

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia adalah suatu psikologis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, afek atau emosi. Kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga muncul inkoherenasi, afek dan emosi inadkuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri, kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang di kemudian hari (Kosala *et al.*, (2024)).

b. Etiologi

Menurut Kosala *et al.*, (2024) faktor yang mempengaruhi skizofrenia:

1) Faktor prenatal

Prenatal atau periode sebelum lahir, yaitu periode perkembangan manusia paling awal yang dimulai sejak konsepsi sampai menjadi janin sehingga akhirnya terlahir sebagai seorang individu. Pada masa prenatal ini, terdapat beberapa hal yang menyebabkan bayi dalam kandungan menjadi rentan terkena skizofrenia.

2) Faktor non-prenatal

Faktor yang berasal dari luar kehamilan, kelahiran, antara lain faktor genetik, faktor biologis, dan faktor psikologis.

3) Faktor genetik

Faktor genetik di hubungkan dengan anggota keluarga lain yang juga menderita skizofrenia. Faktor genetik skizofrenia adalah sejumlah faktor kausatif terimplikasi, termasuk pengaruh genetik, ketidakseimbangan neurotransmitter, kerusakan struktural otak

yang disebabkan oleh infeksi virus prenatal atau kecelakaan dalam proses persalinan, dan stresor psikologis.

4) Faktor biologis

Faktor biologis dapat dilihat dari perubahan system transmisi sinyal penghantar syaraf (neurotransmitter) dan reseptor di sel-sel syaraf otak (neuron) dan interaksi zat neurokima seperti dopamine, dan serotonin; yang ternyata mempengaruhi fungsi kognitif (alam pikir), afektif (alam perasaan), dan psikomotor (perilaku) yang menjelma dalam bentuk gejala-gejala positif maupun negatif.

5) Faktor psikososial

Faktor psikososial disebabkan oleh perubahan dalam kehidupan seseorang (anak, remaja, hingga dewasa) sehingga setiap individu di paksa harus beradaptasi dan mampu menanggulangnya, sehingga timbulah keluhan-keluhan dibidang kejiwaan berupa gangguan jiwa dari yang ringan hingga berat.

c. Tanda dan Gejala

Adapun gejala yang muncul antara lain sebagai berikut.

- 1) *Thought echo*: isi pikiran diri sendiri yang bergema dan berulang dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun memiliki kualitas berbeda.
- 2) *Thought insertion or withdrawal*: isi pikiran asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*)
- 3) *Thought broadcasting*: isi pikiran tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya
- 4) *Delution of control*: waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar
- 5) *Delution of influence*: waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar
- 6) *Delution of passivity*: waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap kekuatan dari luar

7) *Delution of perception*: pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

d. Patofisiologi

Menurut Putri & Maharani (2022) dalam Ciremai, M. A. (2021). patofisiologi dari skizofrenia masih belum diketahui secara pasti, tetapi ada beberapa yang bisa diajukan sebagai gambarannya yaitu:

- 1) Faktor genetik dimana seseorang yang anggota keluarganya memiliki Riwayat skizofrenia lebih berisiko mengalami hal yang sama.
- 2) Gangguan neurotransmitter adanya ketidakseimbangan dari dopamine dan serotonin juga bisa menjadi pemicu terjadinya skizofrenia.
- 3) Gangguan fungsi otak, pada pasien skizofrenia banyak di temukan adanya gangguan pada fungsi dan struktur otaknya.

e. Klasifikasi

Menurut Adolph, R. (2016). pembagian jenis skizofrenia yaitu:

1) Skizofrenia Simpleks

Sering timbul pada anak saat pertama kali mengalami masa pubertas. Gejalanya seperti emosi dan gangguan proses berpikir, waham halusinasi masih jarang terjadi.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Sering timbul pada masa remaja antara umur 15-25 tahun. Gejala yang muncul yaitu gangguan proses berpikir, adanya *depersenalisasi* atau *doublepersonality*. Perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi juga sering terjadi pada skizofrenia hebefrenik.

3) Skizofrenia Katatonia

Timbul pada umur 15-30 tahun, bersifat akut, sering di dahului oleh stress, emosional, dan sering terjadi gaduh gelisah.

