

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Perilaku Kekerasan**

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

Menurut Nasir & Muhith (2011), gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku, salah satu contohnya adalah munculnya perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman menciderai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respon tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga profesional (Keliat, Model Keperawatan Profesional Jiwa, 2012).

Resiko perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditunjukkan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut, perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif (Timpanometri, 2012).

## 2. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah risiko perilaku kekerasan, ialah Subyektif: Mengungkapkan perasaan kesal atau marah., keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, klien suka membentak dan menyerang orang lain. Objektif: Mata melotot/pandangn tajam, tangan mengepal dan rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku, mengancam dan mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras, bicara kasar, ketus menyerang orang lain dan melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif (Pardede, 2020).

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), data mayor dan minor dari masalah perilaku kekerasan, yaitu:

### a. Tanda dan gejala mayor

**Tabel 1**  
**Tanda dan gejala Mayor**

Subyektif	Obyektif
1. Mengancam	1. Menyerang
2. Mengumpat dengan kata-kata kasar	2. Melukai diri sendiri/oranglain
3. Suara keras	3. Merusak lingkungan
4. Bicara ketus	4. Perilaku agresi/amuk

*Sumber:* PPNI dalam SDKI (2017)

b. Tanda dan gejala minor

**Tabel 2**  
**Tanda dan gejala minor**

Subyektif	Obyektif
(Tidak tersedia)	1. Mata melotot/ pandangan tajam
	2. Tangan mengepal
	3. Rahang mengatup
	4. Wajah memerah
	5. Postur tubuh kaku

*Sumber:* PPNI dalam SDKI (2017)

**3. Faktor Penyebab**

Proses terjadinya perilaku kekerasan dijelaskan secara rinci berdasarkan faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Fitria, 2012), yaitu:

a. Faktor Predisposisi Beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang faktor predisposisi perilaku kekerasan, diantaranya sebagai berikut:

1) Teori Biologik Berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:

a) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons kekerasan.

- b) Pengaruh biokimia, bahwa berbagai neurotransmitter (epinefrin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku kekerasan pada seseorang.
  - c) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku kekerasan sangat erat kaitannya dengan genetik, termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara, pelaku tindak kriminal.
  - d) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsi (epilepsi lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku kekerasan dan tindak kekerasan.
- 2) Teori Psikologik
- a) Teori psikoanalitik, bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah, agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang

dapat meningkatkan citra diri serta memberikan dari dalam kehidupan.

- b) Terori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik.
- c) Teori sosiokultural, kontrol di masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

b. Faktor Presipitasi Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal, yaitu sebagai berikut:

- 1) Internal adalah semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilang kontrol dan lain-lain.
- 2) Eksternal adalah penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, krisis dan lain-lain.

#### 4. **Faktor Resiko**

Menurut PPNI (2017), faktor risiko dari masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, yaitu

- 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 terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
- p. Impulsif
- q. Ilusi

#### 5. **Kondisi Klinis**

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), kondisi klinis terkait dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, yaitu:

- a. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
- b. Sindrom otak organik (misalnya: 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

#### 6. **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari skizofrenia menurut Stuart (2015), yaitu:

- a. Pemeriksaan darah dan urine, untuk melihat kemungkinan infeksi serta penyalahgunaan alkohol dan NAPZA.
- b. EEG (elektroensefalogram), yaitu pemeriksaan aktivitas listrik otak untuk melihat apakah perilaku kekerasan disebabkan oleh epilepsi.
- c. Pemindaian CT scan dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak

#### 7. **Penatalaksanaan**

- a. Terapi Medis

Menurut Videbeck (2018) Psikofarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa, jenis obat psikofarmaka adalah :

- 1) Chlorpromazine (CPZ, Largactile) Indikasi untuk mensupresi gejala-gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, mania depresif, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.
- 2) Haloperidol (Haldol, Serenace) Indikasinya yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma Gilles de la Tourette pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku berat pada anak-anak. Dosis oral untuk dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi 6-15 mg untuk keadaan berat. Kontraindikasinya depresi sistem saraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol. Efek sampingnya sering mengantuk, kaku, tremor lesu, letih, gelisah.
- 3) Antikolinergik Indikasi dan kontraindikasi obat antikolinergik adalah obat yang mempengaruhi fungsi persarafan. Di dalam tubuh manusia terdiri dari beribu-ribu sel saraf. Sel saraf satu dengan yang lainnya berkomunikasi melalui zat yang disebut sebagai neurotransmitter. Terdapat berbagai jenis neurotransmitter tergantung pada jenis sel sarafnya. Salah satu neurotransmitter utama di tubuh kita adalah asetilkolin.
- 4) ECT (*Electro Convulsive Therapy*) adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmal secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang satu



atau dua temples. Therapi kejang listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

b. Tindakan keperawatan

Menurut Videbeck (2018), penatalaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan meliputi:

- 1) Terapi lingkungan Begitu pentingnya bagi perawat untuk mempertimbangkan lingkungan bagi semua pasien ketika mencoba mengurangi atau menghilangkan agresif. Aktivitas atau kelompok yang direncanakan seperti permainan kartu, menonton dan mendiskusikan sebuah film, atau diskusi informal memberikan pasien kesempatan untuk membicarakan peristiwa atau isu ketika pasien tenang. Aktivitas juga melibatkan pasien dalam proses terapeutik dan meminimalkan kebosanan. Penjadwalan interaksi satu-satu dengan pasien menunjukkan perhatian perawat yang tulus terhadap pasien dan kesiapan untuk mendengarkan masalah pikiran serta perasaan klien. Mengetahui apa yang diharapkan dapat meningkatkan rasa aman pasien.
- 2) Terapi kelompok Pada terapi kelompok, pasien berpartisipasi dalam sesi bersama dalam kelompok individu. Para anggota kelompok bertujuan sama dan diharapkan memberi kontribusi kepada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain. Peraturan kelompok

ditetapkan dan harus dipatuhi oleh semua anggota kelompok. Dengan menjadi anggota kelompok, pasien dapat mempelajari cara baru memandang masalah atau cara coping atau menyelesaikan masalah dan juga membantunya mempelajari keterampilan interpersonal yang penting.

- 3) Terapi keluarga Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan pasien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptive, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga.
- 4) Terapi individu Psikoterapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilakunya.

Menurut PPNI (2018) penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan:

- 1) Observasi
  - a) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (misal benda tajam, tali)
  - b) Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
  - c) Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (misal pisau cukur)

- 2) Terapeutik
  - a) Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
  - b) Libatkan keluarga dalam perawatan
- 3) Edukasi
  - a) Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
  - b) Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
  - c) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (misalnya relaksasi, bercerita, de-eskalsai dll.)

Berdasarkan uraian diatas, teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan diantaranya adalah teknik de-eskalasi.

## **B. Konsep Skizofrenia**

### **1. Pengertian**

Menurut Videbeck, (2008), skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu. Menurut Hawari (2011), ia menyatakan bahwa skizofrenia berasal dari dua kata “Skizo” yang artinya retak atau pecah (spilt), dan “frenia” yang artinya jiwa. Dengan demikian skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (splitting of personality). Menurut Direja (2011), menyatakan bahwa 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 inkohereni. Dari beberapa teori tersebut dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan yang mempengaruhi otak, gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan.

## 2. Tanda dan Gejala

Menurut Hawari (2018), gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi dalam 2 (dua) kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif. Selengkapnya seperti pada uraian berikut:

a. Gejala positif skizofrenia 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, yaitu 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, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikian itu.

- 3) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya 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 marah.
  - 5) Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
  - 6) Pikiran penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
  - 7) Menyimpan rasa permusuhan.
- b. 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.

### 3. Pengobatan

Menurut Maramis (2007), adapun jenis pengobatan pada pasien skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Farmakoterapi Indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Walaupun tetap masih ada waham dan halusinasi, pasien tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dalam kegiatan lingkungannya dan mau turut terapi kerja.
- b. Terapi elektro-konvulsi (TEK) Terapi elektro-konvulsi (TEK) baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.
- c. Psikoterapi dan rehabilitasi Menurut Koaplan dan Sadock (2018), psikoterapi suportif atau kelompok dapat membantu pasien serta memberikan bimbingan yang praktis dengan maksud

mengembalikan pasien kembali ke masyarakat. Terapi perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, merawat diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif didorong dengan pujian atau hadiah yang diharapkan sehingga frekuensi perilaku maladaptif dapat diturunkan.

### **C. Konsep Teknik De-eskalasi**

#### **1. Definisi**

De-eskalasi atau yaitu mengembangkan teknik psikososial disaat perilaku klien yang tidak tenang dan mengembalikan klien menjadi tenang lagi atau umpan balik klien dengan harapan klien kembali menjadi individu yang tenang (Dix, 2001 dalam Nau, 2009).

