

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Skizofrenia

2.1.1. Pengertian

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu schizo (split/perpecahan) dan phren (jiwa), sehingga skizofrenia adalah gangguan jiwa berat (psikosis) yang ditandai dengan distorsi pada pikiran, persepsi, emosi, pembicaraan, tilikan diri dan perilaku (Yudhantara, S & Istiqomah, R, 2018, hlm. 2). Skizofrenia adalah di mana kepribadian mengalami keretakan, alam pikir, perasaan dan perbuatan ada kaitannya atau searah, tetapi pada pasien skizofrenia ketiga alam tersebut terputus, baik satu atau semuanya. (Simanjuntak, J, 2013, hlm. 7). Skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa berat yang ditandai adanya halusinasi atau gangguan persepsi sensori, waham atau delusi gangguan pada pikiran, pembicaraan dan perilaku serta emosi yang tidak sesuai (ah, Yusuf, dkk, 2019, hlm. 20). Uraian di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan halusinasi, emosi, gangguan pikiran.

2.1.2. Etiologi

Penyebab terjadinya skizofrenia ada beberapa faktor yaitu (Yunita, R, dkk, 2020, hlm. 18

2.1.2.1. Usia

Usia 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

2.1.2.2. Jenis kelamin

Jenis kelamin pria lebih dominan terjadi sekitar 72%, karena pria menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup.

2.1.2.3. Pekerjaan

Seseorang yang tidak bekerja mempunyai risiko 6,2 karena orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres

2.1.2.4. Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah berisiko untuk mengalami gangguan jiwa karena perlu untuk pertukaran ego ideal dan perilaku antara suami dan istri menuju terjadinya kedamaian.

2.1.2.5. Konflik keluarga

Kejadian atau masalah yang terjadi di dalam keluarga besar kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia

2.1.2.6. Status ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia karena ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang.

2.1.3. Tanda dan Gejala

Gejala skizofrenia di bagi menjadi dua yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif yaitu terdiri dari waham, halusinasi, perilaku katatonik, perilaku kacau, pembicaraan kacau, agitasi. Gejala negatif yaitu terdiri dari alogia, afek tumpul, asosial, anhedonia, avolisi (Yudhantara, S & Istiqomah, R, 2018, hlm. 2).

2.2. Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1. Pengertian

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang ditunjukkan oleh individu, baik bentuk ancaman fisik, emosional atau seksual yang tertuju kepada orang lain (Erita, dkk, 2019, hlm. 154). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. Risiko perilaku kekerasan dibagi menjadi dua yaitu risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri dan risiko kekerasan pada orang lain. Risiko kekerasan pada diri sendiri yaitu tindakan yang membahayakan bagi dirinya sendiri baik secara fisik, emosional dan seksual, sedangkan risiko perilaku kekerasan pada orang lain yaitu tindakan yang langsung ditunjukkan langsung kepada orang lain baik secara fisik, emosional, dan seksual (Widodo, D, dkk, 2016, hlm. 119). Risiko perilaku kekerasan merupakan respon dari marah yang berlebihan dapat berupa

ancaman fisik ataupun non fisik (Alfianto, G.A, dkk, 2021, hlm. 39).

Pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang dilakukan seseorang dan ditunjukkan secara langsung sehingga dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, serta lingkungan.

2.2.2. Etiologi

2.2.2.1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko maupun faktor protektif yang mempengaruhi kualitas seseorang mengatasi stressor/ tekanan dalam hidupnya (Wuryaningsih, dkk, 2018, hlm. 16). Faktor predisposisi meliputi faktor biologis, psikologis dan sosialkultural (Erina, dkk, 2019, hlm. 155). Kesimpulannya masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh faktor predisposisi yang merupakan faktor awal penyebab atau yang melatarbelakangi terjadi gangguan jiwa dan terjadi dalam kurun > 6 bulan.

a. Faktor biologis

Hal yang di kaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu apakah adanya anggota keluarga yang pernah memiliki gangguan jiwa, anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya, adanya riwayat

penyakit trauma kepala dan riwayat penggunaan NAPZA (narkotika, psikotropika, alkohol, rokok, dan zat lainnya) pernah dirawat karena gangguan jiwa (Erina, dkk, 2019, hlm. 155).

