

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Penyakit Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Menurut Istichomah & R (2019) gangguan jiwa terbagi menjadi dua yaitu gangguan jiwa berat dan gangguan jiwa ringan. Salah satu gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia yang dimana skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang paling banyak ditemukan di Indonesia. Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah.

Pengertian skizofrenia berasal dari Bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah, dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Dengan demikian skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa dengan gangguan utama pada proses piker serta disharmoni (keeretakan, perpecahan) antar proses piker, emosi, serta kesulitan membedakan antara kenyataan dengan halusinasi (Cahyani, Yulianti, & Lianda, 2024).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang serius yang mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasakan, dan bertindak.

Kondisi ini dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang dan membuat sulit untuk menjalani hidup sehari-hari (Mueser & Gingerich, 2023).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Mashudi (2021) skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu:

1. Factor Predisposisi

a. Faktor Biologis

1. Factor Genetik

Factor genetik adalah factor utama pencetus dari skizofrenia.

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

2. Factor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *CT Scan* 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 secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak abnormal pada area temporal dari frontal individu penderita skizofrenia.

3. Neurokimia

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

b. Factor 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 mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

c. Factor Sosiokultural Dan Lingkungan

Factor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari social ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari social 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 putus asa.

2. Factor Presipitasi

a. Biologis

Stressor biologis berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptive meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, 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

Pemicu merupakan precursor 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.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

1. Gejala positif

Gejala yang ada pada pasien dan tidak boleh ada pada orang normal dan biasanya dapat diamati. Ini adalah gejala yang terkait dengan episode psikotik akut dan terutama gangguan pemikiran dan presentasi. Menurut Suhantara (2020) gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejala positif yang diperlihatkan pasien skizofrenia yaitu:

- a) Delusi atau waham, yaitu suasana keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.

- b) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indra tanpa rangsangan atau stimulus. Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisik-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
- c) Kekacauan alam pikir, yaitu dapat dilihat dari isi pembicaraannya. misalnya bicara kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e) Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- f) Pikiran penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g) Menyimpan rasa permusuhan

2. Gejala negatif

Gejala yang ada pada orang normal tetapi pada skizofrenia lebih berat, termasuk tidak adanya pengaruh, tidak adanya pemikiran, tidak adanya motivasi, tidak adanya kesenangan, dan tidak adanya perhatian. Suhantara (2020) menyatakan gejala negatif skizofrenia seringkali tidak disadari atau kurang diperhatikan oleh pihak keluarga, karena dianggap tidak “mengganggu” oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejala-gejala yang di perhatikan yaitu :

- a) Alam perasaan (*affect*) tumpul dan mendatar. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b) Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*)
- c) Kontak emosional amat "miskin", sukar diajak bicara, pendiam.
- d) Pasif atau apatis, menarik diri dari pergaulan sosial
- e) Sulit dalam berfikir abstrak.
- f) Pola pikir stereotip.
- g) Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu)

3. Gejala kognitif

Gejala kognitif skizofrenia mungkin tidak terlihat, terutama pada awal proses penyakit, tetapi sangat mengganggu dan menyebabkan Sebagian besar kecacatan yang terkait dengan gangguan ini. Gejala kognitif termasuk gangguan perhatian, memori kerja, dan fungsi eksekutif.

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Ndapabehar & Rahaditya (2023) didalam dunia kedokteran atau ilmu kejiwaan, skizofrenia terbagi dalam 5 jenis yakni:

1. Skizofrenia Paranoid

Pada penderita skizofrenia paranoid ini sering mengalami halusinasi, hal ini yang cenderung berbahaya apabila penderita dengan bebas berkeliaran di tengah kehidupan masyarakat, sebab halusinasinya ini dapat membahayakan nyawa orang lain. Keadaan berhalusinasi yang dialami oleh penderita skizofrenia paranoid ini yang menjadikan penyakit jenis ini cukup berbahaya. Sebab jika dibayangkan jika penderita bertemu dengan manusia lainnya namun yang ada di pandangannya melihat ada hal yang menakutkan dan sebagai upaya naluri untuk melindungi diri sendiri maka penderita akan melakukan penyerangan terhadap orang tersebut, akibatnya orang tersebut dapat mengalami luka luka hingga yang paling parah adalah kematian.

