

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Skizofrenia

1. Definisi skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang dapat mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi emosional dan tingkah laku serta dapat mempengaruhi fungsi normal kognitif (Depkes RI, 2020). Skizofrenia adalah diagnosa medis dari gangguan kejiwaan yang paling umum ditemukan serta merupakan bagian dari gangguan kejiwaan yang berat. Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis dan kronis atau proses penyakit yang mempengaruhi kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial, baik secara individu, keluarga dan komunitas (Stuart, 2013).

Skizofrenia lebih tepat dianggap sebagai suatu sindrom atau suatu proses penyakit dengan macam-macam variasi dan gejala serta menimbulkan distorsi pikiran sehingga pikiran itu menjadi sangat aneh (bizar), juga distorsi persepsi, emosi dan tingkah laku (Baradero Mary, 2018). Skizofrenia biasanya dikenali dan didiagnosis pada masa remaja, masa dewasa muda dan jarang sekali gejala skizofrenia timbul pada masa kanak-kanak. Onset Puncaknya adalah umur 15-20 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita (Mashudi, 2021)

2. Klasifikasi skizofrenia

Menurut Azizah *et al*, (2016) jenis-jenis skizofrenia terdiri dari:

a. Skizofrenia Simpleks

Penderita sering timbul pertama kali pada saat anak menginjak pada masa pubertas, gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir susah ditemukan, waham dan halusinasi jarang ditemukan.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaanya perlahan-lahan/ sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara usia 15-25 tahun gejala yang menyolok ialah gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi/double personality. Juga mengalami gangguan psikomotor seperti mannerism/ perilaku kekanakan sering terdapat pada hebefrenik, waham dan halusinasi.

c. Schizoprenia Katatonik

Timbul pertama kali pada usia 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului dengan stress emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik/stupor katatonik

d. Schizoprenia Paranoid

Gejala yang paling mencolok pada pasien dengan skizofrenia paranoid adalah waham primer dengan waham sekunder dan halusinasi. Kepribadian penderita yang belum sakit sering digolongkan dengan skizoid. Penderita mudah tersinggung, suka menyendiri dan kurang percaya diri pada orang lain.

e. Episode Schizophrenia Akut

Kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.

f. Skizofrenia skizoafektif

Gejala- gejala skizofrenia dapat menonjol secara bersamaan juga dengan gejala-gejala depresi (skizo-depresi) atau skizo-manik. Dimana jenis skizofrenia ini cenderung dapat sembuh tanpa efek tetapi mungkin juga dapat kambuh kembali.

g. Skizofrenia residual

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

h. Skizofrenia sederhana

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

i. Skizofrenia tidak spesifik

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

3. Etiologi skizofrenia

Penyebab skizofrenia disebabkan oleh 2 faktor (Videbeck, 2020) yaitu :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Faktor genetik

Faktor genetik adalah faktor 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.

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (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 yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia

c) 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

2) Faktor psikologis

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

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

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

b. Faktor presipitasi

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif 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

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

4. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Marry baradero, (2018) tanda dan gejala skizofrenia dibagi menjadi dua kategori besar yaitu gejala positif (*hard symptoms*) dan gejala negatif (*soft symptoms*). Berikut adalah kategori gejala skizofrenia yaitu:

a. Gejala positif (*hard symptoms*)

Gejala positif merupakan gejala yang dapat dikendalikan dengan obat-obatan serta gejala yang lazim ditemukan seperti delusi, halusinasi, kekacauan yang mencolok dalam berfikir, berbicara dan tingkah laku (Baradero Mary, 2018). Di bawah ini adalah gejala positif pada pasien skizofrenia yaitu:

- 1) Ambivalen: mempunyai 2 keyakinan atau kepercayaan yang berlawanan tentang seseorang yang sama, suatu kejadian, atau suatu situasi. Dia mempunyai perasaan atau pikiran yang bertentangan.
- 2) *Associative loosen*: pikiran atau ide yang terpisah-pisah dan tidak ada hubungan satu dengan yang lain.
- 3) Delusi: keyakinan yang tidak benar, tidak berubah (*fixed*), dan tidak berdasarkan pada kenyataan atau realitas.

