

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Skizofrenia**

##### **1. Definisi skizofrenia**

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta 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 (Oktaviani & Apriliyani, 2022). Skizofrenia merupakan suatu kondisi psikotik yang mempengaruhi area fungsi tertentu seperti berpikir, berkomunikasi, menerima, menafsirkan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta penyakit kronis yang ditandai dengan pikiran tidak teratur, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh, adalah salah satu gangguan mental (Silviyana, 2024). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang umum terjadi dengan karakteristik adanya kerusakan pada pikiran, persepsi, emosi, pergerakan dan perilaku individu yang menyimpang (Putri & Maharani, 2022). Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis yang ditandai oleh gangguan psikopatologi berat dan beragam, yang mempengaruhi fungsi kognitif, emosional, perseptual, serta perilaku, dengan gangguan dalam proses berpikir sebagai gejala utamanya (Fitrikasari & Kartikasari, 2022). Skizofrenia adalah bentuk psikosa yang sering dijumpai sejak dahulu, namun patogenesisnya masih belum jelas.

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu, termasuk

cara berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi dan perilaku yang aneh.

## **2. Etiologi Skizofrenia**

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

### **A. Faktor Predisposisi**

Adapun faktor predisposisi dari penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

#### **1) Faktor Biologis**

##### **a) Faktor Genetik**

Faktor genetik merupakan penyebab utama yang memicu munculnya skizofrenia. Seorang anak yang dilahirkan dari orang tua biologis penderita skizofrenia dan kemudian diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat penyakit tersebut, tetap membawa risiko genetik yang diturunkan dari orang tua kandungnya. Penelitian menunjukkan bahwa anak dengan satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko sebesar 15% untuk mengalami gangguan yang sama, dan risiko ini meningkat hingga 35% apabila kedua orang tuanya mengidap skizofrenia.

##### **b) Faktor Neuroanatom**

Penelitian mengindikasikan bahwa individu dengan skizofrenia memiliki jumlah jaringan otak yang lebih sedikit dibandingkan dengan individu sehat. Kondisi ini dapat mencerminkan gangguan dalam proses perkembangan otak atau hilangnya jaringan otak pada tahap selanjutnya. Hasil pemindaian menggunakan *Computerized Tomography (CT Scan)* menunjukkan adanya pembesaran ventrikel serta penyusutan pada korteks otak. Sementara itu, pemeriksaan dengan *Positron Emission Tomography (PET)* menunjukkan penurunan volume otak dan

metabolisme glukosa di area korteks frontal otak. Temuan dari berbagai studi secara konsisten menunjukkan adanya penurunan volume otak serta gangguan fungsi di wilayah temporal dan frontal pada otak penderita skizofrenia.

Daerah otak yang sering menjadi fokus perhatian dalam penelitian skizofrenia adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Struktur otak pada penderita skizofrenia menunjukkan perbedaan dibandingkan dengan otak individu normal, seperti pelebaran ventrikel, penurunan massa abu-abu, serta perubahan aktivitas metabolik di beberapa area otak baik mengalami peningkatan maupun penurunan. Pemeriksaan mikroskopis terhadap jaringan otak menunjukkan adanya sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang kemungkinan besar berasal dari masa prenatal, karena tidak ditemukannya sel glia yang umumnya muncul akibat cedera otak pasca kelahiran.

#### c) Neurokimia

Penelitian di bidang neurokimia secara konsisten menunjukkan adanya perubahan pada sistem neurotransmitters di otak individu dengan skizofrenia. Pada orang yang sehat, sistem pengatur sinyal di otak berfungsi secara normal, memungkinkan sinyal persepsi yang diterima untuk diproses dan diteruskan dengan baik, sehingga menghasilkan respons emosional, pemikiran, dan tindakan yang sesuai dengan situasi. Sebaliknya, pada otak penderita skizofrenia, proses pengiriman sinyal mengalami gangguan, sehingga sinyal-sinyal tersebut tidak sampai secara efektif ke sambungan sel saraf yang dituju.

#### 2) Faktor Psikologis

Skizofrenia dapat disebabkan oleh kegagalan dalam menyelesaikan tahapan awal perkembangan psikososial seperti seorang anak yang tidak berhasil

membentuk rasa saling percaya dapat mengalami konflik intrapsikis yang berlangsung seumur hidup. Pada kasus skizofrenia yang berat, hal ini tercermin dari ketidakmampuan individu dalam menghadapi berbagai permasalahan. Gangguan pada identitas diri, kesulitan dalam membentuk citra diri yang sehat, serta ketidakmampuan dalam mengendalikan diri juga merupakan aspek penting dalam penjelasan teori ini.