2. Skizofrenia Disorganisasi

Sering digambarkan dengan ciri penderita yang sangat kacau maupun pola pembicaraan yang kacau. Permulaanya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15 – 25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia heberfrenik, waham dan halusinasinya banyak sekali.

3. Skizofrenia Residual

Merupakan tipe skizofrenia dimana penderitanya mengalami keterlambatan dalam berpikir dan sering mengalami depresi akut.

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol.

4. Skizofrenia Tidak Terperinci

Penderita sering mengalami kebingungan, halusinasi dan yang terkhusus bahwa tipe ini memenuhi ciri skizofrenia akan tetapi tidak digolongkan ke tipe lainnya.

5. Skizofrenia Katatonik

Penderita skizofrenia katatonik memiliki ciri penderita yang suka membisu, gelisah dan intensitas aktivitas yang kurang. Timbulnya pertama kali antara usia 15 sampai 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti:

- a. Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan.
- b. Bila diganti posisinya penderita menentang.
- c. Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.
- d. Terdapat grimas dan katalepsi.

2.1.5 Fase Skizofrenia

Menurut Tuti, Rico, & Nanang (2022) fase skizofrenia terbagi menjadi dua yaitu fase akut dan fase kronik. Pada fase akut, dimulai dari munculnya gejala sampai dengan sebelum enam bulan, di tandai dengan gejala positif dan gejala negatif.

Fase kronik di tandai dengan gejala akut yaitu sudah berlangsung selama enam bulan atau lebih. Fase akut di tandai dengan pasien tidak memperhatikan kebersihan diri dan gangguan motorik atau pergerakan. Pengobatan skizofrenia menggunakan obat antipsikotik untuk mengatasi gejala psikotik.

Sedangkan menurut Putri, Amnan, & Maharani (2022) terdapat tiga tahap terapi skizofrenia, yaitu fase akut, fase stabilisasi dan fase pemeliharaan.

Sumber lain menyatakan fase pada skizofrenia terbagi menjadi 4, yaitu premorbid, prodromal, aktif, dan residual (Kitabisa, 2019)

1. Fase Premorbid

Pada fase premorbid lazimnya dimulai saat penderita berusia remaja. Meski sangat mungkin dipengaruhi oleh factor genetik dan neurologis, tahapan skizofrenia awal ini bisa dipicu oleh sifat kepribadian si penderita, misalnya terlalu pemalu suka menarik diri dari pergaulan, perilaku antisosial, dll. Pada fase ini, penderita akan mulai mengalami halusinasi dan mendengar suara-suara tertentu. Kondisi biasanya akan diperparah dengan kejadian pahit seperti kegagalan dalam pekerjaan, asmara, pendidikan, maupun

lingkungan. Saat sedang dalam fase premorbid, seseorang akan mulai berfantasi dalam batas yang wajar dan normal, baik fantasi indah maupun yang sebaliknya. Sayangnya, masyarakat awam sering mengasosiasikan fase awal ini dengan gangguan makhluk halus (ketempelan).

2. Fase Prodromal

Fase kedua ini merupakan gejala skizofrenia lanjutan. Pada tahap ini, penderita akan lebih sering mengalami halusinasi, bisa dalam hitungan minggu, bulan, bahkan tahun. Makin tingginya intensitas halusinasi secara langsung akan membuat penderita makin senang menarik diri dari lingkungan. Studi menyebutkan bahwa fase prodromal pada pengidap skizofrenia bisa berlangsung antara 2 sampai 5 tahun. Diperlukan penanganan yang serius dan tepat guna menghindari penyakit berkembang menuju fase aktif.