- 4) *Echopraxia*: meniru gerakan atau gerak-gerik dari orang yang sedang diamatinya.
- 5) *Flight of idea*: klien mengungkapkan kata-kata terus menerus atau meloncat-loncat dari topik yang satu ke topik lainnya.
- 6) Halusinasi: persepsi sensori yang tidak benar dan tidak berdasarkan pada realitas.
- 7) *Ideas of reference*: pikiran yang tidak benar bahwa kejadian *eksternal* membawa arti yang khusus untuk dirinya.
- 8) Perseverasi: memegang teguh suatu ide atau suatu topik dan mengulang-ulang suatu kalimat atau suatu kata serta menolak usaha untuk mengubah topik.

b. Gejala negatif (*soft symptoms*)

Gejala negative merupakan gejala terus bertahan sekalipun gejala positif sudah berkurang, biasanya menjadi penghalang dalam penyembuhan dan kemampuan maksimal untuk melaksanakan fungsinya sehari-hari, sedangkan gejala lazim terjadi yaitu afek datar (emosi atau mood tidak nampak pada wajah), tidak nyaman dengan orang lain, menarik diri, tidak ada kemauan atau ambisi serta dorongan dalam menyelesaikan suatu pekerjaan (Baradero Mary, 2018). Di bawah ini adalah gejala negatif pada pasien skizofrenia yaitu:

- 1) Alogia: cenderung bicara sangat sedikit, pembicaraan tidak berarti atau tidak berisi.
- 2) Anhedonia: tidak merasakan kegembiraan atau kesenangan dalam hidupnya, dengan relasinya maupun dengan kegiatannya.
- 3) Apatis: tidak peduli pada orang lain, kejadian atau kegiatannya.

- 4) Katatonia: imobilitas yang ditimbulkannya secara psikologis ketika klien tidak bergerak, kaku seperti dalam keadaan setengah sadar (*trance*).
- 5) Afek datar: tidak ada ekspresi wajah yang dapat menunjukkan emosi, perasaan, atau *moodnya*.
- 6) Keengganan: tidak ada kemauan, atau ambisi, atau dorongan untuk menyelesaikan atau melakukan sesuatu.

5. Pemeriksaan penunjang skizofrenia

Menurut Townsend, (2018) 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.

6. Penatalaksanaan medis skizofrenia

Menurut Maramis, (2018) penatalaksanaan pada klien skizofrenia pada pasien risiko perilaku kekerasan bisa dikendalikan dengan cara medis dan non medis.

a. Terapi medis

1) Psikofarma

Psikofarmaka adalah terapi dengan menggunakan obat-obatan dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gangguan kejiwaan. Pada dasarnya semua obat anti psikosis mempunyai efek primer (efek klinis) yang sama pada dosis ekuivalen, perbedaan utama pada efek sekunder (efek samping : sedasi, otonomik, ekstrapiramidal). Pada terapi medis yang bisa diberikan seperti obat antipsikotik yaitu *Chlorpoazine (CPZ)*, *Risperidon (RSP)* *Haloperidol (HLP)*, *Clozapin* dan *Trifluoerazine (TFP)* (Estika, 2021).

b. Non medis

1) Psikoterapi

Psikoterapi diberikan dalam terapi modalitas dengan tujuan untuk mengubah perilaku pasien dan perilaku yang mal-adaptif menjadi perilaku yang adaptif. Terapi modalitas keperawatan jiwa dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap pasien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan pasien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi. Selain psikoterapi, terapi non medis lain yang bisa di berikan yaitu terapi generalis yang bertujuan untuk mengenalkan masalah perilaku kekerasan dan mengajarkan pengendalian amarah dengan terapi yang dapat diberikan seperti nafas dalam, memukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi secara verbal dengan baik, spiritual dan terapi aktivitas kelompok (Estika, 2021).

B. Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien dengan Skizofrenia

1. Pengertian risiko perilaku kekerasan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) risiko perilaku kekerasan (D.0146) adalah perilaku berisiko yang dapat membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri dan orang lain. Menurut Keliat *et al*, (2019) risiko perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi verbal, fisik dan lingkungan. Perilaku kekerasan secara verbal sebagai suatu bentuk perilaku atau aksi agresif yang diungkapkan untuk menyakiti orang lain, dapat berbentuk umpatan, kata-kata yang kotor serta ejekan dan ancaman melalui kata-kata, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus. Perilaku kekerasan secara fisik dapat ditunjukkan dalam bentuk memukul, menendang, mengancam orang lain dengan senjata, dan menyerang orang lain (Widjanarko, 2017).