- 4) Skizofrenia Tak Terinci
Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia tetapi tidak paranoid, hebefrenik, dan katatonik. Tidak memenuhi skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia
- 5) Skizofrenia Pasca-Skizofrenia
Gejala-gejala depresi menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif.
- 6) Skizofrenia Residual
Skizofrenia dengan gejala primer, tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder dan timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.
- 7) Skizofrenia Paranoid
Ciri utamanya adalah adanya waham kejar dan halusinasi auditorik namun fungsi kognitif dan afek masih baik.
- 8) Skizofrenia Tak Spesifik
Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan ke dalam tipe yang telah disebutkan.

f. Komplikasi

Menurut Suhantara (2020) dalam Ciremai, M. A. (2021). skizofrenia yang tidak terawat dapat menimbulkan masalah emosional, perilaku Kesehatan, hukum dan keuangan yang berdampak disetiap sendi kehidupan. Komplikasi yang disebabkan atau dikaitkan dengan skizofrenia termasuk:

- 1) Bunuh diri
- 2) Perilaku merusak diri, serta melukai diri sendiri
- 3) Depresi
- 4) Penyalahgunaan alcohol, obat atau resep obat
- 5) Kemiskinan
- 6) Tidak punya tempat tinggal
- 7) Masalah dengan keluarga

- 8) Masalah Kesehatan akibat pengobatan antipsikotik
- 9) Menjadi korban kekerasan atau menjadi pelaku
- 10) Penyakit jantung, kerap dikaitkan dengan perokok berat

g. Penatalaksanaan

Penyakit skizofrenia diterapi dengan menggunakan obat, kejutan listrik, dan psikoterapi (Fakhriyah *et al.*,(2022).

1) Obat-obatan

Beberapa obat telah disetujui untuk digunakan pada skizofrenia seperti *risperidone*, *olanzapine*, *sertindole*, *ziprazidone*, dan *quetiapine*.

2) Terapi kejut listrik

Pengobatan cara ini adalah dengan memberikan kejutan listrik di kepala penderita sehingga alur penyalur arus listrik penyebab skizofrenia dikacaukan dengan harapan akan menghentikan skizofrenia. Terapi ini hanya bersifat sementara karena setelah beberapa waktu pola arus listrik otak yang mengarah pada gangguan skiofrenia kembali terjadi.

3) Psikoterapi

Psikoterapi bertujuan meningkatkan kemampuan penderita dalam menghadapi stres kehidupan, meningkatkan kemampuan sosial, serta intervensi pada keluarga. Pendekatan psikoterapi dirujukan untuk mengatasi gejala dan bukan merupakan pendekatan untuk menghilangkan penyebab skizofrenia.

2. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

a. Definisi

Risiko perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang di tunjukan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata

(Widhawati, R., Lubis, V. H., & Komalasari, O. (2024).

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat ketidakmampuan klien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Widhawati, R., Lubis, V. H., & Komalasari, O. (2024).

b. Etiologi

Menurut Nazirah *et al.*, (2024), penyebab dari risiko perilaku kekerasan bukan terdiri cuman satu faktor keluarga, media, teman, lingkungan, biologis. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan dampak seperti gangguan psikologis, merasa tidak aman, tertutup, kurang percaya, risiko bunuh diri, depresi, harga diri rendah, ketidak berdayaan, isolasi sosial faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya skizofrenia meliputi biologis, psikologis, dan sosial, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia. Faktor presipitasi merupakan faktor stressor yang menjadikan klien mengalami skizofrenia yang terdiri dari faktor biologis, psikologis, dan sosial yang mampu menyebabkan risiko perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Rentang respon risiko perilaku kekerasan terdapat pada gambar di bawah ini:



Gambar 2.1
Rentang Respon Marah

Keterangan:

- 1) Asertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
- 2) Frustrasi adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan, Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- 3) Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
- 4) Agresif adalah perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu.
- 5) Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri.

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) edisi III tahun 2016 yaitu:

- 1) Subjektif
 - a) Mengancam
 - b) Mengumpat dengan kata-kata kasar
 - c) Suara keras
 - d) Bicara ketus
- 2) Objektif
 - a) Menyerang orang lain
 - b) Melukai diri sendiri/orang lain
 - c) Merusak lingkungan
 - d) Perilaku agresif/amuk
 - e) Mata melotot/pandangan tajam
 - f) Tangan mengepal
 - g) Rahang mengatup

- h) Wajah memerah
- i) Postur tubuh kaku

d. Patofisiologi

Menurut Martini (2022), perilaku kekerasan merupakan respon terhadap kemarahan. Respons kemarahan dapat bervariasi dari rentang adaptif hingga rentang maladaptif. Menurut Stuart dan Sundeen, dimana agresif dan amuk atau (perilaku kekerasan) berada pada rentang respon maladaptif sebagai berikut:

1) Asertif

Perilaku asertif adalah mengungkapkan perasaan dengan penuh percaya diri dan berkomunikasi untuk menghargai orang lain. Orang yang percaya diri berbicara dengan jujur dan jelas. Mereka melihat standar individu lain sesuai dengan situasinya. Saat berbicara, kontak mata langsung namun tidak mengganggu, intonasi suara saat berbicara tidak mengancam.