3. Fase Aktif

Jika penderita skizofrenia sudah sering mengalami halusinasi, inkoherensi, gangguan afek, bahkan sampai waham pada intensitas yang tak bisa dikendalikan, kemungkinan besar dia sudah berada di fase aktif. Mayoritas penderita skizofrenia baru atau mulai serius melakukan pengobatan/terapi ketika sudah berada di fase ini.

4. Fase Residual

Merupakan tahap paling parah dari penyakit skizofrenia. Pada fase ini, penderita akan mulai mendengar suara-suara negatif yang cenderung memerintah, seperti “ayo pukul”, “ayo bunuh diri”, atau

“ayo bunuh”. Ini disebabkan oleh ketidakseimbangan bagian tertentu dalam otak (*neurotransmitter*). Untuk menanganinya, dokter biasanya akan meresepkan obat-obatan khusus untuk mengendalikan pikiran dan perilaku si pasien.

2.1.6 Penatalaksanaan Medis

Terapi pada pasien skizofrenia diberikan secara komprehensif sesuai tanda gejala dan penyebab terjadinya penyakit. Pengalaman terapis akan menentukan pilihan alternatif terapi yang tepat dan sering merupakan kombinasi antara satu terapi dengan lainnya. Beberapa alternatif terapi yang dapat diberikan antara lain dengan pendekatan farmakologi, psikososial rehabilitasi dan program intervensi keluarga.

1. Terapi Farmakologi

Pada pendekatan farmakologis penderita skizofrenia biasanya diberikan obat antipsikotik. Antipsikotik juga dikenal sebagai penenang mayor atau neuroleptik. Pengobatan anti psikotik membantu mengendalikan perilaku skizofrenia yang mencolok dan mengurangi kebutuhan untuk perawatan rumah sakit jangka panjang apabila dikonsumsi pada saat pemeliharaan atau secara teratur setelah episode akut. Prinsip pemberian farmakoterapi pada skizofrenia adalah “*start low go slow*” dimulai dengan dosis rendah ditingkatkan sampai dosis optimal kemudian diturunkan perlahan untuk pemeliharaan. Berikut adalah sediaan antipsikotik yang sering diberikan.

Pemberian antipsikotik dilakukan melalui 3 tahapan dosis; *initial*, *optimal* dan *maintenace*. Dosis *initial* merupakan dosis awal dan dinaikkan sampai mencapai dosis *optimal* untuk mengontrol gejala. Dosis *optimal* dipertahankan sampai 1 - 2 tahun. Dosis *maintenance* diturunkan perlahan sampai mencapai dosis terkecil yang mampu mengontrol gejala.

a. Haloperidol (HLP)

Untuk menangani gangguan mental psikosis, yaitu kesulitan membedakan antara kenyataan atau hal yang tidak nyata

Kontraindikasi: depresi sistem saraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkison, hipersensitif terhadap haloperidol

- Sediaan tablet (0,5mg;-1,5mh-2mg-5mg), injeksi (ampul, 1cc 5mg im/iv), tetes/oral solution (30ml dosis 1cc 2mg), injeksi long acting (50mg/cc/4minggu)
- Dosis intial 5mg/hr 2x sehari
- Dosis optimal 5-15mg/hr 2-3x sehari

b. Chlorpromazine (CPZ)

Untuk menangani gejala psikosis, seperti halusinasi, dan pikiran tidak wajar, pada skizofrenia.

Kontraindikasi: sebaiknya tidak diberikan kepada klien dengan keadaan koma, keracunan alcohol, barbiturate atau narkotika dan penderita hipersensitif terhadap derifat fenothiazine.

- Sediaan tablet (25mg, 100mg), ineksi (50mg/2ml)
- Dosis initial 100-150mg/hr sehari 1-2x

- Dosis optimal 150-600mg/hr sehari 2-3x

c. Trifluoperazine (THP)

Untuk mengatasi gangguan kecemasan, mual muntah, serta mengurangi perilaku agresif, halusinasi, dan keinginan untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain.