### 3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor lingkungan dan sosiokultural menunjukkan bahwa individu dari kelompok sosial ekonomi rendah cenderung lebih banyak mengalami gejala skizofrenia dibandingkan mereka yang berasal dari kelas sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kondisi ini berkaitan dengan berbagai aspek seperti kemiskinan, lingkungan tempat tinggal yang padat, asupan gizi yang kurang, kurangnya perawatan selama kehamilan, keterbatasan sumber daya untuk mengatasi stres, serta munculnya perasaan putus asa.

### B. Faktor Presipitasi

Adapun faktor presipitasi dari penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

#### 1) Biologis

Stresor biologis yang berkaitan dengan respons neurobiologis yang maladaptif mencakup gangguan dalam sistem komunikasi dan mekanisme umpan balik di otak yang berperan dalam pengolahan informasi. Selain itu, terdapat kelainan pada mekanisme pintu masuk di otak yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk merespons rangsangan secara selektif.

## 2) Lingkungan

Tingkat toleransi terhadap stres yang ditentukan oleh faktor biologis akan berinteraksi dengan tekanan dari lingkungan, dan kombinasi keduanya berperan dalam menentukan terjadinya gangguan mental.

## 3) Pemicu Gejala

Pemicu adalah faktor pendahulu atau rangsangan yang sering kali menyebabkan kambuhnya suatu penyakit. Biasanya, pemicu ini berkaitan dengan respons neurobiologis yang maladaptif yang berhubungan dengan aspek kesehatan, lingkungan, maupun sikap dan perilaku individu.

## 3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Tanda dan gejala-gejala skizofrenia menurut Mashudi (2021) dapat dibagi dalam dua kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif sebagai berikut :

### a. Gejala Positif

Gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

#### 1) Delusi atau waham

Suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.

## 2) Halusinasi

Pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus) seperti pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikian itu.

## 3) Kekacauan alam pikir

Dapat dilihat dari isi pembicaraannya seperti bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

## 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.

## 5) Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya

## 6) Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecuringaan atau seakan akan ada ancaman terhadap dirinya.

### b. Gejala Negatif

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat.

Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

- 1) Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi
- 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*)
- 3) Kontak emosional amat miskin, sukar diajak bicara, pendiam
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial

- 5) Sulit dalam berpikir abstrak
- 6) Pola pikir stereotip

#### **4. Klasifikasi Skizofrenia**

Menurut Putri & Maharani (2022) skizofrenia dapat di bedakan menjadi beberapa tipe sebagai berikut :

a. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik memiliki ciri yang khas yaitu gangguan psikomotor yang signifikan. Gangguan ini dapat berupa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, atau bahkan tanpa gerakan motorik, negativisme yang ekstrem, mutisme, gerakan volunter yang abnormal, ekolalia atau ekopraksia.

b. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid memiliki gejala utama yaitu waham dan halusinasi terhadap ketakutan tertentu. Hal ini sering kali membuat penderitanya memiliki kecurigaan pada orang-orang sekitar secara berlebihan sehingga sulit untuk mengendalikan emosi atau keinginannya.

c. Skizofrenia hebefrenik (tidak terorganisasi)

Skizofrenia hebefrenik menimbulkan gejala berupa afek datar, inkoherensi, asosiasi yang longgar, dan disorganisasi perilaku yang ekstrim.

d. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual ditandai dengan kondisi penderita yang mengalami setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, menarik diri, afek datar serta perilaku yang tidak teratur.

e. Skizofrenia tak terinci (tidak dapat dibedakan)

Skizofrenia tak terinci memiliki gejala-gejala skizofrenia campuran disertai dengan adanya gangguan pikiran, emosi dan perilaku.

## **5. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Suryani (2023) untuk menegakkan diagnosis skizofrenia, sejumlah pemeriksaan penunjang harus dilakukan pada pasien, antara lain:

### **a. Pemeriksaan psikologi**

- 1) Pemeriksaan psikiatri: pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan apakah seseorang mampu melakukan tugas-tugas tertentu dengan baik dan bersosialisasi dengan orang lain.
- 2) Pemeriksaan psikometri: pemeriksaan yang digunakan untuk menilai bakat, kepribadian, perilaku, dan bakat seseorang. Tujuan utama tes ini adalah untuk menentukan kecocokan seseorang untuk pekerjaan atau posisi tertentu. Tes psikometri melibatkan pengajuan pertanyaan-pertanyaan kepada peserta berupa kuesioner, menguji kepribadian dan melihat catatan akademik peserta.

