga merupakan bentuk psikoterapi yang melibatkan keluarga dan orang-orang penting lainnya dari penderita skizofrenia dan kondisi kesehatan mental lainnya. Berfokus pada pendidikan, pengurangan stres, dan pemerosesan emosional. Membantu anggota keluarga berkomunikasi dengan lebih baik dan menyelesaikan konflik satu sama lain.

3. *Coordinated Specialty Care (CSC)*

Coordinated Specialty Care (CSC) atau perawatan khusus terkoordinasi melibatkan tim profesional kesehatan yang mengelola pengobatan, memberikan psikoterapi, dan memberikan dukungan pendidikan dan pekerjaan.

7. Pathway

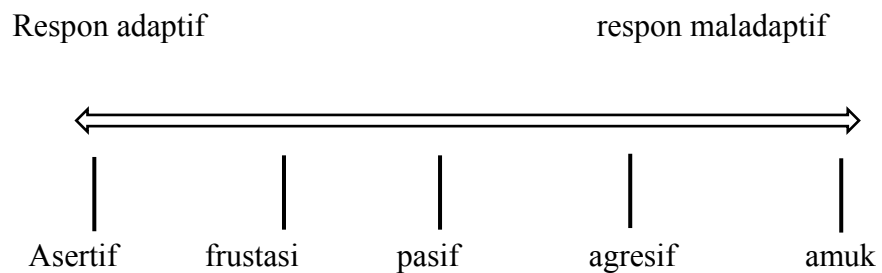


B. RESIKO PERILAKU KEKERASAN

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 factor kejiwaan (jiwa yang temperamental) bisa juga karena pengaruh dari pergaulannya, tekanan batin, kurang pengawasan dari orang tua dan factor ekonomi yang kurang mencukupi. Jika kejadian seperti itu diabaikan 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. Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Sumber: (Sutejo, 2019) keterangan :

- a. Asertif adalah mengungkapkan rasa marah yang tidak menyakiti hati orang lain.
- b. Frustrasi adalah kegagalan pada saat meraih 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 rasa gaduh gelisah disertai hilangnya kontrol pada diri. (Sutejo, 2019).

3. Etiologi

Beberapa faktor yang menyebabkan risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi meliputi:

1) Faktor biologis.

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

2) Faktor psikologi

Ungkapan rasa marah yang tidak melukai orang lain akan menimbulkan hambatan dalam proses pikir sehingga menyebabkan tujuan tidak dapat tercapai.

2. 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).

4. Proses Terjadinya Masalah.

1. Faktor predisposisi.

Faktor yang memungkinkan terjadi pada perilaku kekerasan sebagai berikut:

- 1) Faktor genetic tidak terlalu mempengaruhi klien yang mengalami perilaku kekerasan (RPK).

- 2) Faktor 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.
2. Faktor Presipitasi Adapun faktor presipitasi dari resiko perilaku kekerasan sebagai berikut:
- 1) Klien: adanya keputusasaan, 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 Klien merasa terganggu dan timbul marah (Suhantara, 2020)

5. 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 mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku (tim Pokja SDKI PPNI, 2016).

6. Penatalaksanaan Medis.

1. Penatalaksanaan medis

- 1) Busporine yang berfungsi untuk mengendalikan depresi dan kecemasan yang dialami klien.
- 2) Antipsychotic biasanya berfungsi untuk perawatan perilaku yang agresif.
- 3) Antidepressans untuk mengontrol marah yang sangat merugikan lingkungan sekitar dikarenakan perubahan dalam suasana perasaan.
- 4) Antianxiety dan sedativehipnotic berfungsi untuk mengendalikan perilaku marah yang sangat agresif.

2. Penatalaksanaan keperawatan yang dapat digunakan pada resiko perilaku kekerasan yang menggunakan strategi pelaksanaan diantaranya sebagai berikut:

- 1) Membicarakan tentang kejadian yang menyebabkan resiko perilaku kekerasan, dan penyebab perubahan perasaan/ perilaku marah dalam resiko kekerasan.
- 2) Berlatih untuk mengendalikan amarah, sehingga dapat meringankan beban dalam perasaan.
- 3) Cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara relaksasi Tarik nafas dalam dan memukul bantal, anjurkan Klien memtahui jadwal untuk meminum obat, ajarkan klien untuk melatih secara verbal dan ajarkan untuk meningkatkan spiritual (Aanggraini, 2021).