Maka dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku atau aksi agresif yang dapat merubah kendali dalam diri seseorang dan biasanya diarahkan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan dan diungkapkan melalui kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk verbal dan fisik seperti ungkapan verbal berupa umpatan, kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras kasar dan secara fisik dalam bentuk memukul, menendang, mengancam orang lain dengan senjata dan menyerang orang lain.

2. Faktor risiko perilaku kekerasan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) faktor risiko penyebab dari masalah risiko perilaku kekerasan yaitu:

- a. Pemikiran waham/delusi, seperti kesulitan untuk membedakan mana hal yang bersifat kenyataan dan mana yang merupakan imajinasi.

- b. Curiga pada orang lain, seperti selalu berprasangka buruk dengan orang lain.
- c. Halusinasi, contohnya bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu yang tidak nyata.
- d. Berencana bunuh diri.
- e. Disfungsi sistem keluarga, contohnya yaitu keluarga yang belum bisa menjalankan fungsi-fungsi keluarga dengan baik.
- f. Kerusakan kognitif, contohnya seseorang yang memiliki kesulitan dengan ingatan, persepsi dan belajar.
- g. Disorientasi atau konfusi, contohnya seseorang yang bingung dengan lingkungan dan identitasnya sendiri.
- h. Kerusakan kontrol impuls, contohnya sulit mengendalikan impuls agresif atau antisosial.
- 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 merusak barang (*destruksi property*) orang lain.
- p. Impulsif, contohnya ketika seseorang melakukan tindakan tanpa memikirkan akibat dari apa yang dilakukannya.
- q. Ilusi, contohnya seseorang yang memiliki khayalan, angan-angan dan pengamatan yang tidak sesuai dengan pengindraan, serta tidak dapat dipercaya.

3. Kondisi klinis terkait

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) kondisi klinis dari masalah keperawatan 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 amnestic
 - k. Halusinasi
 - l. Upaya bunuh diri
 - m. Abnormalitas neurotransmitter otak.
4. Penatalaksanaan risiko perilaku kekerasan berdasarkan inovasi intervensi dengan pemberian terapi *assertiveness training* (AT)

Intervensi yang diberikan pada pasien dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), adalah :

- a. Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)

Observasi

- 1) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali)
- 2) Monitor keamanan barang yang dibawa pengunjung

- 3) Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur)

Terapeutik

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

Edukasi

- 1) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita)
- 2) Latih perilaku asertif atau *assertiveness training* (mis. membuat permintaan, mengucapkan tidak untuk permintaan yang tidak bisa dipenuhi, serta mulai dan menutup percakapan).

b. Pemberian terapi *assertiveness training* (AT)

- 1) Pengertian *assertiveness training* (AT)

Menurut Wahyuningsih *et al*, (2019) *assertiveness training* (AT) adalah suatu terapi spesialis yang bertujuan untuk melatih kemampuan komunikasi interpersonal seseorang dengan gangguan kejiwaan dalam berbagai situasi yang di alami. Assertive training merupakan pelatihan keterampilan sosial berupa kemampuan untuk menolak permintaan, mengekspresikan perasaan positif dan negatif, berinisiatif, mengajak, mengakhiri pembicaraan, membuat permintaan pribadi tanpa menderita karena terlalu stress, yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan asertif dalam mengkomunikasikan pikiran dan perasaan (Rozani, 2019).

Assertiveness training (AT) merupakan suatu terapi untuk melatih seseorang mencapai perilaku asertif agar individu mampu untuk mengungkapkan perasaan, sikap dan hak tanpa adanya perasaan cemas, sehingga terapi ini dapat diberikan pada kondisi individu tertekan, manipulative, agresif, keadaan depresi, marah, frustrasi, kecemasan dan keterbatasan masalah hubungan sosial (Wahyuningsih *et al*, 2019). Maka dari itu pemberian *assertiveness training* berpengaruh dalam menurunkan perilaku agresif terhadap seseorang dengan gangguan kejiwaan risiko perilaku kekerasan.