### **b. Pemeriksaan tambahan lain jika diperlukan: darah rutin, fungsi hepar, faal ginjal, enzim hepar, *Elektrokardiografi (EKG)*, *Computerized Tomography (CT Scan)*, *Electroencephalogram (EEG)*.**

## **6. Penatalaksanaan Skizofrenia**

Penatalaksanaan atau pengobatan pada klien dengan skizofrenia menurut Mashudi (2021) adalah sebagai berikut :

### **a. Psikofarmaka**

Obat psikofarmaka digunakan untuk menangani gangguan fungsi neurotransmitter, sehingga gejala klinis dapat dikendalikan. Beberapa jenis obat ini

lebih efektif dalam mengatasi gejala negatif skizofrenia dibandingkan gejala positif, atau sebaliknya. Selain itu, ada pula obat yang lebih cepat memunculkan efek samping dan lain sebagainya. Beberapa contoh obat psikofarmaka yang beredar di Indonesia yang termasuk obat golongan generasi pertama yaitu *Chlorpromazine HCl*, *Trifluoperazine HCl*, *Thioridazine HCl*, dan *Haloperidol*. Yang termasuk golongan generasi kedua yaitu *Risperidone*, *Paliperidone*, *Clozapine*, *Quetiapine*, *Olanzapine*, dan *Aripiprazole*. Golongan obat anti-skizofrenia, baik generasi pertama (*typical*) maupun generasi kedua (*atypical*), dalam jangka panjang umumnya menyebabkan peningkatan berat badan. Obat dari golongan *typical* terutama efektif dalam mengatasi gejala positif skizofrenia, namun cenderung tidak memperbaiki gejala negatif. Pada pasien skizofrenia dengan dominasi gejala negatif, obat *typical* menunjukkan respon yang kurang optimal. Selain itu, obat *typical* juga kurang berkontribusi terhadap pemulihan fungsi kognitif pasien, dan sering menimbulkan efek samping berupa gejala ekstra piramidal (EPS).

*b. Elektro Convulsive Terapi (ECT)*

ECT baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terhadap skizofrenia simpleks efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi ECT, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

*c. Terapi Psikososial*

Terapi psikososial bertujuan untuk membantu penderita agar dapat kembali menyesuaikan diri dengan lingkungan sosialnya, mampu merawat diri sendiri, hidup mandiri, dan tidak bergantung pada orang lain, sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga maupun masyarakat. Selama menjalani terapi

psikososial penderita dianjurkan untuk tetap mengonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana halnya saat mengikuti psikoterapi.

## **B. Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Dengan Skizofrenia**

### **1. Definisi Risiko Perilaku Kekerasan**

Risiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang dapat melukai diri sendiri maupun orang lain baik secara fisik dan emosional ditandai dengan verbal yang kasar dan merusak lingkungan (Anisa et al., 2021). Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Pardede et al., 2020)

Risiko perilaku kekerasan merupakan respons emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat, dirasakan sebagai ancaman, seperti dihina dan ungkapan perasaan terhadap keadaan yang tidak menyenangkan, kecewa, keinginan tidak tercapai, dan tidak puas (Safitri et al., 2023). Risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seorang melakukan tindakan yang dapat membayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduhgelisah yang tak terkontrol (Fajariyah & Tresna, 2023).

### **2. Faktor Risiko**

Adapun beberapa faktor risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia adalah menurut (PPNI, 2016) :

- a. Pemikiran waham/delusi
- b. Curiga pada orang lain
- c. Halusinasi
- d. Berencana bunuh diri
- e. Disfungsi sistem keluarga
- f. Kerusakan kognitif
- g. Disorientasi atau konfusi
- h. Kerusakan kontrol impuls
- i. Persepsi pada lingkungan tidak akurat
- j. Alam perasaan depresi
- k. Riwayat kekerasan pada hewan
- l. Kelainan neurologis
- m. Lingkungan tidak teratur
- n. Penganiayaan atau pengabaian anak
- o. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
- p. Impulsif
- q. Ilusi

### **3. Kondisi klinis terkait**

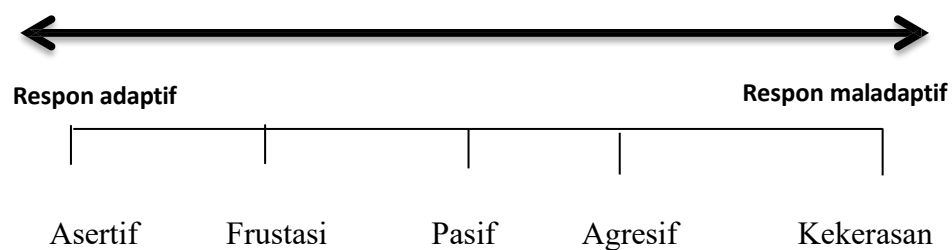
Menurut PPNI (2016) kondisi klinis pasien yang mengalami masalah risiko perilaku kekerasan yaitu :