Teknik de-eskalasi merupakan intervensi non- spesifik yang direkomendasikan untuk pengelolaan kekerasan dan agresi dalam kesehatan jiwa. Teknik ini mengembangkan teknik psikososial disaat perilaku pasien dalam keadaan yang tidak tenang, dan mengembalikan pasien menjadi lebih tenang atau memberikan umpan balik dengan harapan pasien kembali menjadi individu yang tenang (Price, Baker, Bee, & Lovell, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Indrono, W., Caturini (2012), yaitu implementasi teknik deeskalasi pada pasien dengan perilaku kekerasan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kontrol emosi dan penurunan respon marah. Penelitian lain, menyebutkan metode ini dapat dijadikan sebagai salah satu sarana

katarsis dan media self-help bagi pasien untuk mengekspresikan emosi dan perasaan marahnya (Fikri, 2012).

Keswanto & Eka Budiarto (2021) meneliti tentang efektifitas teknik de-eskalasi untuk mengurangi agresifitas pasien skizofrenia dan mendapatkan hasil bahwa teknik deeskalasi efektif dalam mengurangi agresifitas pada pasien skizofrenia. Upaya untuk menurunkan perilaku agresif dengan teknik de-eskalasi memberikan pengaruh lebih signifikan dibandingkan dengan yang tidak diberikan teknik de-eskalasi

## 2. Tujuan

Menurut Timpanometri (2012) tujuan teknik de-eskalasi adalah:

- a. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda – tanda 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

## 3. Langkah-langkah (SOP tindakan yang dilakukan)

### A. Persiapan

- 1) Pasien 1 orang



- 2) Tempat de-eskalasi nyaman
- 3) Catatan keperawatan

## B. Pelaksanaan

- 1) Fase Orientasi
  - a) Atur jarak personal yang aman ( $\pm$  1 meter)
  - b) Posisikan perawat duduk atau berdiri dipintu keluar\*
  - c) Ucapkan salam
  - d) Perkenalkan diri (nama perawat)
  - e) Cek identitas pasien (nama dan tanggal lahir)
  - f) Jelaskan tujuan pertemuan/interaksi
  - g) Tanyakan perasaan pasien saat ini
  - h) Penuhi privasi pasien (saat interaksi dirahasiakan apa yang disampaikan)
  - i) Buat kontrak lama pertemuan 7 - 10 menit (bisa lebih lama)
- 2) Fase Kerja
  - a) Tawarkan pada pasien untuk minum dan bantu memenuhinya\*
  - b) Minta pasien mengungkapkan pikiran yang mengganggu saat ini\*
  - c) Minta pasien mengungkapkan perasaan yang timbul saat pikiran muncul
  - d) Tanyakan apa yang sebenarnya diinginkan pasien dan alasannya

- e) Dengarkan secara aktif (ada kontak mata, senyum)\*
  - f) Berusaha untuk diam dan menunggu sampai pasien selesai berbicara
  - g) Berikan reinforcement positif kemampuan ungkapkan pikiran
  - h) Jelaskan perawat mengerti yang dialami pasien adalah hal yang sulit dan nyata\*
  - i) Hindari memotong pembicaraan pasien
  - j) Hindari menghina, memberi komentar buruk atau memberi label pada pasien
  - k) Hindari menunjukkan jari pada pasien atau menggoyangkan jari
  - l) Pertahankan kontak mata dan lihat ekspresi muka/wajah pasien
  - m) Tawarkan bantuan untuk menurunkan ketegangan yang dirasakan\*
  - n) Tanyakan apakah ada informasi yang ingin diketahui tentang pasien
  - o) Jelaskan/berikan informasi hanya yang dibutuhkan pasien\*
  - p) Sarankan perilaku alternative untuk mengurangi ketegangan
- 3) Fase Terminasi

- a) Tanyakan perasaan setelah mengungkapkan pikiran dan perasaan
- b) Ungkapkan perawat senang, pasien sudah dapat mengungkapkan emosi
- c) Bantu pasien membuat RTL dan pelaksanaannya\*
- d) Tawarkan pertemuan berikutnya jika masih ada yang perlu dibicarakan/ceritakan
- e) Buat kontrak waktu 7 – 10 menit untuk pertemuan berikutnya
- f) Ucapkan salam penutup
- g) Dokumentasikan dalam catatan keperawatan

#### **D. Asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan**

##### **1. Pengkajian**

Data subyektif dan obyektif yang dikaji pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), dengan faktor risiko yaitu

- 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 terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
- p. Impulsif
- q. Ilusi

Proses penyebab terjadinya perilaku kekerasan dijelaskan secara rinci berdasarkan faktor predisposisi dan faktor presipitasi menurut Fitria (2018), yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang faktor predisposisi perilaku kekerasan, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Teori Biologik Berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:
  - a) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Sistem limbic sangat

terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons kekerasan.