2) Tujuan *assertiveness training* (AT)

Assertive training suatu prosedur latihan yang diberikan untuk membantu peningkatan kemampuan mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan dan dipikirkan pada orang lain namun tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan orang lain dan membantu individu-individu dalam mengembangkan cara-cara berhubungan yang lebih langsung dalam situasi-situasi interpersonal (Rahayu, 2019). Setiap intervensi inovasi yang diberikan salah satunya yaitu *assertiveness training* tentu memiliki tujuan bagi seseorang yang menggunakannya. Teknik *assertiveness training* (AT) biasanya digunakan pada pasien tidak mampu mengungkapkan kemarahan atau perasaan tersinggung, menunjukkan kesopanan secara berlebihan dan selalu mendorong orang lain untuk mendahuluinya, memiliki kesulitan untuk mengatakan tidak, mengalami kesulitan mengungkapkan afeksi dan respon positif lainnya, merasa tidak memiliki hak untuk memiliki perasaan dan pikiran sendiri.

Menurut Sri Rahayu, (2019) tujuan *assertive training* adalah melatih individu mengungkapkan dirinya, mengemukakan apa yang dirasakan dan menyesuaikan diri

dalam berinteraksi tanpa adanya rasa cemas karena setiap individu mempunyai hak untuk mengungkapkan perasaan, pendapat, apa yang diyakini serta sikapnya terhadap orang lain dengan tetap menghormati dan menghargai orang lain. Dengan demikian individu dapat menghindari terjadinya kesalahpahaman dalam berkomunikasi.

3) Langkah-langkah terapi *assertiveness training* (AT)

Latihan asertif menggunakan prosedur-prosedur bermain peran . Kecakapan-kecakapan bergaul yang baru akan diperoleh sehingga individu-individu diharapkan mampu belajar untuk mengungkapkan perasaan-perasaan dan pikiran-pikiran mereka secara lebih terbuka (Purwaningsih, 2021).

Adapun langkah-langkah dalam strategi latihan asertif adalah sebagai berikut:

- a) Peneliti berkoordinasi dengan perawat bidang jiwa puskesmas sukawati I untuk menentukan sasaran yang akan dilakukan terapi inovasi *assertiveness training*.
- b) Menyiapkan jadwal pelaksanaan dan materi yang dibutuhkan dalam pemberian terapi inovasi *assertiveness training*.
- c) Melakukan identifikasi masalah yang dihadapi pasien untuk mengetahui perilaku asertif pasien baik atau tidak.
- d) Melakukan observasi dan mengenali apa yang menghalangi kemampuan asertif pasien.
- e) Memberikan penjelasan tentang teknik terapi *assertiveness training* dan tujuan pemberian latihan asertif kepada pasien dan keluarga.
- f) Menyiapkan tindakan yang akan dilaksanakan dalam tiap-tiap langkah terapi asertif training yaitu:

- (1) Kemampuan untuk membuka diri, bersikap dan berkata jujur, menghargai lawan bicara, bertanggung jawab atas perkataan dan pemikiran yang disampaikan.
- (2) Kemampuan untuk merasakan apa yang dirasakan orang lain tanpa kehilangan identitas diri dan mengekspresikan empati secara tepat.
- (3) Kemampuan untuk mengurangi rasa cemas, takut dan perasaan yang tidak nyaman dalam berinteraksi serta kemampuan untuk menangani reaksi negative ketika menanggapi kritik orang lain.
- (4) Kemampuan dalam berkomunikasi dengan mengungkapkan hak-hak diri sendiri tanpa mengabaikan perasaan dan hak orang lain.
- (5) Kemampuan menerima lawan bicara secara penuh dan menunjukkan sikap positif terhadap lawan bicara

4) Kelebihan *Assertiveness Training* (AT)

Kelebihan pelatihan *Assertiveness Training* (AT) menurut Purwaningsih, (2021) diantaranya yaitu:

- a) Pelaksanaannya yang cukup mudah.
- b) Penerapannya dikombinasikan dengan beberapa pelatihan seperti relaksasi, ketika individu lelah dan jenuh ketika berlatih, kita dapat melakukan relaksasi supaya menyegarkan individu kembali. Pelatihannya juga bisa menggunakan teknik modeling, misalnya konselor mencontohkan sikap asertif langsung dihadapan konseli. Selain itu juga dapat dilakukan melalui kursi kosong, misalnya setelah konseli hendak mengatakan apa yang hendak diutarakan, ia langsung mengutarakannya di depan kursi yang seolah-olah dikursi itu ada seseorang yang di maksud oleh konseli.