Menurut Sutejo (2018, hlm. 63) faktor biologis dibagi menjadi 2 yaitu teori dorongan naluri dan teori psikomatik. Teori dorongan naluri menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh dorongan kebutuhan dasar yang kuat, sedangkan teori psikomatik yaitu pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respons psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal, sehingga sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

Kesimpulannya faktor predisposisi biologis bisa berasal dari herediter/ keturunan, pengalaman perilaku kekerasan, trauma, mengonsumsi napza, kebutuhan yang tidak terpenuhi.

b. Faktor psikologis

Pengalaman marah merupakan respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal dan lingkungan. Perilaku kekerasan bisa terjadi dari hasil akumulasi frustrasi (kondisi kegagalan) terjadi apabila keinginan

individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terlambat (Erina, dkk, 2019, hlm. 155). Kesimpulannya pada faktor psikologis pasien dengan risiko perilaku kekerasan bisa bermula karena adanya kondisi kegagalan sehingga menyebabkan frustrasi, biasanya pasien dengan kepribadian tertutup tidak bisa menyampaikan sesuatu hal pada orang lain sehingga dipendam yang membuat respon marah tidak bisa disampaikan dengan asertif.

c. Faktor sosialkultural

Pada faktor sosial dan budaya dapat sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif (Widodo, D, dkk, 2022, hlm. 122). Faktor sosial yang dapat mempengaruhi sosial ekonomi cukup atau kurang, mengalami kegagalan dalam pekerjaan (bangkrut dalam usaha), putus sekolah atau berpendidikan rendah (Beo, dkk. 2022, hlm. 129).

2.1.2.2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi pada pasien resiko perilaku kekerasan itu berbeda- beda pada setiap individu. Stessor tersebut dapat merupakan penyebab yang berasal dari dalam (internal)

maupun luar individu (eksternal). Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan hubungan dengan orang yang dicinta atau orang yang berarti bagi pasien (misalnya putus pacar, perceraian, kematian), kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit fisik yang di derita, dan lain- lain, sedangkan faktor luar individu meliputi serangan terhadap fisik, lingkungan, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan (Erina, dkk, 2019, hlm. 155), selain itu faktor pencetus yang menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan yaitu ada 3 yaitu faktor genetik (putus obat sebagai pencetus pasien mengalami risiko perilaku kekerasan), faktor psikologis (tidak diterima lingkungan sekitar sebagai pencetus pasien mengalami risiko perilaku kekerasan) dan faktor sosial budaya (ketidakharmonisan lingkungan tempat tinggal membuat diri ingin marah dan berbicara dengan kasar) (Beo, dkk. 2022, hlm. 29), dapat disimpulkan bahwa faktor presipitasi merupakan faktor pencetus terjadinya masalah dan munculnya gejala, dan terjadi dalam kurun waktu < 6 bulan.

2.2.3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang timbul pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu : (Keliat, A.B, dkk. 2019, hlm. 112)

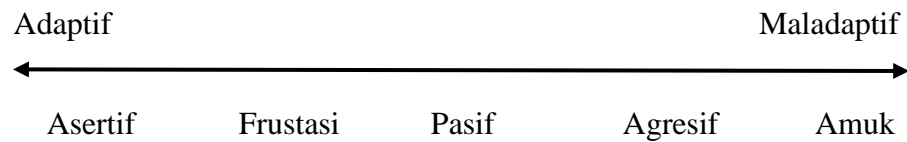
2.1.3.1. Subjektif : Mengatakan benci/ kesal dengan orang lain, mengatakan ingin memukul orang lain, mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan, merasa gagal mencapai tujuan, suka mengejek dan mengkritik

2.1.3.2. Objektif : mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, gelisah dan mondar-mandir, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernapasan meningkat, mudah tersinggung, nada suara tinggi dan berbicara kasar, wajah merah.

2.2.4. Rentang Respon Marah

Kemarahan yang ditekan atau dipendam akan mempersulit diri sendiri dan mengganggu hubungan interpersonal. Pengungkapan kemarahan dengan langsung dan kepada yang bersangkutan pada waktu terjadi respon marah akan melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaan yang sebenarnya. Oleh karena itu, perawat harus mengetahui respon kemarahan seseorang dan fungsi positif marah (Muhith, 2015, hlm. 148).

Gambar 2.1
Rentang Respon Marah



(Muhith, A, 2015).

Rentang respon marah terdiri dari respon adaptif dan maladaptif, respon adaptif merupakan respon yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan yang berlaku atau dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal ketika menyelesaikan sebuah permasalahan, Respon maladaptif adalah suatu respon yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan disuatu tempat.

Berikut penjelasan mengenai rentang respon dari adaptif ke maladaptif (Damaiyanti, M, 2015) :

2.2.4.1. Asertif : Mengungkapkan marah tanpa menyakiti, tanpa melukai perasaan orang lain, tanpa merendahkan harga diri orang lain. Karakteristiknya yakin bahwa diri sendiri berharga demikian juga orang lain. Asertif bukan berarti selalu menang, melainkan dapat menangani situasi secara efektif. Aku punya hak, demikian juga orang lain, tidak menghakimi, mengamati sikap dari pada menilainya, mempercayai diri sendiri dan orang lain, percaya diri, memiliki kesadaran diri, terbuka, fleksibel, dan akomodatif.

2.2.4.2. Frustrasi : Adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan

2.2.4.3. Pasif : Sikap pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, sifat tidak berani mengemukakan keinginan dan pendapat sendiri, tidak ingin terjadi konflik karena takut akan tidak disukai atau menyakiti perasaan orang lain. Salah satu alasan orang melakukan pasif adalah karena takut/ malas/ tidak mau terjadi konflik.