- a. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
- b. Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer)
- c. Gangguan perilaku

- d. *Oppositional defiant disorder*
- e. Depresi
- f. Serangan panik
- g. Gangguan *Tourette*
- h. Delirium
- i. Demensia
- j. Gangguan amnestik
- k. Halusinasi
- l. Upaya bunuh diri
- m. Abnormalitas neurotransmitter otak

#### 4. Rentang respon

Rentang respon kemarahan atau perilaku kekerasan dapat berupa asertif, frustrasi, agresif, dan mengamuk



Sumber : (Yusuf *et al.*, 2015) Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa

Gambar 1 Rentang Respon Kemarahan atau Perilaku Kekerasan

Keterangan:

- a. Asertif : Mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa meyalahkan atau menyakiti orang lain, hal ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.
- b. Frustrasi : Respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan karena yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan.
- c. Pasif : Perilaku individu yang tidak mampu mengungkapkan perasaan marah

yang sekarang dialami dengan tujuan menghindari suatu tuntutan nyata

- d. Agresif : Hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan atau panik. Agresif memperlihatkan permusuhan, keras dan mengamuk, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai. Umumnya klien dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain
- e. Kekerasan dan Amuk : Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman, melukai pada tingkat yang ringan sampai pada yang paling berat. Klien tidak mampu mengendalikan diri.

## **5. Etiologi**

Proses terjadinya perilaku kekerasan dapat dijelaskan menggunakan konsep stress adaptasi stuart yang meliputi beberapa faktor (Wijisono, 2022) :

### **a. Faktor Predisposisi**

#### **1) Faktor biologis**

Dari beberapa faktor biologis terdapat faktor yang herediter yaitu dimana anggota keluarga salah satu dari mereka sering melakukan perilaku kekerasan, ataupun adanya keluarga yang mengalami gangguan jiwa, terdapat riwayat trauma kepala, dan adanya riwayat penggunaan obat-obatan terlarang seperti NAPZA.

#### **2) Faktor Psikologis**

Faktor psikologis yang dapat menimbulkan resiko perilaku kekerasan yaitu dari respon stimulus eksternal maupun internal dan dari lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi akibat dari ekspektasi individu untuk mewujudkan sesuatu yang mengalami kelambatan maupun sebuah kegagalan.

### 3) Faktor Sosiokultural

Faktor sosiokultural di timbulkan dari lingkungan sosial yang sangat mempengaruhi perilaku individu dalam menggambarkan maupun meluapkan kemarahannya.

#### b. Faktor Presipitasi

##### 1) Faktor Lingkungan

Faktor dari dalam individu yang meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang lain (putus cinta, perceraian, kematian) kehilangan kasih sayang, kekhawatiran terhadap penyakit fisik lainnya. Sedangkan faktor luar lingkungan meliputi serangan fisik, dalam lingkungannya yang kurang kondusif, dalam kritikan dan tindakan kekerasan.

## 6. Respon Perilaku Kekerasan

Respon umum fungsi adaptif (RUFA) pada perilaku kekerasan sebagai berikut:

**Tabel 1**  
**Respon Umum Fungsi Adaptif (RUFA)**

| Domain   | Intensif 1<br>1-10                                                                                                         | Intensif 2<br>11-20                                                                 | Intensif 3<br>21-30                                                   |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1        | 2                                                                                                                          | 3                                                                                   | 4                                                                     |
| Pikiran  | Orang lain atau makhluk lain mengancam (terus-menerus)                                                                     | Orang lain atau makhluk lain mengancam (seringkali)                                 | Orang lain atau makhluk lain mengancam (kadang-kadang)                |
| Perasaan | Marah dan jengkel terus-menerus                                                                                            | Marah dan jengkel seringkali                                                        | Kadang marah dan jengkel, sering tenang                               |
| Tindakan | Terus-menerus mengancam orang lain (verbal). Terus-menerus berusaha mencederai orang lain (fisik). Komunikasi sangat kacau | Hanya mengancam secara verbal. Tidak ada Tindakan kekerasan fisik. Komunikasi kacau | Kadang-kadang masih mengancam secara verbal. Komunikasi cukup koheren |

Sumber : (Mashudi, 2021) Buku Ajar Asuhan Keperawatan Skizofrenia

## **7. Penatalaksanaan**

Terdapat berbagai penatalaksanaan dalam perawatan pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan. Intervensi utama yang dapat dipilih adalah pencegahan perilaku kekerasan dan promosi koping (PPNI, 2018a). Dengan dilakukannya pencegahan perilaku kekerasan dan promosi koping tersebut, maka diharapkan masalah risiko perilaku kekerasan tidak terjadi dan kontrol diri meningkat dapat meningkat dengan kriteria hasil dan tujuan yang ingin dicapai seperti verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun, verbalisasi umpatan menurun, suara keras dan bicara ketus menurun (PPNI, 2018a). Selain secara umum tersebut tujuan dilakukan pencegahan perilaku kekerasan dan promosi koping pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan adalah pasien mampu meningkatkan kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran, dan perilaku dalam menghadapi masalah (Yusuf et al., 2015).