2) Pasif

Orang yang pasif sering kali mengesampingkan haknya dari persepsi orang lain. Ketika seseorang yang pasif marah, mereka berusaha menyembunyikan amarahnya, sehingga membuat mereka semakin stres.

3) Frustrasi

Frustrasi adalah reaksi terhadap kegagalan mencapai tujuan yang tidak realitis atau hambatan dalam mencapai tujuan.

4) Agresif

Orang yang agresif tidak menghargai hak orang lain. Masyarakat merasa harus bersaing satu sama lain untuk mendapatkan apa yang diinginkannya. Seseorang yang agresif dalam hidupnya selalu mengarah pada kekerasan fisik dan verbal. Perilaku agresif pada dasarnya merupakan upaya menutup-nutupi rasa kurang percaya.

5) Amuk

Amuk atau perilaku kekerasan adalah perasaan marah dan permusuhan yang kuat, disertai hilangnya pengendalian diri, sehingga

memungkinkan seseorang merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

e. Klasifikasi

Menurut Nanda (2016), risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu:

- 1) Risiko Perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) mengatakan bahwa risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual.
- 2) Risiko Perilaku Kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*) Hal yang sama juga berlaku untuk risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukan langsung orang lain.

f. Faktor Risiko

Menurut Nanda (2016), dinyatakan bahwa faktor-faktor risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self directed violence*) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*)

- 1) Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self directed violence*)
 - a) Usia lebih dari 35 tahun
 - b) Usia 15-19 tahun
 - c) Isyarat tingkah laku (menulis catatan cinta yang sedih, menyatakan pesan bernada kemarahan kepada orang tertentu yang telah menolak individu tersebut)
 - d) Konflik mengenai orientasi seksual
 - e) Konflik dalam hubungan interpersonal
 - f) Pengangguran atau kehilangan pekerjaan (masalah pekerjaan)
 - g) Terlibat dalam tindakan seksual autoerotic
 - h) Sumber daya personal yang tidak memadai
 - i) Status perkawinan (sendiri, menjanda, bercerai)

- j) Isu Kesehatan mental (depresi, psikosis, gangguan keperibadian, penyalahgunaan zat)
 - k) Pola kesulitan dalam keluarga (riwayat bunuh diri, sesuatu yang bersifat kekerasan atau konflikual)
 - l) Gangguan psikologis
 - m) Isolasi sosial
 - n) Ide bunuh diri dan rencana bunuh diri
 - o) Isyarat verbal (membicarakan kematian, menyatakan tentang dosis kematian suatu obat)
- 2) Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for outhet directed violence*)
- a) Akses atau ketersediaan senjata
 - b) Alterasi (gangguan) fungsi kognitif
 - c) Perilaku kejam terhadap binatang
 - d) Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, seksual.
 - e) Riwayat penyalahgunaan zat
 - f) Riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga
 - g) Impulsif
 - h) Pelanggaran atau kejahatan kendaraan bermotor (seperti pelanggaran lalu lintas, penggunaan kendaraan bermotor untuk melampiasikan kemarahan)
 - i) Bahasa tubuh negatif (seperti kekakuan, mengepalkan tinju atau pukulan, hiperaktivitas)
 - j) Gangguan neurologis (trauma kepala, gangguan serangan, kejang)
 - k) Intoksikasi patologis
 - l) Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung (kencing dilantai, menyobek objek dinding, melempar barang, memecahkan kaca, dan membanting pintu)

- m) Pola perilaku kekerasan terhadap orang lain (menendang, memukul, menggigit, mencakar, upaya pemerkosaan, memperkosa, pelecehan seksual, mengencingi orang lain)
- n) Pola ancaman kekerasan (ancaman secara verbal terhadap objek terhadap orang lain, menyumpah serapah, gestur atau catatan mengancam, ancaman seksual)
- o) Pola perilaku kekerasan anti sosial (mencuri, meminjam dengan memaksa, penolakan terhadap medikasi)
- p) Komplikasi perinatal dan prenatal
- q) Perilaku bunuh diri

h. Komplikasi

Skizofrenia yang tidak dirawat dapat membuahkan masalah emosional, perilaku kesehatan, hukum dan keuangan yang berdampak disetiap sendi 7 kehidupan. Komplikasi yang disebabkan atau dikaitkan dengan skizofrenia termasuk (Suhantara, 2020) dalam Ciremai, M. A. (2021):