- b) Pengaruh biokimia, bahwa berbagai neurotransmitter (epinefrin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku kekerasan pada seseorang.
- c) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku kekerasan sangat erat kaitannya dengan genetik, termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara, pelaku tindak kriminal.
- d) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsi (epilepsi lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku kekerasan dan tindak kekerasan.

## 2) Teori Psikologik

- a) Teori psikoanalitik, bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang

rendah, agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan dari dalam kehidupan.

b) Teori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologis.

3) Teori sosiokultural, kontrol di masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

#### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal, yaitu sebagai berikut:

- 1) Internal adalah semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilang kontrol dan lain-lain.
- 2) Eksternal adalah penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, krisis dan lain-lain.

## 2. **Diagnosa keperawatan**

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017) rumusan diagnosis keperawatan untuk diagnose skizofrenia yaitu

a. Resiko perilaku kekerasan (D.0146)

3. Perencanaan

**TABEL 3**  
**Rencana Keperawatan**

NO	STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)
1.	<p><b>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain</p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemikiran waham/delus</li> <li>2. Curiga pada orang lain</li> <li>3. Halusinasi</li> <li>4. Berencana bunuh diri</li> <li>5. Disfungsi sistem keluarga</li> <li>6. Kerusakan kognitif</li> <li>7. Disorientasi atau konfusi</li> <li>8. Kerusakan kontrol impuls</li> <li>9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat</li> <li>10. Alam perasaan depresi</li> <li>11. Riwayat kekerasan pada hewan</li> <li>12. Kelainan neurologis</li> <li>13. Lingkungan tidak teratur</li> <li>14. Penganiayaan atau pengabaian anak</li> <li>15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Kontrol Diri (L.09076)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi umpatan menurun (5).</li> <li>- Perilaku menyerang menurun (5).</li> <li>- Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun (5).</li> <li>- Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5).</li> <li>- Perilaku agresif/ amuk menurun (5).</li> <li>- Suara keras menurun (5).</li> <li>- Bicara ketus menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi rencana bunuh diri menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun (5).</li> <li>- Perilaku merencanakan bunuh diri menurun (5).</li> <li>- Euforia menurun (5).</li> <li>- Alam perasaan depresi</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</b></p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali).</li> <li>- Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung.</li> <li>- Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur).</li> </ul> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin.</li> <li>- Libatkan keluarga dalam perawatan.</li> </ul> <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien.</li> <li>- Latih cara mengungkapkan perasaan asertif.</li> <li>- Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita).</li> </ul> <p><b>Promosi Koping (I.09312)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan</li> <li>- Identifikasi kemampuan yang dimiliki</li> <li>- Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</li> <li>- Identifikasi pemahaman proses penyakit</li> <li>- Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</li> <li>- Identifikasi metode penyelesaian masalah</li> </ul>

orang lain  
16. Impulsive  
17. Ilusi

menurun (5).

- Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial

#### *Terapeutik*

- Diskusikan perubahan peran yang dialami
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
- Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah atau rasa malu
- Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
- Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
- Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
- Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
- Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
- Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan)
- perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
- Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam

#### *Edukasi*

- Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
- Anjurkan penggunaan sumber spiritual, *jika perlu*
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

#### **Kondisi Klinis Terkait**

1. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
2. Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer)
3. Gangguan perilaku
4. *Oppositional defiant disorder*
5. Depresi
6. Serangan panik
7. Gangguan *Tourette*
8. Delirium
9. Demensia
10. Gangguan amnestic
11. Halusinasi
12. Upaya bunuh diri
13. Abnormalitas neurotransmitter otak



- 
- Anjurkan keluarga terlibat
  - Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
  - Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
  - Latih penggunaan teknik relaksasi
  - Latih keterampilan sosial, *sesuai kebutuhan*
  - Latih mengembangkan penilaian obyektif
- 

#### 4. Implementasi

Menurut PPNI (2018), implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai acuan PPNI (2018) :

S : Respon subjektif keluarga terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah di laksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradikdif dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil analisa pada respon keluarga