Intervensi keperawatan jiwa non farmakologis juga dapat membantu meningkatkan keberhasilan dalam pencegahan perilaku kekerasan. Pemberian terapi yang dapat diberikan untuk membantu penanganan pasien skizofrenia dengan masalah risiko perilaku kekerasan adalah terapi relaksasi napas dalam dan memukul bantal dengan memasukkan terapi tersebut ke jadwal kegiatan harian pasien (Ardika et al., 2020). Terapi untuk mengontrol perilaku kekerasan, salah satunya terapi perilaku yaitu teknik relaksasi dengan mengatur mekanisme atau aktifitas pernafasan atau otot dilakukan dengan tempo atau irama intensitas yang lebih lambat. Keteraturan dalam bernafas khususnya dengan irama yang tepat menyebabkan badan menjadi rileks sehingga otot makin lentur dalam menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku. Pemberian teknik

relaksasi napas dalam yang diintegrasikan ke dalam asuhan keperawatan terbukti dapat mengendalikan dan mengurangi emosi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan (Nasar et al., 2023). Cara lain untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan dikarenakan status emosi pasien dapat dilakukan dengan menyalurkan energi yang konstruktif dengan cara fisik, salah satunya adalah teknik memukul bantal (Nay & Avelina, 2024). Teknik memukul bantal bertujuan untuk meluapkan perasaan marahnya dengan mengalihkan sebuah objek dengan sebuah benda seperti bantal dan mengalihkan apa yang pasien rasakan dengan perumpamaan, hal ini supaya tidak terjadi adanya resiko mencederai pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar (Fajariyah & Tresna, 2023).

### **C. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia**

#### **1. Pengumpulan Data**

##### **a. Pengkajian keperawatan**

##### **1) Identitas pasien**

Identitas pasien, yaitu informasi yang mencakup nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosis medis.

##### **2) Alasan masuk**

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

### 3) Faktor predisposisi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit. Pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga pasien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Biasanya gejala sisa timbul merupakan akibat trauma yang dialami pasien berupa penganiayaan fisik, kekerasan di dalam keluarga atau lingkungan, tindakan kriminal yang pernah disaksikan, dialami ataupun melakukan kekerasan tersebut.

### 4) Pemeriksaan fisik

Biasanya saat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah meningkat, nadi cepat, pernafasan akan cepat ketika pasien marah, mata merah, mata melotot, pandangan mata tajam, otot tegang, suara tinggi, nada yang mengancam, kasar dan kata-kata kotor, tangan menggepal, rahang mengatup serta postur tubuh yang kaku.

### 5) Psikososial

#### a) Genogram

Pengkajian genogram minimal 3 generasi, Pengkajian genogram akan menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga, masalah-masalah yang berhubungan dengan komunikasi, riwayat kesehatan yang diturunkan atau menular, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

#### b) Konsep diri

Kurangnya kontrol emosi pada klien dapat mempengaruhi konsep diri klien dan biasanya ada beberapa anggota tubuh yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisi tersebut.

**Masalah Keperawatan :**

c) Hubungan Sosial

Pasien dengan resiko perilaku kekerasan cenderung berperilaku menarik diri dari orang lain, lebih senang melamun dan menyendiri, sedikit bicara dan sedikit makna.

**Masalah Keperawatan :**

d) Spiritual

Kemauan untuk melakukan aktivitas spiritual sesuai keyakinan biasanya menurun bahkan hampir tidak pernah lagi melakukan kegiatan beribadah.

**Masalah keperawatan :**

6) Status mental

a) Penampilan diri

Pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan biasanya terlihat lesu, penampilan tidak terawat, kotor, rambut acak acakan. Hal tersebut timbul karena menurunnya kemauan klien untuk melakukan perawatan diri.

b) Pembicaraan

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

c) Aktivitas motorik

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

d) Afek emosi

Pasien biasanya mudah tersinggung, dan sering marah-marah tanpa sebab, pasien cenderung memiliki emosi yang dangkal.

e) Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan resiko perilaku kekerasan akan tampak memiliki ekspresi seperti curiga, bermusuhan, tidak kooperatif, tidak mau menatap dan mudah tersinggung.