2.2.4.4. Agresif : Sikap agresif adalah sikap membela diri sendiri dengan cara melanggar hak orang lain atau dengan kata lain berisiko melakukan perilaku kekerasan. Sikap agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Agresif memperlihatkan permusuhan, menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata ancaman tanpa niat melukai. Umumnya pasien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.

2.2.4.5. Amuk : merupakan perilaku yang tidak terkontrol, sifat amuk dapat menimbulkan perilaku kekerasan ditandai

dengan memberi kata-kata ancaman, melukai ditingkat ringan dan yang paling berat. Mengamuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri.

2.2.5. Faktor Risiko

Faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan antara lain (Sutejo, 2018, hlm. 64):

2.2.5.1. Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri

- a. Konflik dalam hubungan interpersonal
- b. Pengangguran atau kehilangan pekerjaan
- c. Status perkawinan (sendiri, menjanda, bercerai)
- d. Isu kesehatan mental
- e. Isu kesehatan fisik
- f. Ide bunuh diri

2.2.5.2. Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain

- a. Riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga
- b. Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung (melempar barang, memecahkan kaca, membanting pintu)
- c. Pola perilaku kekerasan terhadap orang lain (menendang, memukul, menggigit, mencakar, pelecehan seksual)
- d. Pola ancaman kekerasan (ancaman secara verbal, catatan mengancam)

- e. Pola perilaku kekerasan anti sosial (mencuri, meminjam dengan memaksa)

2.3. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan pasien dan mengidentifikasi masalah kesehatan aktual atau potensial. Pengkajian juga merupakan kumpulan informasi subjektif dan objektif pasien yang menjadi dasar rencana perawatan (Siregar, D, dkk, 2021, hlm. 5). Kesimpulannya pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga, bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, keluarga pasien agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah- masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu pada data subyektif pasien mengancam, mengumpat dengan kata- kata kotor, mengatakan dendam dan jengkel, pasien juga menyalahkan menuntut, dan pada data objektif pasien menunjukkan tanda- tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dan suara keras. Pengkajian yang dilakukan pada pasien risiko perilaku kekerasan adalah (Azizah, M.L, dkk, 2016, hlm. 365) :

2.3.1.1. Identitas Pasien

Identitas Pasien berisi nama pasien, jenis kelamin, tanggal lahir, usia, pekerjaan dan alamat pasien

2.3.1.2. Alasan Masuk

Penyebab pasien atau keluarga datang, apa yang menyebabkan pasien melakukan kekerasan, apa yang pasien lakukan di rumah, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah

2.3.1.3. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang perlu di kaji pada pasien risiko perilaku kekerasan adalah (Supinganto, A, dkk, 2021, hlm 116) :

- a. Faktor biologis pertanyaannya meliputi tanyakan kepada pasien / keluarga pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu? Apabila pernah maka tanyakan bagaimanakah hasil pengobatan sebelumnya, tanyakan hubungan pasien dengan anggota keluarga tersebut.
- b. Faktor psikologis meliputi tanyakan kepada pasien apakah pernah melakukan atau mengalami dan menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, tanyakan kepada pasien / keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan/

kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami oleh Pasien pada masa lalu.

2.3.1.4. Pemeriksaan Fisik

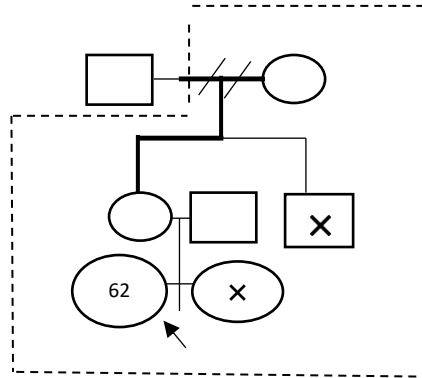
Pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk memeriksa pasien gangguan jiwa yaitu meliputi keadaan umum pasien, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh), berat badan apakah ada perubahan pada berat badannya selama ini (naik/ turun), tinggi badan, tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien. Pada pasien risiko perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, RR meningkat, napas dangkal, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil.

2.3.1.5. Psikososial

a. Genogram

Genogram juga merupakan cara untuk dapat menggambarkan keluarga ke dalam bentuk bagan, secara umum, pohon silsilah keluarga melibatkan tiga generasi anggota keluarga yang menunjukkan silsilah keluarga (Nies, A.M & Mcewen, M, 2015, hlm. 148). pasien dengan risiko perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi pasien.

Bagan 2.1
Genogram



Keterangan :

○ = Perempuan

□ = laki- laki

—/— = cerai/ putus hubungan

⋯ = orang yang tinggal serumah

— = orang yang terdekat

x = meninggal

62 = umur pasien

↙ = Pasien

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan yang tidak disukai, apa reaksi pasien saat membicarakan bagian yang tidak disukai dan bagian yang disukai dan bagian

yang disukai. Bagaimana bila keadaan tubuh pasien tidak sesuai dengan harapan. Pasien dengan risiko perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal, muka memerah.