- a) Bunuh diri
- b) Perilaku merusak diri, serta melukai diri sendiri
- c) Depresi
- d) Penyalahgunaan alcohol, obat atau resep obat
- e) Kemiskinan
- f) Tidak punya tempat tinggal
- g) Masalah dengan keluarga
- h) Masalah Kesehatan akibat pengobatan antipsikotik
- i) Menjadi korban kekerasan atau menjadi pelaku
- j) Penyakit jantung, kerap dikaitkan dengan perokok berat

i. Penatalaksanaan

Menurut Silvia & kartina (2020) penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis. Terapi medis yang didapat di berikan kepada pasien yaitu:

- a. *Halloperidol* 5mg.

- b. *Trihexyphenidyl* 2mg.
- c. *Risperidone* 2mg.
- d. *Chlorpromazine* 1mg.

3. Konsep Latihan Komunikasi Asertif

a. Pengertian

Latihan asertif adalah latihan kelompok pada pasien skizofrenia yang berfokus pada peningkatan ketegasan, kepercayaan diri, dan pengembangan keterampilan sosial. Latihan asertif efektif dalam meningkatkan remisi fungsional dan tingkat ketegasan serta menurunkan kecemasan pada pasien skizofrenia (Noviyani, P. S. R. E. P., 2023).

b. Tujuan Latihan Komunikasi Asertif

Menurut Noviyani, P. S. R. E. P. (2023), latihan verbal asertif dapat melatih kemampuan dasar interpersonal yang mengganggu pada pasien skizofrenia. Adapun kemampuan yang dilatih yaitu mengkomunikasikan secara langsung, menolak permintaan yang irrasional, menyampaikan rasa tidak setuju, dan mengekspresikan pendapat

c. Manfaat Latihan Komunikasi Asertif

Menurut Makarim, F. R. (2022) dalam Ummah, M. S. (2019). tujuan dari latihan komunikasi asertif yaitu:

- a. Mendapatkan kepercayaan diri dan harga diri.
- b. Merasa berdaya.
- c. Membantu memahami dan mengenali apa yang kamu inginkan.
- d. Mendapatkan rasa hormat dari orang lain.
- e. Meningkatkan kemampuan berkomunikasi
- f. Bisa mengambil keputusan.
- g. Menciptakan relasi yang jujur.
- h. Mendapatkan kepuasan kerja.
- i. Belajar menjadi lebih asertif juga dapat membantu kamu untuk mengekspresikan perasaan secara efektif.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Rahmawati & Yulianto, n.d. (2024), pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dilakukan sebelumnya.

1) Identitas

Terdiri dari nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, keluarga yang dapat dihubungi

2) Faktor Presdisposisi

- a) Pada umumnya klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
- b) Pengobatan sebelumnya kurang berhasil
- c) Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa,

3) Pengkajian fisik

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

4) Psikososial

a) Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian.

b) Konsep Diri

c) Citra Tubuh

Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien tubuh yang disukai maupun tidak disukai (Ananda, R. G., & Niriyah, S. 2023).

d) Identitas diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum klien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan

e) Peran diri

Meliputi tugas atau peran klien di dalam sebuah lingkup keluarga/pekerjaan/kelompok maupun masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang terjadi disaat klien sakit maupun dirawat, apa yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi

f) Ideal diri

Berisi harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan/sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya

g) Harga diri

Kaji klien tentang hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai dengan harapan, penilaian klien tentang pandangan atau penghargaan orang lain.

5) Spiritual

Nilai dan keyakinan serta kegiatan ibadah klien terganggu dikarenakan mengalami gangguan jiwa

6) Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

7) Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak teratur, marah-marah bila keinginannya tidak

terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

8) Faktor presipitasi

a) 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.

b) Lingkungan

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

c) 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.