f) Persepsi

Biasanya klien dengan resiko perilaku kekerasan masih bisa menjawab pertanyaan dengan jelas.

g) Proses berfikir

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

**Masalah keperawatan :**

7) Kebutuhan Perencanaan Pulang

a) Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan

Menanyakan apakah pasien telah mampu atau tidak mampu dalam memenuhi kebutuhannya sendiri.

b) Kegiatan hidup sehari-hari

Pengkajian ini meliputi kebutuhan akan perawatan diri seperti mandi, ganti pakaian dan kebutuhan tidur. Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya mengalami masalah tidur yang tidak berkualitas karena gelisah dan cemas.

c) Sistem Pendukung

Sistem pendukung pasien didapatkan dari keluarga dan sekitarnya. Banyak pasien dengan halusinasi tidak memiliki dukungan dari keluarga dan orang sekitarnya

d) Kemampuan kegiatan produktif/hobi/saat bekerja dan kemampuan lainnya

Pasien yang telah diberikan pelatihan ketrampilan di rumah sakit di ruang rehabilitasi dapat menikmati kegiatannya, sehingga lebih produktif, pandangan tidak kosong dan dapat mengalihkan dari perilaku kekerasan yang muncul karena konsentrasi pada kegiatannya.

e) Mekanisme koping

Pasien memiliki kecenderungan berperilaku maladaptif seperti keinginan mencederai diri sendiri dan orang lain, pasien merasa malas untuk melakukan kegiatan atau aktivitas, berusaha mengalihkan tanggung jawabnya kepada orang lain dan menikmati stimulus internal.

f) Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien biasanya mengalami masalah di masa lalu yang menyebabkan pasien menarik diri dari masyarakat sekitarnya.

g) Aspek pengetahuan

Pasien biasanya tidak banyak mengetahui tentang penyakitnya karena merasa tidak ada yang sakit di tubuhnya atau tidak merasa dalam tekanan.

## **2. Daftar Masalah**

## **3. Pohon Masalah**

### **b. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang

berlangsung aktual maupun potensial (Hasan & Mulyanto, 2022). Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Baringbing, 2023). Diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI terdiri dari dua komponen utama yaitu masalah (problem) dan indikator diagnosis meliputi penyebab (*etiologi*), tanda (*sign*), gejala (*symptom*) dan faktor risiko.

Diagnosis keperawatan terbagi menjadi dua jenis yaitu, diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif adalah diagnosis yang menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit (aktual) atau beresiko mengalami sakit (risiko). Diagnosis positif adalah diagnosis yang menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang optimal. Diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan termasuk ke diagnosis negatif yang tidak memiliki tanda dan gejala akan tetapi memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan (PPNI, 2016).

Faktor risiko pada risiko perilaku kekerasan yaitu, pemikiran waham atau delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, disfungsi 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 dan penganiayaan atau pengabaian anak, riwayat atau ancaman kekerasan pada diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain (PPNI, 2016).

### **c. Intervensi keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan masalah,

rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Widuri, 2023). Standar luaran (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan (PPNI, 2018a).

Tujuan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan adalah :

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan
- c. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang dilakukannya
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
- e. Pasien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasannya
- f. Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial dan dengan terapi psikofarmaka.

**Tabel 2**  
**Intervensi Keperawatan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan**  
**Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan**  
**Indonesia (SIKI) pada Pasien Skizofrenia dengan**  
**Risiko Perilaku Kekerasan**

| No | Diagnosis Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tujuan dan Kriteria Hasil                                                                                                                                                                                         | Intervensi Keperawatan                                                                                                                    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3                                                                                                                                                                                                                 | 4                                                                                                                                         |
|    | <b>Risiko perilaku kekerasan</b><br><b>dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain</b><br><b>Definisi</b><br>Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau pada diri sendiri atau orang lain<br><b>Faktor Risiko</b> | Setelah dilakukan 6 kali pertemuan dalam 15 menit maka diharapkan Kontrol Diri meningkat dengan kriteria hasil :<br>1. Hubungan saling percaya terbina<br>2. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku | <b>Pencegahan Perilaku Kekerasan</b><br><b>Observasi</b><br>1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) |