2) Identitas diri

Status dan posisi pasien sebelum dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya (sekolah, teman bermain, kelompok, masyarakat, keluarga), kepuasan pasien sebagai laki- laki/ perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai jenis kelaminnya dan posisinya. Pasien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya identitasnya dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah, dan bermusuhan.

3) Fungsi peran

Tanyakan pada pasien mengenai tugas/ peran dalam keluarga/ pekerjaan/ kelompok/ masyarakat kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada pasien risiko perilaku kekerasan terganggu karena

adanya perilaku yang mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

4) Ideal diri

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai maka ia cenderung menunjukkan amarahnya, serta untuk pengkajian risiko perilaku kekerasan mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

5) Harga diri

Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri) bagaimana dampak pada pasien dalam berhubungan dengan orang lain bila citra tubuh tidak sesuai harapan, identitas tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan. Penilaian pasien terhadap dirinya dan kehidupannya. Harga diri yang dimiliki pasien risiko perilaku kekerasan

ialah harga diri rendah karena penyebab awal pasien risiko perilaku kekerasan marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga

c. Hubungan sosial

Hubungan sosial pada risiko perilaku kekerasan terganggu karena adanya risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol, selanjutnya dalam pengkajian dilakukan observasi mengenai adanya hubungan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

- a) Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma, budaya dan agama yang dianut
- b) Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa

2) Kegiatan ibadah/ menjalankan keyakinan

- a) Kegiatan ibadah di rumah dilakukan secara sendiri atau berkelompok
- b) Pendapat pasien/ keluarga tentang kegiatan ibadah
- c) Bagaimana perasaan pasien bila tidak dapat melaksanakan kegiatan ibadah

3) kepuasan dalam menjalankan keyakinan

Apakah merasa puas, atau merasa tidak mampu melakukan dengan baik sehingga harus diulang-ulang, bagaimana perasaan pasien.

2.3.1.6. Status Mental

a. Penampilan

Melihat penampilan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan pasien dalam berpakaian kurang, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/ berpakaian terhadap status psikologis pasien. Pada pasien risiko perilaku kekerasan biasanya pasien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut

kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b. Pembicaraan

Amati pembicaraan pasien apakah : cepat, keras, terburu- buru, gagap, sering terhenti/ bloking, apatis, lambat, membisu, menghindari, tidak mampu memulai pembicaraan. Pada pasien risiko perilaku kekerasan pembicaraan/ verbal biasanya mengancam objek yang tidak nyata, mengacau minta perhatian, bicara keras, menunjukkan adanya delusi pikiran paranoid (Muhith, A, 2015, hlm. 163).

c. Aktifitas motorik

1) Lesu, tegang dan gelisah

Agitasi : suatu keadaan dimana pasien mengalami kemarahan dan kegelisahan tanpa sebab. Pada pasien risiko perilaku kekerasan bergerak cepat, tidak mampu duduk diem, respirasi meningkat (Muhith A, 2015, hlm. 163).

2) Tik : gerakan- gerakan kecil otot muka yang tidak terkontrol

3) Grimasem/ mimik muka yang aneh : gerakan otot muka yang berubah- ubah yang tidak terkontrol pasien.

4) Tremor : jari- jari yang tampak bergetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari- jari

5) Kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang- ulang seperti : berulang- ulang mencuci tangan, mandi, mengeringkan tangan, dan sebagainya.

d. Alam perasaan

Amati kondisi yang ditampilkan pasien apakah terlihat sedih, putus asa, gembira yang berlebihan.

Amati apakah pasien merasa ketakutan terhadap objek tertentu dan atau merasa khawatir terhadap objek tertentu.

e. Afek

Afek adalah manifestasi mood atau perasaan yang dirasakan di dalam keluar dan disertai oleh banyak komponen fisiologi, lagi pula biasanya berlangsung relatif tidak lama (misalnya : ketakutan, kecemasan, depresi, dan kegembiraan) (Wicaksono, I.Y, 2021, hlm. 58). Nilai afek pada pasien apakah termasuk afek datar (tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan), afek tumpul (hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat), afek labil (emosi

pasien cepat berubah- ubah), tidak sesuai (emosi bertentangan/ berlawanan dengan stimulus). Pasien risiko perilaku kekerasan memiliki afek labil, emosi pasien cepat dan berubah- ubah cenderung mudah mengamuk, membanting barang- barang/ melukai diri sendiri, orang lain maupun objek sekitar dan berteriak- teriak

f. Interaksi selama wawancara

Interaksi selama wawancara dilihat dari bagaimana pasien menanggapi pertanyaan yang diajukan oleh perawat apakah kooperatif (berespon dengan baik terhadap pewawancara), tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan), mudah tersinggung, bermusuhan (kata-kata/ pandangan yang tidak bersahabat/ tidak ramah), kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara), curiga (menunjukkan sikap/ peran tidak percaya kepada pewawancara/ orang lain). Pada pasien risiko perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga sinis dan menolak dengan kasar. Bermusuhan dengan kata- kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah.

Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya pada orang lain.

g. Persepsi

Persepsi meliputi apakah pada pasien memiliki pemikiran yang mengarah halusinasi, kaji jenis- jenis halusinasi, frekuensi gejala yang tampak pada saat pasien berhalusinasi (Handayani, 2020, hlm. 31).

h. Proses pikir

Data proses pikir dapat diperoleh dari observasi ketika wawancara, lihat respon pasien apakah Pasien memiliki proses pikir sirkumstansial (pembicaraan yang berbelit- belit, tetapi sampai pada tujuan pembicaraan), tangensial (pembicaraan yang berbelit- belit, tetapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan), kehilangan asosiasi (pembicaraan tidak memiliki hubungan antara satu kalimat dan kalimat lainnya, serta pasien tidak menyadarinya), flight of ideas (pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak sampai pada tujuan), blocking (pembicaraan terhenti tiba- tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali), perseverasi (pembicaraan yang diulang berkali- kali) (Putri, E.D, dkk, 2018).

i. Isi pikir

Isi pikir dapat diketahui dari wawancara dengan pasien (Handayani, F, dkk, 2020, hlm. 32).

- 1) Obsesi : pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya.
- 2) *Phobia* : ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek/ situasi tertentu.
- 3) *Hipkondria* : keyakinan terhadap adanya gangguan organ tubuh yang sebenarnya.
- 4) *Depresonalisasi* : perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang atau lingkungan
- 5) Ide yang kuat : keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya
- 6) Pikiran magis : keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal- hal yang mustahil/ diluar kemampuannya.
- 7) Waham

Waham adalah kepercayaan atau keyakinan yang salah, tidak mudah digoyahkan, dan tidak sesuai dengan latar belakang budaya pasien (Birrel, M, 2015, hlm. 126)

- a) Agama : keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan berulang- ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
- b) Somatik : keyakinan pasien terhadap tubuhnya dan diucapkan berulang- ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
- c) Kebesaran : pasien memiliki keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
- d) Curiga : pasien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha untuk mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- e) Nihilistik : pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia (meninggal) yang dinyatakan secara berulang- ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- f) Waham yang bizar :
 - (1) Siap pikir : pasien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di

dalam pikirannya, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan

(2) Siar pikir : pasien yakin ada orang lain yang mengetahui apa yang pasien pikirkan walaupun pasien tidak pernah menceritakannya/ menyatakannya kepada orang tersebut, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan

(3) Kontrol pikir : pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar

j. Tingkat kesadaran

Data mengenai kesadaran pasien dapat diperoleh melalui wawancara dan observasi. Data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, orientasi (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara

- 1) Bingung : pasien tampak bingung dan kacau
- 2) Sedasi : mengatakan bahwa pasien merasan melayang-melayang antara sadar/ tidak sadar

- 3) *Stuppor* : gangguan motorik seperti kekakuan gerakan- gerakan yang diulang anggota tubuh dapat diletakkan dalam sikap canggung dan dipertahankan Pasien.
- 4) Orientasi waktu, tempat, orang jelas
- 5) Jelaskan data objektif, subjektif, dan apa yang dikatakan Pasien

Pada pasien risiko perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan (Muhith, A, 2015, hlm. 163).

k. Memori

Data memori/ ingatan pasien dapat diperoleh melalui wawancara. Apakah pasien memiliki gangguan mengingat jangka panjang (tidak dapat mengingat kejadian lebih dari 1 bulan), gangguan mengingat jangka pendek (tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir), gangguan mengingat saat ini (tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi), konfabulasi (pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya). Pada pasien risiko perilaku kekerasan masih dapat

mengingat kejadian jangka pendek maupun jangka panjang.

1. Tingkat konsentrasi

- 1) Mudah beralih : perhatian mudah berganti dari satu objek ke objek lain
- 2) Tidak mampu berkonsentrasi : pasien selalu minta agar pertanyaan diulang karena tidak menangkap apa yang ditanyakan/ tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan
- 3) Tidak mampu berhitung : tidak dapat melakukan penambahan/ pengurangan pada benda- benda yang nyata.

Pada pasien risiko perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya, pasien selalu menatap kecemasan tegang dan gelisah.

m. Daya tilik diri

Daya tilik diri merupakan bagaimana pemahaman Pasien terhadap keadaan sakitnya. Hal yang harus di wawancara yaitu apakah pasien mengikari penyakit yang diderita (pasien tidak menyadari gejala penyakit misalnya ada perubahan fisik dan emosinya, pasien merasa tidak perlu minta pertolongan, pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau

bercerita tentang penyakitnya), apakah pasien menyalahkan hal-hal di luar dirinya (menyalahkan orang lain/ lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit/ masalah sekarang).