Kontraindikasi: hipersensitivitas kandungan obat, diskrasia darah, penyakit hati (liver), kehamilan trimester 1, menyusui, tumor prolaktin

- Sediaan tablet (1mg, 5mg)
- Dosis initial 5mg
- Dosis optimal 10-15mg/hr 2-3x sehari

Pemberian terapi farmakologi dengan memberikan obat-obatan saja tidak cukup untuk membantu penderita skizofrenia untuk memenuhi sisi kebutuhan hidupnya. Terapi farmakologi juga harus ditunjang dengan pemberian terapi lain yang bersifat membantu penderita agar dapat kembali ke lingkungan sosial melalui psikoedukasi dan pelatihan-pelatihan keterampilan sosial.

2. Terapi psikososial

Salah satu dampak yang terjadi pada penderita skizofrenia adalah menjalin hubungan sosial yang sulit. Hal ini dikarenakan skizofrenia merusak fungsi sosial penderitanya. Untuk mengatasi hal tersebut, penderita diberikan terapi psikososial yang bertujuan agar dapat kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya, mampu merawat diri sendiri, tidak bergantung pada orang

3. Rehabilitasi

Terapi modalitas terdiri dari beberapa bagian yaitu terapi individual, terapi lingkungan, terapi kognitif, terapi bermain, terapi keluarga, dan terapi aktivitas kelompok (TAK). Terapi aktivitas kelompok (TAK) adalah terapi modalitas yang dilakukan oleh perawat dimana terdapat kelompok atau kumpulan individu yang memiliki masalah keperawatan yang sama. Terapi aktivitas kelompok (TAK) yang diberikan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan adalah TAK yang berbentuk stimulasi persepsi. Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang berkaitan dengan pengalaman atau kehidupan seseorang untuk didiskusikan dalam kelompok.

4. Program intervensi keluarga

Intervensi keluarga memiliki banyak variasi, namun pada umumnya intervensi yang dilakukan difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, mendidik anggota keluarga tentang skizofrenia, mengajarkan bagaimana cara berhubungan dengan cara yang tidak terlalu frontal terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia, meningkatkan komunikasi dalam keluarga dan memacu pemecahan masalah dan keterampilan coping yang baik (Pertiwi F. A., 2024).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Putri, Amnan, & Maharani (2022) pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan untuk pasien skizofrenia yaitu:

- a. Pemeriksaan neuropsikologik ini untuk menentukan ada atau tidak adanya gangguan fungsi kognitif umum dan mengetahui secara rinci pola defisit yang terjadi
- b. *CT scan* dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak.
- c. EEG untuk mengidentifikasi aktifitas bangkitan yang suklinis. Sedang pada penyakit alzheimer didapatkan perubahan gelombang lambat pada lobus frontalis yang non spesifik.

2.2.Konsep Asuhan Keperawatan Skizofrenia

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

Riwayat ketidakjelasan nama atau identitas serta pendidikan yang rendah, atau riwayat putus sekolah yang mengakibatkan perkembangan kurang efektif. Status sosial tuna wisma, kehidupan terisolasi (kehilangan kontak sosial, misal pada lansia). Agama dan keyakinan pasien tidak bisa menjelaskan aktivitas keagamaan secara rutin (Pertiwi F. A., 2024)

2. Alasan masuk

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

3. Faktor Predisposisi

- a. Biasanya pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa
- b. Biasanya pasien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternative serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.
- c. Biasanya pasien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- e. Biasanya pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

4. Pengkajian fisik

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan.
- c. Yang kita temukan pada pasien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)
- d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus)

5. Psikososial

a. Genogram

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

b. Gambaran diri

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

c. Identitas

Biasanya pada pasien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

d. Harga diri

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

e. Peran diri

Biasanya pasien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat

dan biasanya pasien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

f. Ideal diri

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

g. Hubungan Sosial

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

h. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan biasanya pasien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
- 2) Kegiatan ibadah
- 3) Biasanya dalam selama sakit pasien jarang melakukan ibadah.

i. Status Mental

1) Penampilan

Mayoritas penampilan pasien kotor.