|                                                                                                             |                                                                                                             |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Pemikiran waham/delusi                                                                                   | kekerasan tercapai                                                                                          | 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung                                |
| 2. Curiga pada orang lain                                                                                   | 3. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang dilakukannya tercapai                                          | 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur)        |
| 3. Halusinasi                                                                                               | 4. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya tercapai                                    | <b>Terapeutik</b>                                                                     |
| 4. Berencana bunuh diri                                                                                     | 5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasannya tercapai                                               | 1. Memberikan inovasi terapi relaksasi napas dalam dan memukul bantal                 |
| 5. Disfungsi sistem keluarga                                                                                | 6. Mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial dan dengan terapi psikofarmaka tercapai | <b>Edukasi</b>                                                                        |
| 6. Kerusakan kognitif                                                                                       |                                                                                                             | 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin                              |
| 7. Disorientasi atau konfusi                                                                                |                                                                                                             | 2. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien                |
| 8. Kerusakan kontrol impuls                                                                                 |                                                                                                             | 3. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif                                   |
| 9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat                                                                    |                                                                                                             | 4. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita) |
| 10. Alam perasaan depresi                                                                                   |                                                                                                             | <b>Supportif</b>                                                                      |
| 11. Riwayat kekerasan pada hewan                                                                            |                                                                                                             | 1. Libatkan keluarga dalam perawatan                                                  |
| 12. Kelainan neurologis                                                                                     |                                                                                                             |                                                                                       |
| 13. Lingkungan tidak teratur                                                                                |                                                                                                             |                                                                                       |
| 14. Penganiayaan atau pengabaian anak                                                                       |                                                                                                             |                                                                                       |
| 15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain |                                                                                                             |                                                                                       |
| 16. Impulsif                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                       |
| 17. Ilusi                                                                                                   |                                                                                                             |                                                                                       |
| <b>Kondisi klinis terkait</b>                                                                               |                                                                                                             |                                                                                       |
| 1. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual                                                              |                                                                                                             |                                                                                       |
| 2. Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer)                                                           |                                                                                                             |                                                                                       |
| 3. Gangguan perilaku                                                                                        |                                                                                                             |                                                                                       |
| 4. <i>Oppositional defiant disorder</i>                                                                     |                                                                                                             |                                                                                       |
| 5. Depresi                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                       |
| 6. Serangan panik                                                                                           |                                                                                                             |                                                                                       |
| 7. Gangguan <i>Tourette</i>                                                                                 |                                                                                                             |                                                                                       |
| 8. Delirium                                                                                                 |                                                                                                             |                                                                                       |
| 9. Demensia                                                                                                 |                                                                                                             |                                                                                       |
| 10. Gangguan amnestik                                                                                       |                                                                                                             |                                                                                       |
| 11. Halusinasi                                                                                              |                                                                                                             |                                                                                       |
| 12. Upaya bunuh diri                                                                                        |                                                                                                             |                                                                                       |
| 13. Abnormalitas neurotransmitter otak                                                                      |                                                                                                             |                                                                                       |

---

Sumber : (PPNI SDKI, 2017), (PPNI SLKI, 2018a), dan (PPNI SIKI, 2018b)

---

#### d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Widuri, 2023). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di

rencanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih di butuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien pada saat ini (PPNI, 2018a).

**Tabel 3**  
**Implementasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan**

| <b>Waktu</b> | <b>Diagnosis Keperawatan</b> | <b>Implementasi</b> | <b>Respon</b> | <b>Tanda Tangan (Nama Terang)</b> |
|--------------|------------------------------|---------------------|---------------|-----------------------------------|
|--------------|------------------------------|---------------------|---------------|-----------------------------------|

#### **e. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Widuri, 2023). Evaluasi keperawatan dilakukan dengan mengacu pada teori komponen SOAP yaitu, S (Subjektif) merupakan keluhan yang masih dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan diberikan, O (Objektif) merupakan data yang diperoleh dari hasil pengukuran atau observasi langsung oleh perawat setelah pemberian tindakan keperawatan, A (Analisa ulang) merupakan penafsiran terhadap data subjektif dan objektif untuk menilai apakah tujuan intervensi keperawatan telah tercapai, tercapai sebagian, atau tidak tercapai dan P

(Perencanaan) merujuk pada keputusan apakah rencana keperawatan akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan berdasarkan hasil evaluasi sebelumnya (PPNI, 2018b).

**Tabel 4**  
**Evaluasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan**

| <b>Waktu</b> | <b>Diagnosis Keperawatan</b> | <b>Evaluasi</b> | <b>Tanda Tangan (Nama Terang)</b> |
|--------------|------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| <b>1</b>     | <b>2</b>                     | <b>3</b>        | <b>4</b>                          |

#### **D. Konsep Relaksasi Napas Dalam dan Memukul Bantal**

##### **1. Definisi relaksasi napas dalam dan memukul bantal**

Terapi relaksasi napas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik napas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Susanto et al., 2024). Pada pasien perilaku kekerasan, terapi relaksasi napas dalam dapat merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin. Dilepaskannya hormon endorphen dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, mencegah penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan, dan kreativitas (Wardiyah et al., 2022).