2.3.1.7. Pola dan Mekanisme Koping

Pola mekanisme koping yang biasa digunakan pasien ketika menghadapi masalah/konflik/stress/kecemasan. Bagaimana pasien mengambil keputusan apakah dibantu atau sendiri (Rohmah, N, 2019 hlm. 48). Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien risiko perilaku kekerasan untuk melindungi diri : (Muhith, A, 2015, hlm. 164).

- a. Sublimasi yaitu melampiaskan kemarahannya pada obyek lain
- b. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai keinginannya
- c. Represi yaitu mencegah pikiran yang membahayakan
- d. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan
- e. Displacement yaitu melepaskan kemarahannya pada obyek yang tidak berbahaya.

2.3.1.8. Aspek Medik

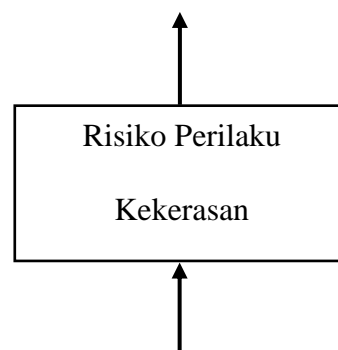
Pengobatan pada pasien skizofrenia salah satunya risiko perilaku kekerasan yaitu dengan antipsikotik yaitu untuk mengatasi perubahan perilaku, agresif, sulit tidur, dan lain-lain. Obat yang berikan yaitu klopromazinin (sediaan : klopromazini tablet 25 mg, 100 mg injeksi 25 mg/ml), haloperidol 0,5 mg, 1,5 mg : injeksi 5 mg/ml) dan heksifenidil (tablet 2 mg).

2.3.1.9. Pohon Masalah

Pohon masalah merupakan sebuah cara yang digunakan untuk menentukan penyebab terjadinya suatu masalah.

Bagan 2.2 **Pohon Masalah**

Risiko mencederai diri, orang lain, dan lingkungan



Perilaku kekerasan

(Sutejo, 2018, hlm. 68)

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI PPNI, 2016, hlm. 5). Diagnosa yang mungkin muncul adalah:

2.3.2.1 Risiko Perilaku Kekerasan

a. Pengertian

Berisiko membahayakan baik secara fisik, emosi, seksual pada diri sendiri maupun orang lain (SDKI PPNI, 2016, hlm. 312).

b. Data Mayor dan Minor Risiko Perilaku Kekerasan

- 1) Data mayor merupakan data yang dapat diperoleh dari subyektif dan obyektif, data subyektif pada pasien risiko perilaku kekerasan adalah mengatakan pernah melakukan tindak kekerasan, informasi dari keluarga pasien pernah melakukan tindakan kekerasan di rumah, dan data obyektifnya adalah ada tanda/jelas perilaku kekerasan pada anggota tubuh, mudah tersinggung, mudah marah
- 2) Data minor merupakan data yang dapat diperoleh dari subyektif dan obyektif, data subyektif pada pasien risiko perilaku kekerasan

: mendengar suara- suara, merasa orang lain mengancam, menganggap orang lain jahat, dan data obyektifnya adalah muka tegang saat bercerita, pembicaraan kasar jika menceritakan marahnya, afek labil, mondar-mandir, rangsangan katatonik.

2.3.2.2. Perilaku Kekerasan

a. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan merusak lingkungan (SDKI PPNI, 2015, hlm. 288).

b. Data Mayor dan Minor Perilaku Kekerasan

- 1) Data mayor merupakan data yang dapat diperoleh dari subyektif dan obyektif, data subyektif pada pasien perilaku kekerasan adalah mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras dan bicara ketus, sedangkan data obyektifnya adalah agitasi, meninju, menusuk/melukai dengan senjata tajam, memukul kepala sendiri, membanting

2) Data minor merupakan data yang dapat diperoleh dari subyektif dan obyektif, data subyektif pada pasien perilaku kekerasan adalah mengatakan ada yang mengejek, mengancam, mendengar suara yang menjelekan, merasa orang lain mengancam dirinya, mengeluh kesal dan marah dengan orang lain, dan data obyektifnya adalah menjauh dari orang lain, katatonia, muka tegang, mata melotot, mondar-mandir

2.3.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

Intervensi Keperawatan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Tanggal	No Dx	DX Keperawatan	Tujuan	Perencanaan Kriteria Evaluasi	Intervensi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		Risiko Perilaku kekerasasn	<p>TUM : Pasien dapat mengontrol marahnya dan mencegah terjadinya perilaku kekerasan</p> <p>TUK : 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>1. Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wajah cerah, tersenyum • Mau berkenalan • Ada kontak mata • Bersedia menceritakan perasaan 	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beri salam setiap berinteraksi • Perkenalan nama, nama panggilan perawat

Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					<p>dan tujuan perawat berkenalan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanyakan kepada pasien nama kesukaan pasien • Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi • Tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi • Buat kontrak interaksi yang jelas • Dengarkan dengan penuh perhatian
					Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
			2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya	2. Pasien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya : <ul style="list-style-type: none"> • Menceritakan penyebab perasaan jengkel/ kesal baik dari sendiri maupun lingkungannya 	2. Bantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya : <ul style="list-style-type: none"> • Motivasi pasien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya • Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan pasien
			3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda- tanda perilaku kekerasan	3. Pasien menceritakan keadaan <ul style="list-style-type: none"> • Fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain- lain 	3. Bantu pasien mengungkapkan tanda- tanda perilaku kekerasan yang dialaminya :

Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				<ul style="list-style-type: none"> • Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar • Sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivasi pasien menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi • Motivasi pasien menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan • Motivasi pasien menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan • Motivasi pasien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan

Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
			4. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya	4. Pasien menjelaskan : <ul style="list-style-type: none"> • Jenis- jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya • Perasaannya saat melakukan kekerasan • Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah 	4. Diskusi dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini : <ul style="list-style-type: none"> • Motivasi pasien menceritakan jenis- jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya • Motivasi pasien menceritakan perasaan setelah tindak kekerasan tersebut terjadi • Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi

Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
			5. Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	5. Pasien menjelaskan akibat kekerasan yang dilakukannya : <ul style="list-style-type: none"> • Dirinya sendiri : terluka, dijauhi teman, dan lain-lain • Orang lain/ keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dan lain- lain • lingkungan : barang atau benda rusak, dan lain- lain 	5. Diskusikan dengan pasien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada : <ul style="list-style-type: none"> • Diri sendiri • Orang lain/ keluarga • Lingkungan
			6. Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan	6. Pasien : <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan cara- cara sehat mengungkapkan marah 	6. Diskusikan dengan pasien :

Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					<ul style="list-style-type: none"> • Apakah pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat • Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien • Jelaskan cara- cara sehat untuk mengungkapkan marahan : <ul style="list-style-type: none"> ➤ cara fisik : NAPAS dalam, pukul bantal atau

Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					kasur, olahraga ➤ verbal: mengungkapkan kemarahan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain ➤ sosial : latihan asertif dengan orang lain ➤ spiritual : sembayang/doa, dzikir, meditasi, dsb sesuai dengan keyakinan agamanya masing- masing

Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
			7. Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	7. Pasien mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan : <ul style="list-style-type: none"> • fisik : tarik NAPAS dalam, memukul bantal/ kasur • verbal: mengungkapkan perasaan kesal/ jengkel Pada orang lain tanpa menyakiti • spiritual: zikir/ doa, meditasi sesuai agamanya 	7.1. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan pasien memilih 7.2. Latih pasien mempragakan cara yang dipilih : <ul style="list-style-type: none"> • peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih • jelaskan manfaat cara tersebut • anjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan • beri penguatan pada pasien, perbaiki cara yang masih
Dilanjutkan					

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					belum sempurna
					7.3. Anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/ jengkel
		8. Pasien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan	8. Keluarga :	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan • Mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien 	8.1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan 8.2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu Pasien mengatasi perilaku kekerasan 8.3. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat pasien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga
					Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					8.4. Peragakan cara merawat pasien (menangani PK) 8.5. Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang 8.6. Beri pujian kepada keluarga setelah memperagakan ulang 8.7. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatih
		9. Pasien menggunakan obat sesuai program yang ditetapkan	9. Pasien menjelaskan : <ul style="list-style-type: none"> • Manfaat minum obat • Kerugian tidak minum obat • Nama obat • Bentuk dan warna obat • Dosis yang diberikan kepadanya 		9.1. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat 9.2. Jelaskan kepada pasien: <ul style="list-style-type: none"> • Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) • Dosis yang tepat untuk pasien •

Dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				<ul style="list-style-type: none"> • Waktu pemakaian • Cara pemakaian • Efek yang dirasakan <p>10. Pasien menggunakan obat sesuai program</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu pemakaian • Cara pemakaian • Efek yang dirasakan pasien <p>9.3. Anjurkan pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minta dan menggunakan obat tepat waktu • Laporkan ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa • Berikan pujian terhadap kedisiplinan pasien menggunakan obat

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, yang mencakup pelaksanaan dari intervensi. Tujuannya untuk membantu pasien mendapatkan hasil yang diharapkan (Pangkey, C.A.B, dkk, 2021 hlm. 126).

2.3.4.1. Fase Orientasi

Fase orientasi terdiri dari salam terapeutik, memperkenalkan diri dan nama panggilan yang disukai, evaluasi validasi, jelaskan maksud dan tujuan kedatangan, dan kontrak waktu (tempat, jam) (Rosyad, S.Y, 2020, hlm. 8).

2.3.4.2. Fase Kerja

a. SPI Risiko Perilaku Kekerasan

- 1) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 3) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 4) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- 5) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
- 6) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik 1

- 7) Mengajarkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian
- b. SP II Risiko Perilaku Kekerasan
 - 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - 2) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
 - 3) Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
 - c. SP III Risiko Perilaku Kekerasan
 - 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - 2) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II
 - 3) Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
 - d. SP IV Risiko Perilaku Kekerasan
 - 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - 2) Melatih pasien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal
 - 3) Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan
 - e. SP V Risiko Perilaku Kekerasan
 - 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

- 2) Melatih pasien mengontrol RPK dengan cara spiritual
- 3) Mengajarkan pasien memasukan ke dalam jadwal harian.