2) Pembicaraan.

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

a) Aktivitas motorik

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

b) Alam perasaan

Pasien kemungkinan akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan.

c) Efek

Pasien mudah tersinggung dan sering marah marah.

d) Interaksi selama wawancara

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

e) Persepsi

Pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

f) Isi Pikir

Pasien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.

g) Tingkat kesadaran

Pasien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

h) Memori

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

i) Kemampuan penilaian

Pasien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan

j) Daya fikir diri

Pasien mengingkari penyakit yang dideritanya

3) Kebutuhan Persiapan Pulang

a) Makan

Pasien tidak mengalami perubahan

b) BAB/BAK

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan

c) Mandi

Pasien minoritas jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan pasien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

d) Berpakaian

Pasien minoritas jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Pasien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki

e) Istirahat dan tidur

Pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur pasien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

f) Penggunaan obat

Pasien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan pasien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

g) Pemeliharaan kesehatan

Pasien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

h) Aktifitas didalam rumah

Pasien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

4) Mekanisme koping

Pasien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat yg ada di rumah.

5) Masalah psikologis dan lingkungan

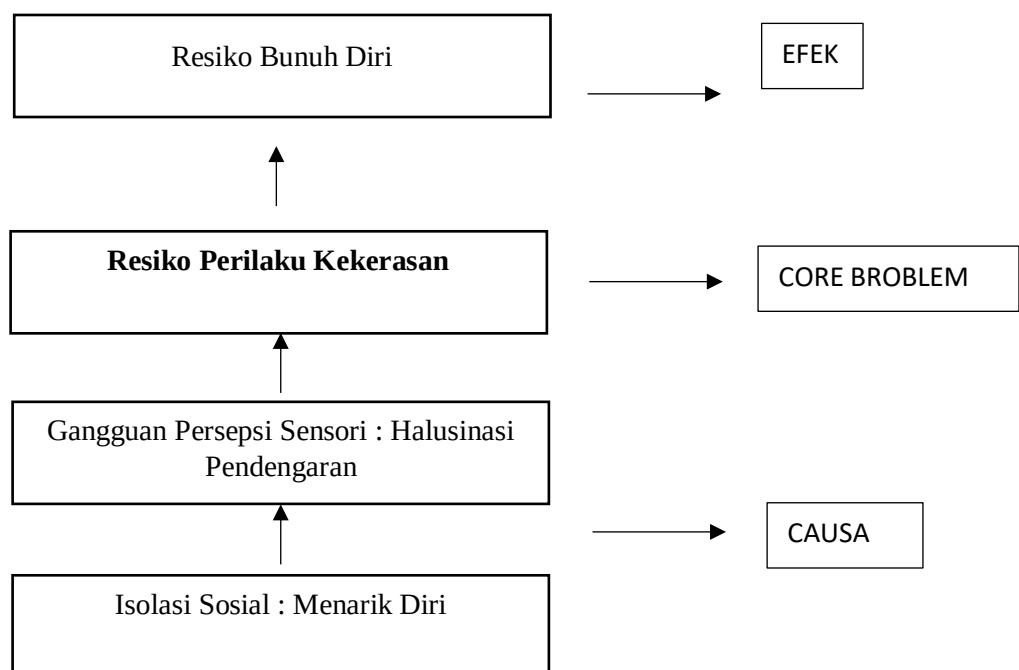
Pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

6) Pengetahuan

Pasien dengan prilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2.2.2 Pohon Masalah

Gambar 2. 1 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Untari & Kartina (2020) terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, diantaranya:

1. Risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal.)
2. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
3. Isolasi sosial: menarik diri

Tabel 2. 1 Diagnosa Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 7 kali pertemuan diharapkan Kontrol Diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif/amuk membaik 7. Suara Keras membaik 8. Bicara ketus menurun	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi : 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan Terapeutik: 4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 5. Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi: 6. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatann pasien 7. Latih dalam mengungkapkan perasaan secara asertif 8. Latih mengurangi kemerahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)