- c) Pelatihan ini dapat mengubah perilaku individu secara langsung melalui perasaan dan sikapnya.
- d) Disamping dilakukan secara perorangan pelatihan ini dapat dilakukan secara kelompok. Melalui latihan-latihan tersebut individu diharapkan mampu menghilangkan kecemasan-kecemasan yang ada pada dirinya, mampu berpikir realistis terhadap konsekuensi atas keputusan yang diambilnya serta yang paling penting adalah menerapkannya dalam kehidupan ataupun situasi yang nyata.

C. Asuhan Keperawatan dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri dari atas pengumpulan data dan perumusan masalah (Azizah *et al*, 2016). Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan, umumnya dapat dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian, berikut hal-hal yang perlu dikaji menurut (Mashudi, 2021) meliputi :

a. Identitas

Perawat yang merawat pasien melakukan perkenalan dan kontrak waktu dengan pasien tentang nama perawat, nama pasien, panggilan perawat, panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan

b. Keluhan utama

Keluhan utama menanyakan apa yang menyebabkan pasien datang ke rumah sakit, apa yang dilakukan pasien mengatasi masalah tersebut dan bagaimana hasilnya.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi sangat erat terkait dengan faktor etiologi yakni keturunan, endokrin, metabolisme, susunan syaraf pusat, kelemahan, dan ego.

d. Psikososial

1) Genogram

Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15%, dan saudara kandung 7-15%.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai, dan bagian yang disukai.

b) Identitas

Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

c) Peran

Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, dan perilaku agresif.

d) Ideal diri

Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

e) Harga diri

Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

3) Hubungan sosial

Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat dan jarang mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat, lebih senang menyendiri dan asik dengan isi halusinasinya.

4) Spiritual

Aktifitas spiritual menurun seiring dengan kemunduran kemauan.

5) Status mental

a) Penampilan diri

Pada klien dengan risiko perilaku kekerasan cenderung mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, serta kuku panjang dan hitam). Raut wajah nampak takut, kebingungan, dan cemas.

b) Pembicaraan

Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak fokus dan terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

c) Aktivitas motorik/psikomotor

Klien dengan risiko perilaku kekerasan tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, dan tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjukkan ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, dan menutup hidung.

d) Alam perasaan

Pada klien risiko perilaku kekerasan tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih, dan euforia.

e) Afek

Pada klien risiko perilaku kekerasan biasanya afek labil, roman muka, dan emosi yang berubah-ubah secara tiba-tiba

f) Interaksi selama wawancara

Klien dengan risiko perilaku kekerasan cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan), kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara), dan mudah tersinggung.

g) Persepsi

Pada klien risiko perilaku kekerasan sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan atau saat melamun maupun duduk sendiri. Selain itu, pada klien halusinasi sering kali marah, mudah tersinggung, dan merasa curiga pada orang lain.

h) Proses pikir

Klien yang mengalami risiko perilaku kekerasan lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

i) Isi pikir

Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistik.

j) Tingkat kesadaran

Pada klien risiko perilaku kekerasan sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

k) Memori

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak dapat berkonsentrasi dan tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan dirinya atau orang lain.

m) Kemampuan penilaian

Pada pasien risiko perilaku kekerasan biasanya memiliki gangguan penilaian ringan dan bermakna.

n) Daya tilik diri

Pada klien risiko perilaku kekerasan cenderung mengingkari penyakit yang diderita, klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya, merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya, dan klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

e. Kebutuhan sehari-hari

Pada permulaan penderita kurang memperlihatkan diri dan keluarganya serta makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kamauan. Minat untuk

memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, dan istirahat tidur.

f. Mekanisme koping

Klien risiko perilaku kekerasan cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya, malas beraktivitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, memercayai orang lain, dan asik dengan stimulus intenal.

g. Masalah psikosial dan pengetahuan

Klien risiko perilaku kekerasan mempunyai masalah di masa lalu dan mengakibatkan klien menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

h. Kurang pengetahuan

Pada klien risiko perilaku kekerasan kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan.

i. Aspek medik

Memberikan penjelasan tentang diagnosis medik dan terapi medis. Pada klien risiko perilaku kekerasan terapi medis seperti *Triflouperazine* (TFP), *Clapromazine* (CPZ), dan *Trihexyphenidyl* (THP).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif.

Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi kesehatan (PPNI, 2017).

Risiko perilaku kekerasan merupakan diagnosis aktual dan tergolong dalam jenis diagnosis negatif yang didefinisikan sebagai berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain dengan faktor risikonya antara lain yaitu pemikiran waham/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, Penganiayaan atau pengabaian anak, Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain, Impulsive, Ilusi (PPNI, 2017).

3. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan yaitu label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi) (PPNI, 2018). Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai

respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan ada 3 yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI, 2018).

Intervensi dan luaran yang digunakan untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah sebagai berikut :

Tabel I
Kajian Teori Rencana Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan
Pada Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukawati I
Tahun 2022

Hari/ Tgl/ Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi keperawatan	Rasional
1	2	3	4	5
Senin, 11 April 2022 10.00 Wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau merusak barang (<i>destruksi property</i>) orang lain	Setelah dilakukan intervensi selama 3 kali pertemuan dan pada setiap pertemuan dilakukan selama 20 menit maka kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil : Kontrol Diri (L. 09076) ✓ Verbalisasi ancaman pada orang lain menurun (5) ✓ Perilaku menyerang menurun (5) ✓ Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun (5)	Intervensi utama Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) Observasi ✓ Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali) ✓ Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur)	✓ untuk mendeteksi dini benda yang dapat membahayakan ✓ untuk mengontrol kegiatan yang membahayakan agar dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan pasien dan lingkungan pasian.

1	2	3	4	5
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5) ✓ Perilaku agresif/amuk menurun (5) ✓ Suara keras menurun (5) ✓ Bicara ketus menurun (5) 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin ✓ Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien ✓ Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Untuk menurunkan perilaku yang berpotensi mencederai pasien dan lingkungan sekitar ✓ Keluarga merupakan bagian terpenting dan sistem pendukung utama bagi pasien ✓ Untuk menyukseskan program pengobatan pasien ✓ Untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan dan membantu penyembuhan pasien secara preventif

(Sumber: PPNI, SDKI, SIKI, SLKI, (2018))

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat melakukan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai luaran (*outcome*) yang telah ditetapkan (PPNI, 2018). 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 (*here and now*).

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Mulyanti, 2017). Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan keperawatan. Implementasi keperawatan disajikan pada tabel di bawah ini :

Tabel 2
Kajian Teori Implementasi Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukawati I Tahun 2022

Waktu	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	2	3	4
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan pukul berapa diberikannya tindakan.	Tindakan keperawatan : 1. Observasi a) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali) b) Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur)	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan data objektif.	Sebagai bukti tindakan sudah diberikan dengan dilengkapi nama terang.

1	2	3	4
	2. Terapeutik		
	a) Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin		
	b) Libatkan keluarga dalam perawatan		
	3. Edukasi		
	a) Anjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien		
	b) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita)		

(Sumber: PPNI, SDKI, SIKI, SLKI, (2018))

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam yaitu evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (Yusuf, 2015). Evaluasi meliputi data subjektif (S), data objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang jika terjadi penurunan kondisi pasien (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini juga disebut evaluasi proses.

Evaluasi yang dilakukan terhadap pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan berdasarkan penjelasan dari Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018) yaitu sebagai berikut:

Tabel 3
Kajian Teori Evaluasi Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan
Pada Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukawati I
Tahun 2022

Waktu	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	2	3
<p>Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan pukul berapa diberikannya tindakan.</p>	<p>S (subjektif) : Pasien mengatakan tidak akan mengancam, berkata-kata kasar, bersuara keras dan ketus lagi kepada orang lain serta akan membuka diri kepada keluarga dan orang lain dengan mengungkapkan amarahnya.</p> <p>O (objektif) : Tampak pasien tidak melakukan ancaman pada orang lain, perilaku menyerang pasien menurun, perilaku melukai orang lain menurun, perilaku merusak lingkungan sekitar menurun, perilaku agresif/amuk menurun, Suara keras dan ketus pasien saat di ajak berbicara menurun.</p> <p>A (<i>assessment</i>) : Masalah risiko perilaku kekerasan teratasi</p> <p>P (<i>planning</i>) : - <i>Discharge planning</i> - Follow up - Mengingatnkan pemberian obat</p>	<p>Sebagai bukti tindakan sudah diberikan dengan dilengkapi nama terang.</p>