2.3.4.3. Fase Terminasi

Fase terminasi terdiri dari evaluasi subjektif, objektif, rencana tindak lanjut, kontrak yang akan datang (topik, waktu, dan tempat) (Handayani, F, dkk, 2020, hlm. 29).

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Perawat mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan, semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didokumentasikan dalam format implementasi dan evaluasi dengan menggunakan pendekatan SOAP (subjektif, objektif, analisis, perencanaan) (Damaiyanti, M, 2012, hlm. 11).

Evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat (Nurhalimah, 2016, hlm. 156) :

- 2.3.5.1. Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan akibat dari perilaku kekerasan
- 2.3.5.2. Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal
 - a. Secara fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal
 - b. Secara sosial/ verbal : meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik

- c. Secara spiritual
- d. Terapi psikofarmaka

2.4. Konsep Relaksasi Napas Dalam

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan pengetahuan dan penilaian secara klinis untuk mendapatkan hasil yang diharapkan (SDKI PPNI, 2018 hlm. 8).

pasien dengan risiko perilaku kekerasan membutuhkan tindakan atau intervensi untuk dapat mengontrol marahnya dan mencegah terjadinya perilaku kekerasan, salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk mengontrol marah adalah terapi napas dalam yang terdapat pada strategi pelaksanaan pertama.

2.4.1. Pengertian Relaksasi Napas Dalam

Terapi relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan pasien bagaimana cara melakukan napas dalam yaitu dengan menarik napas dan menghembuskan napas secara perlahan (Andarmoyo, S, 2012 hlm. 98).

Terapi napas dalam menurut Jayanti, dkk (2022) dalam jurnal of health menyatakan bahwa terapi relaksasi khususnya relaksasi napas dalam merupakan upaya untuk memberikan ketenangan pada jiwa, fisik dan juga pikiran, sehingga pada pasien risiko perilaku kekerasan dapat mengendalikan emosinya dengan melakukan cara terapi napas dalam. Terapi napas dalam juga

berarti kebebasan mental fisik dari ketegangan dan stress (Wijayanti, dkk, 2021 hlm. 104). Terapi napas dalam diterapkan kurang lebih 5 menit dan akan dilakukan minimal kurang lebih 3 hari diharapkan pasien dengan risiko perilaku kekerasan bisa mengontrol emosinya (Jayanti, dkk, 2022, hlm. 6).

2.4.2. Tujuan Relaksasi Napas Dalam

Tujuan terapi napas dalam adalah mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan kecemasan. (Andarmoyo, 2012, hlm. 98). Adapun tujuan lain menurut (Wijayanti, dkk, 2021, hlm. 104):

2.4.2.1. Menurunkan ketegangan otot

2.4.2.2. Menurunkan tekanan darah, pernapasan dan nadi

2.4.2.3. Meningkatkan konsentrasi pada satu ide

2.4.3. Manfaat Relaksasi Napas Dalam

Manfaat relaksasi napas dalam pada pasien risiko perilaku kekerasan antara lain: dapat meningkatkan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi, berkurangnya rasa cemas, khawatir, dan gelisah, kesehatan mental menjadi lebih baik, meningkatkan daya berpikir logis, meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain dan memperoleh ketentraman hati (Jayanti, dkk, 2022).

2.4.4. Hal- hal yang harus diperhatikan

Dalam relaksasi perhatikan posisi yang tepat serta lingkungan yang tenang untuk kenyamanan pasien, posisi pasien diatur se nyaman mungkin dengan semua bagian tubuh disokong, persendian fleksi dan otot tidak tertarik, apabila pasien merasa terganggu/ menjadi tidak nyaman maka perawat harus menghentikan latihan tersebut. (Wijayanti, D, dkk, 2020, hlm. 107).

2.4.5. Langkah- langkah Relaksasi Napas Dalam

Langkah- langkah relaksasi napas dalam (Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI, 2021) :

- 2.4.6.1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama, tanggal lahir)
- 2.4.6.2. Jelaskan tujuan dan langkah- langkah prosedur
- 2.4.6.3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- 2.4.6.4. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan
- 2.4.6.5. Posisikan pasien se nyaman mungkin
- 2.4.6.6. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 2.4.6.7. Latih melakukan relaksasi napas dalam
 - a. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh
 - b. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan

- c. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan
- d. Demostrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan selama 8 detik

2.4.6.8. Monitor respons pasien selama dilakukan prosedur

2.4.6.9. Rapihkan pasien dan alat- alat yang digunakan

2.4.6.10. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien.

2.5. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah kerangka berpikir yang bersifat teoritis mengenai masalah apa saja yang akan diteliti (Adi, R, 2021, hlm. 175).

Bagan 2.3 Kerangka Teori