Sumber:

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2022)

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2022)

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori RPK meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa:

1. Mengontrol perilaku kekerasan dengan relaksasi nafas dalam dan pukul bantal
2. Minum obat secara teratur
3. Kontrol perilaku kekerasan dengan cara berbicara baik-baik
4. Spiritual (berdzikir: istighfar)

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan maka dilakukan tindakan keperawatan dengan cara melakukan strategi pelaksanaan.

Strategi pelaksanaan Tindakan keperawatan:

1. SP 1: Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, membantu pasien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara: tarik nafas dalam dan pukul bantal.
2. SP2: Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 8 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu minum obat, benar rute, benar informasi, benar respons dan benar dokumentasi) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur).

- 3 SP3:Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik), susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal)
- 4 SP4:Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik, minum obat teratur dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa)

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Risiko perilaku kekerasan pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengenal risiko perilaku kekerasannya, pasien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan dari jangka waktu 7x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol risiko perilaku kekerasan, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol risiko perilaku kekerasan. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat risiko perilaku kekerasan itu datang, pasien dapat berbincang- bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019).

Evaluasi keperawatan yang diharapkan: pasien sudah dapat mengidentifikasi penyebab, frekuensi perilaku kekerasan dan mengontrol perilaku kekerasan dengan relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, pasien tidak melakukan perilaku kekerasan, pasien minum obat dengan benar dan teratur.

2.3.Konsep Masalah Keperawatan

2.3.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap *stressor* yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang di tunjukan 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 (Siregar,2022).

Perilaku kekerasan adalah salah satu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang yang tidak pernah mengungkapkan atau menceritakan permasalahannya membuat partisipan menyimpan seluruh beban-beban permasalahan di jiwanya (Kandar & Iswati, 2019).

Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat ketidakmampuan klien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya. Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Wulansari & Sholihah, 2021).

2.3.2 Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan

1. Factor Predisposisi

Menurut Siregar (2022) terdapat faktor predisposisi dan faktor presipitasi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu:

a. Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting

b. Psikologis

Berdasarkan teori frustrasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan tidak tercapai dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

c. Biologis

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut:

1) Sistem limbik

Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif dan

respons seksual. Selain itu, mengatur, mengatur sistem informasi dan memori.

2) Lobus temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

3) Lobus frontal

Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengelolaan emosi dan alasan berpikir.

4) Neurotransmitter

Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin, Dopamin, Norepinephrine, Acetylcholine dan GABA

d. Perilaku

1) Kerusakan organ otak, retardasi mental dan gangguan

belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam merespon positif terhadap frustrasi.

2) Penekanan emosi berlebihan pada anak-anak atau godaan

orang tua memengaruhi kepercayaan dan percaya diri individu.

3) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan

pada anak atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

e. Social kultural

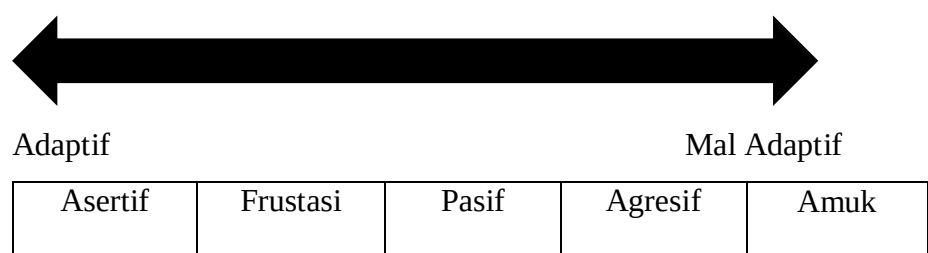
- 1) Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi.
- 2) Budaya asertif di masyarakat membantu individu yang berespon terhadap marah yang sehat.