C. KONSEP DASAR KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN.

1. Pengkajian

a. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul yaitu: Risiko perilaku kekerasan.

b. Data yang perlu dikaji Data yang perlu dikaji pada klien resiko perilaku kekerasan yaitu:

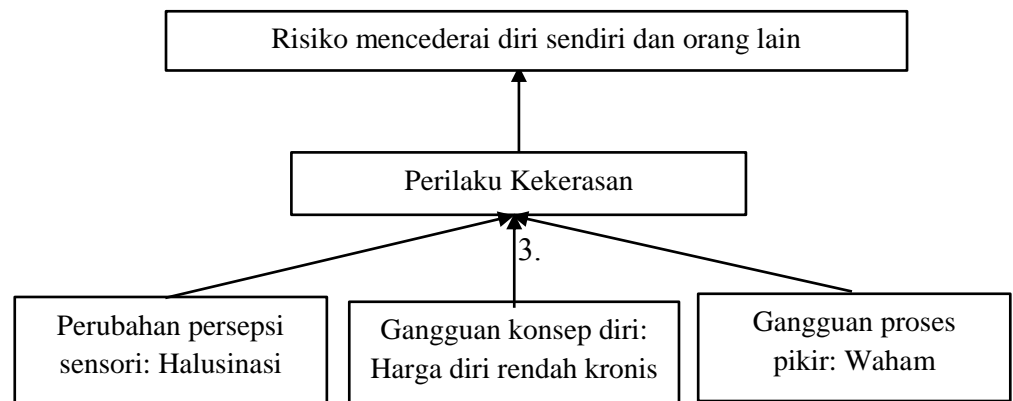
1) Data subjektif.

- a) Marah-marah
- b) Tanda dan gejala saat marah diawali dengan hati berdebardebar
- c) Mengancam
- d) Mata melotot
- e) Saat marah membanting barang
- f) Intonasi suara keras

2) Data objektif

- a) Malu
- b) Mondar-mandir (Tim Pokja SDKI, 2016)

2. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah perilaku kekerasan Sumber: (Sutejo, 2019)

1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu Risiko Perilaku Kekerasan (Tim Pokja SDKI, 2016).

2. Rencana Keperawatan

a) Strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan menurut Stuart (2019) antara lain:

1) SP 1 klien

- a) Membina hubungan saling percaya
- b) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- d) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
- e) Membantu klien mempraktikkan cara latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur.
- f) Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

2) SP 2 klien

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b) Mempraktekkan atihan cara minum obat teratur
- c) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

3) SP 3 klien

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b) Melatih klien mengendalikan perilaku kehkerasan dengan cara verbal
- c) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

4) SP 4 klien

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien

- b) mempraktekkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
 - c) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- b) Tujuan perawatan untuk keluarga Klien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu mampu memberikan perawatan kepada Klien di rumah, memberikan support adekuat.

1) SP I Keluarga

Mengidentifikasi permasalahan yang dialami keluarga saat merawat, jelaskan hal terkait pk (definisi, sebab, tanda gejala, dan akibat yang ditimbulkan), jelaskan bagaimana merawat PK.

2) SP II Keluarga

keluarga dalam mempraktikkan merawat Klien PK.

3) SP III Keluarga Latih secara langsung keluarga mempraktekan cara merawat Klien

4) SP IV keluarga.

Fasilitasi keluarga menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk Klien dan obat , jelaskan tindak lanjut setelah Klien pulang.

3. Implementasi keperawatan

Keliat (2020) menjelaskan bahwa implementasi keperawatan di sesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan, perawat perlu memvalidasi kepada klien apakah tindakan keperawatan masih di butuhkan atau tidak.

Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

4. Evaluasi

Evaluasi klien dengan resiko perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif. Diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, akibat resiko perilaku kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, demonstrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan dari keluarga dalam mengontrol perilaku, serta pengawasan penggunaan obat dengan benar (Dermawan & Rusdi, 2016).

Evaluasi subyektif berdasarkan Keliat (2020), yaitu klien mengatakan sudah tidak membenci keluarga atau orang lain, klien mengatakan tidak ingin memukul orang lain, klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan. Sedangkan evaluasi objektif yaitu klien mampu melihat dengan pandangan baik, mampu berkata baik, tidak gelisah, tidak sinis, tidak sarkasme, tanda-tanda vital dalam batas normal, klien berbicara dengan suara rendah dan tidak ada hasrat untuk merusak lingkungan sekitar.