Teknik relaksasi napas dalam dilakukan dengan mengatur mekanisme atau aktifitas pernafasan atau otot dilakukan dengan tempo atau irama intensitas yang

lebih lambat. Keteraturan dalam bernafas khususnya dengan irama yang tepat menyebabkan badan menjadi rileks sehingga otot makin lentur dalam menerima situasi yang merangsang luapan emosi (Nasar et al., 2023). Terapi relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan efek yang menenangkan fisik tetapi juga menenangkan pikiran, oleh karena itu beberapa terapi relaksasi seperti nafas dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi, dan depresi (Wardiyah et al., 2022).

Terapi pukul bantal merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan pada gangguan jiwa. Teknik memukul bantal merupakan teknik untuk meluapkan energi marah secara konstruktif agar perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif. Teknik ini biasanya digunakan pada pasien yang memiliki perilaku kekerasan, dan digunakan pada saat pasien mengalami peningkatan status emosi (marah). Adapun cara teknik memukul bantal dengan tahap pertama dengan posisi duduk, kedua bantal diletakkan di pangkuan, ketiga tarik napas dalam, tahan kemudian di tahan sejenak, tangan mengepal dan pukulkan ke arah bantal sekencang-kencangnya. Dengan terapi memukul bantal, pasien dapat melepaskan ketegangan dan energi negatif dengan cara yang sehat, yang pada akhirnya dapat membantu mereka mengontrol marah dengan lebih baik dan mencegah potensi bahaya terhadap diri sendiri dan orang lain (Amelia, 2024).

## **2. Tujuan terapi relaksasi napas dalam dan memukul bantal**

Relaksasi nafas dalam bertujuan untuk merelaksasikan ketegangan otot tubuh dengan cara mengatur pola napas sehingga dapat mengurangi dan mengontrol emosi klien, dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik

stress fisik maupun emosional, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi (Pertiwi et al., 2023).

Melatih pasien memukul bantal bertujuan untuk meluapkan perasaan marahnya dengan mengalihkan objek pada sebuah benda atau dalam hal ini bantal, memukul bantal bertujuan untuk mengalihkan apa yang pasien rasakan dengan perumpamaan, agar energi yang dialami oleh klien dapat tersalurkan dengan baik sehingga tidak terjadi adanya risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitarnya (Nay & Avelina, 2024).

### **3. Prosedur tindakan terapi relaksasi napas dalam dan memukul bantal**

#### **a. Persiapan**

- 1) Ruang atau tempat yang nyaman
- 2) 1 buah bantal

#### **b. Prosedur tindakan**

##### **1) Tahap pra interaksi**

- a) Melakukan kontrak waktu dengan klien
- b) Mempersiapkan alat dan tempat kegiatan

##### **2) Tahap orientasi**

- a) Memberikan salam terapeutik
- b) Validasi kondisi klien
- c) Menjaga privasi klien
- d) Menjelaskan terapi, tujuan, waktu pelaksanaan, dan prosedur yang akan dilakukan kepada klien

3) Tahap kerja

- a) Mengatur posisi klien dengan posisi duduk agar klien rileks, nyaman dan anjurkan untuk memejamkan mata
- b) Instruksikan klien untuk tarik nafas sedalam-dalamnya melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara
- c) Instruksikan klien untuk menahan napas selama 2- 3 detik.
- d) Instruksikan klien untuk mengembuskan napas secara perlahan melalui mulut, pada waktu yang bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatian pada sensasi rileks yang dirasakan.
- e) Instruksikan klien untuk meletakkan bantal dipangkuan klien agar saat klien menyalurkan energi marahnya, lebih mudah dan terarah untuk klien memukulnya
- f) Instruksikan klien untuk mengepalkan tangannya dan memukul ke arah bantal dengan tenaga yang kuat sambil meluapkan emosinya dengan berteriak yang keras
- g) Instruksikan klien untuk membereskan bantal kembali

4) Tahap terminasi

- a. Evaluasi hasil kegiatan
  - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti kegiatan tersebut
  - 2) Memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam mengikuti kegiatan tersebut
- b. Rencana tindak lanjut
  - 1) Menganjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari jika stimulus penyebab perilaku kekerasan muncul

- 2) Mengajarkan klien melatih secara teratur kegiatan yang telah dipelajari
- 3) Memasukkan kegiatan yang telah dipelajari ke dalam jadwal kegiatan harian klien
- c. Melakukan kontrak pada pertemuan berikutnya
  - 1) Menyepakati kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan selanjutnya yaitu mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya
  - 2) Menyepakati waktu dan tempat kegiatan
- 5) Dokumentasi
  - a. Catat respon dan hasil kegiatan klien di dalam catatan lembar observasi klien