2. Perencanaan

Menurut Nursalam, (2018), didalam buku 3S Standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI), Standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI), Standar luaran keperawatan indonesia (SLKI), edisi 1 cetakan III tahun (2016), perencanaan pada pasien skizofrenia yang mengalami masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan sebagai berikut:

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
<p>D.0132 Risiko perilaku kekerasan</p> <p>Definisi Kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain/merusak lingkungan.</p> <p>Penyebab 1. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah 2. Stimulus lingkungan 3. Konflik interpersonal 4. Perubahan status mental 5. Putus obat 6. Penyalahgunaan zat/alcohol</p>	<p>L.09076 Kontrol diri</p> <p>Definisi Kemampuan untuk mengendalikan atau mengurangi perubahan fungsi fisik dan emosi yang dirasakan akibat munculnya masalah kesehatan</p> <p>Ekspektasi Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun</p>	<p>I. 14544 Pencegahan perilaku kekerasan</p> <p>Definisi Meminimalkan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain/merusak lingkungan</p> <p>Tindakan Observasi: a. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, Benda tajam, tali) b. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur)</p> <p>Terapeutik: a. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin b. Libatkan keluarga dalam perawatan</p>

1	2	3
<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengancam 2. Mengumpat dengan kata-kata kasar 3. Suara keras 4. Suara ketus <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyerang orang lain 2. Melukai diri sendiri/oranglain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif/amuk <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>Tidak tersedia</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata melotot atau pandangan tajam 2. Tangan mengepal 3. Rahang mengatup 4. Wajah memerah 5. Postur tubuh kaku 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Perilaku agresif /amuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Bicara ketus menurun 	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien b. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif

Penelitian Tentang Latihan Komunikasi Asertif sebagai berikut:

- a. Menurut penelitian Silviani, D., Agustina, R., & Marheningrum, L. (2020). menerapkan terapi asertif selama 4 hari dalam 5 sesi yaitu sesi 1 yaitu dengan melakukan mengidentifikasi kejadian/peristiwa yang mengakibatkan marah marah dan sikap saat marah, sesi 2 melakukan latihan cara mengungkapkan kebutuhan dan keinginan secara asertif, sesi 3 yaitu dengan melakukan latihan mengatakan “tidak” untuk permintaan yang tidak rasional, sesi 4 dan 5 yaitu dengan melakukan latihan menerima perbedaan pendapat dan menyampaikan pendapat secara asertif, dan dengan melakukan mengevaluasi manfaat latihan asertif. Terapi asertif adalah suatu bentuk pelatihan terstruktur untuk membantu individu mengubah konsep diri dan memungkinkan mereka untuk mengekspresikan diri dan pikiran mereka dengan tepat. Asertif individu dapat menciptakan hubungan interpersonal yang baik dengan orang lain, dan dengan demikian, perilaku kekerasan atau agresif individu dapat dikendalikan.
- b. Menurut penelitian Budi, P., & Iman, P. (2019). menunjukkan bahwa latihan komunikasi asertif dapat menurunkan respon perilaku terhadap gejala resiko perilaku kekerasan dengan penurunan skor respon fisik pada kelompok intervensi lebih besar dibandingkan kelompok kontrol secara bermakna. Latihan asertif akan melatih individu menerima diri sebagai orang yang mengalami marah dan membantu mengeksplorasi diri dalam menemukan alasan marah selain itu juga menurunkan hambatan kognitif dan afektif untuk berperilaku asertif seperti kecemasan, marah dan pikiran tidak rasional. Penurunan perubahan perilaku lebih banyak dari pada verbal dan emosi disebabkan terapi asertif merupakan salah satu jenis terapi yang khusus melatih perubahan perilaku, perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan oleh klien
- c. Menurut penelitian Nabilah *et al.*, (2022), tindakan asertif ini tidak dapat dilakukan dalam satu kali latihan, namun harus diajarkan secara

terus menerus sehingga klien gangguan jiwa dapat terbiasa dan dapat mengingat latihan ini. Dukungan keluarga sangat penting bagi klien gangguan jiwa diharapkan dapat memberikan bantuan dan dukungan yang membantu pemulihan kondisi kejiwaan klien. tentang manajemen pengendalian marah melalui latihan asertif pasien skizofrenia dengan masalah risiko perilaku kekerasan, yang mana kedua subyek menunjukkan perubahan perilaku dimana pasien mampu mengontrol emosinya dan memperagakan cara mengungkapkan marah dengan baik, meminta, dan menolak dengan baik.

3. Evaluasi

Menurut Ainy, N. A., Sundari, R. I., & Imaniyati, S. (2023). evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu:

- a. Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan.
- b. Evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan serta umum yang telah ditentukan.