B. *EVIDENT BASE PRACTISE* (EBP)

1. Definisi Terapi Generalis

General Therapy atau terapi generalis adalah kemampuan mengontrol halusinasi sebagai upaya Klien untuk mengenali halusinasinya seperti isi halusinasi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi

terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi dan perasaan Klien saat halusinasi muncul sehingga Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, bersikap cuek, bercakap-cakap, melakukan kegiatan secara teratur serta minum obat dengan prinsip 8 benar (Keliat BA, 2012).

2. Bentuk asuhan keperawatan tersebut dapat di implementasikan dengan intervensi terapi ners generalis pada klien dengan risiko perilaku kekerasan (Alfianto dan Ulfa, 2021). Proses intervensi terapi ners generalis pada klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menggunakan komunikasi terapeutik atau hubungan interpersonal antara perawat dan klien (Putri, N and Fitrianti, 2018).

3. Tujuan

Menurut Alfianto dan Ulfa (2021), tujuan dari terapi generalis pada Klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab Marah
- c. Melatih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
- d. Menkontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur
- e. Melatih mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
- f. Mengontrol marah dengan spiritual (beribadah)

4. Standar Operasional Prosedur (SOP)

a. Pra Interaksi

- 1) Evaluasi mental perawat

2) Mengumpulkan data tentang Klien

b. Fase Orientasi

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Menanyakan nama Klien dan nama panggilan
- 3) Menanyakan kabar dan keluhan Klien
- 4) Kontrak waktu dan tempat

c. Fase Kerja

1) SP 1 : mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

- a) Mengidentifikasi perilaku kekerasan.
- b) Mengidentifikasi tandan dan gejala perilaku kekerasan.
- c) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
- d) Mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
- e) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- f) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal).
- g) Membantu Klien memasukkan dalam kegiatan harian.

2) SP 2

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian Klien.
- b) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.
- c) Menganjurkan Klien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

3) SP 3

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian Klien.

- b) Melatih Klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- c) Menganjurkan Klien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

4) SP 4

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian Klien.
- b) Melatih Klien cara mengontrol marah dengan cara spiritual (berwudhu, sholat, berdzikir, baca Al qur'an).
- c) Menganjurkan Klien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

d. Artikel dan Jurnal Pendukung

Tabel 2. 3 Jurnal Pendukung *Evidence Based Practice*

No	Penulis (Tahun)	Judul	Jenis dan Desain Penelitian	Variabel Penelitian dan Populasi	Analisa Data	Hasil Penelitian
1	Shella Ayu w <i>et al</i> , (2022)	Terapi ners generalis: sesi menggunakan 1 pada klien ODGJ dengan case report. kekambuhan risiko perilaku kekerasan dengan pendekatan teori peplau	Studi ini menggunakan pendekatan case report.	responden sebanyak 5 orang yang mengalami kekambuhan risiko perilaku kekerasan. Kriteria inklusi responden mengalami kekambuhan akibat obat, sering mengalami kekambuhan dan risiko perilaku kekerasan	Analisa data yang digunakan yaitu dengan metode wawancara, observasi dan dokumentasi	terapi ners generalis sesi 1 pada responden dengan kekambuhan risiko perilaku kekerasan dengan pendekatan teori Peplau teratasi dengan baik namun pada fase eksploitasi terdapat respon subjektif yang tidak sempurna pada salah satu resepnden.

2	Arniat Siswi Nazara <i>et al</i> (2021)	Penerapan Terapi Generalis (Sp1-4) Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus dengan teknik pengumpulan data melakukan pengkajian pada Klien 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 Klien dengan risiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan	Analisa data menggunakan <i>content analysis</i>	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 halusinasinya 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.
3.	Nur Uyuun I. Biahimoet <i>all</i> (2021)	Asuhan keperawatan jiwa dengan penerapan terapi latihan asertif pada Klien dengan resiko perilaku kekerasan di wilayah kerja puskesmas limboto kabupaten gorontalo	Metode penelitian yang di lakukan deskriptif analitik.	Sampel dalam karya Ilmiah Akhir Ners yaitu 3 Klien ODGJ dengan diagnosea resiko perilaku kekerasan di wilayah kerja puskesmas limboto kabupaten gorontalo.	Analisa data yang digunakan yaitu dengan metode wawancara, observasi dan dokumentasi.	Hasil penelitian ini menunjukan bahwa penerapan terapi latihan asertif dapat berpengaruh terhadap Klien dengan risiko perilaku kekerasan.