2. Factor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain.

2.3.3 Rentang Respon Marah

Gambar 2. 2 Rentang Respon Marah



Keterangan:

1. Assertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri oranglain.

2. Frustasi adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
3. Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
4. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif bisaanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari oranglain.
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.

2.3.4 Tanda Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut Siregar (2022) meliputi:

- 1 Fisik: Mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan tegang, serta postur tubuh kaku.
- 2 Verbal: mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus.
- 3 Perilaku: Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif.

- 4 Emosi: tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut,
- 5 Intelektual: Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.
- 6 Spiritual: merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.
- 7 Sosial: menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sindiran.
- 8 Perhatian: bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

2.3.5 Patofisiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Wulansari & Sholihah (2021) patofisiologi risiko perilaku kekerasan dapat muncul karena adanya masalah dalam keluarga maupun pada individu itu sendiri dengan respon koping yang dimiliki tidak efektif adalah pemicu munculnya rasa stress dan cemas. Kecemasan dan stress yang berkelanjutan serta ketidakmampuan untuk meningkatkan respon koping yang dimiliki individu itu sendiri akan mengakibatkan rasa bersalah pada diri sendiri sehingga muncul masalah harga diri rendah yang dapat menimbulkan kurangnya rasa percaya diri pada individu sendiri.

Individu tersebut juga akan mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya sehingga dampak yang muncul adalah isolasi social dengan munculnya

perasaan kesepian, merasa tidak berguna, dan merasa ditolak yang kemudian akan mengalami gangguan perilaku dan emosi, frustrasi, agresif, sehingga dapat menimbulkan kemarahan yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan, baik perilaku kekerasan eksternal (kepada orang lain), maupun perilaku kekerasan (kepada diri sendiri).

2.3.6 Faktor Presipitasi

b. Faktor genetik

Putus obat sebagai pencetus klien mengalami risiko perilaku kekerasan. Klien mengungkapkan bahwa penyebab putus obat disebabkan berbagai faktor, seperti efek samping obat yang membuat pasien pusing, tidak ada yang mengingatkan untuk kontrol dan minum obat serta keinginan untuk tidak mengonsumsi obat lagi.

c. Faktor psikologis

Konsep diri sebagai pencetus klien mengalami risiko perilaku kekerasan.

d. Faktor social budaya

Klien mengungkapkan bahwa konflik lingkungan yang menjadi stressor dan penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa. Ketidakharmonisa membuat diri ingin marah dan berbicara kasar.

2.3.7 Faktor Predisposisi

1. Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting (*instinctual drives*).

2. Psikologis

Berdasarkan teori frustrasi – agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan yang tidak tercapai dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

3. Biologis

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut:

a. Sistem limbik

Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif, dan respon seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.

b. Lobus temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

c. Lobus frontal

Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengelolaan emosi dan alasan berpikir.

d. Neurotransmitter

Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin (5-HT), dopamine, norepineprin, acetylcholine, dan GABA.

4. Perilaku (*behavioral*)

- a. Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespons positif terhadap frustrasi.
- b. Penekanan emosi berlebihan (*over rejection*) pada anak-anak atau godaan (*seduction*) orang tua memengaruhi kepercayaan (*trust*) dan percaya diri (*self esteem*) individu.
- c. Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak (*child abuse*) atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

5. Social cultural

a. Norma

Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Kadang kontrol sosial yang sangat ketat (*strict*) dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan menyebabkan individu memilih cara yang maladaptive lainnya.

- b. Budaya asertif di masyarakat membantu individu untuk berespons terhadap marah yang sehat

6. Factor sosial yang adapat menyebabkan timbulnya agresivitas atau perilaku kekerasan yang maladaptive antara lain sebagai berikut:
 - a. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup
 - b. Status dalam perkawinan
 - c. Hasil dari orang tua tunggal (*single parent*)
 - d. Pengangguran
 - e. Ketidakmampuan mempertahankan hubungan interpersonal dan struktur keluarga dalam social kultural.