GAMBARAN FAKTOR PREDISPOSISI RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PENDERITA *SKIZOFRENIA* DI RUANG GARDENIA RSUD KRT. SETJONEGORO WONOSOBO

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang

AJENG DHIAN PRIHASTI

23.0603.0107

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2024

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perilaku kekerasan adalah Kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan (PPNI, 2018). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2012) telah mendefinisikan kekerasan sebagai penggunaan sengaja fisik kekuatan atau kekuasaan, terancam atau aktual, melawan diri sendiri, orang lain atau terhadap kelompok atau komunitas yang baik menghasilkan atau memiliki kemungkinan tinggi yang mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis, malfungsi pembangunan atau kekurangan (WHO, 2012) Perolehan data yang didapat masalah gangguan mental emosional yang dialami sebagian besar pasien adalah perilaku kekerasan. Pasien dapat melakukan perilaku kekerasan kepada orang lain, lingkungan maupun terhadap diri sendiri. Pasien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan tindakan-tindakan berbahaya bagi diri sendiri, orang lain dan lingkungan seperti menyerang orang lain, memecahkan perabotan rumah, melempar dan membakar rumah. (Kamitsuru, 2015).

Prevalensi pasien perilaku kekerasan di seluruh dunia sekitar 24 juta orang, lebih dari 50% pasien perilaku kekerasan tidak mendapatkan penanganan. Data World Health Organization (WHO, 2012) pada tahun 2016 menunjukkan terdapat 300 ribu pasien gangguan jiwa di Amerika Serikat melakukan perilaku kekerasan setiap tahun. Menurut data Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2022) jumlah penderita skizofrenia di Indonesia mencapai 2,5 juta

yang terdiri dari pasien dengan perilaku kekerasan mencapai 60% (Kemenkes RI, 2022) Jumlah penderita skizofrenia di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo pada tahun 2023 sebanyak 120 penderita yang terdiri dari pasien dengan perilaku kekerasan mencapai 60 penderita.(RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo, 2023).

Salah satu dampak yang sering kali muncul dari gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan. Ketika seseorang mengalami gangguan jiwa yang tidak terdiagnosis atau tidak terkelola dengan baik, mereka mungkin mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi dan impuls, yang dapat berujung pada tindakan kekerasan. Perubahan suasana hati yang ekstrem, yang bisa menyebabkan perilaku agresif atau impulsif. Dampak dari perilaku kekerasan yang terkait dengan gangguan jiwa bukan hanya dirasakan oleh individu yang mengalami gangguan, tetapi juga oleh lingkungan sekitarnya. Keluarga, teman, dan masyarakat di sekitar individu yang menderita gangguan jiwa sering kali menjadi korban dari perilaku kekerasan tersebut. Mereka mungkin mengalami trauma psikologis, cedera fisik, atau bahkan kematian sebagai akibat dari tindakan agresif yang dilakukan oleh individu yang menderita gangguan jiwa. Selain itu, perilaku kekerasan yang terkait dengan gangguan jiwa dapat menyebabkan ketidakstabilan dalam hubungan interpersonal dan sosial, yang pada gilirannya dapat mengisolasi individu yang terkena gangguan tersebut dari dukungan sosial yang penting (Stuart, 2023).

Tidak hanya dampak individual dan sosial, tetapi juga dampak ekonomi dapat dirasakan sebagai akibat dari gangguan jiwa yang menyebabkan perilaku kekerasan. Biaya kerusakan apabila perilaku kekerasan merusak lingkungan sekitar selanjutnya juga ada biaya pengobatan medis, rehabilitasi, dan perawatan

jangka panjang dapat menjadi beban finansial yang besar bagi individu, keluarga, dan sistem kesehatan. Selain itu, produktivitas kerja dapat terganggu jika individu yang menderita gangguan jiwa tidak dapat mempertahankan pekerjaan atau mengalami absensi yang tinggi akibat dari perilaku kekerasan yang terkait dengan gangguan jiwa mereka. Dengan demikian, dampak ekonomi dari gangguan jiwa yang menyebabkan perilaku kekerasan dapat merugikan individu, keluarga, dan masyarakat secara luas.

Penyebab perilaku kekerasan ada 2 yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor presipitasi adalah faktor yang memicu atau memperburuk gejala gangguan jiwa pada seseorang yang memiliki faktor predisposisi. Faktor yang meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami suatu penyakit atau kondisi tertentu. Faktor predisposisi perilaku kekerasan yaitu faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosialkultural. Faktor presipitasi perilaku kekerasan yaitu klien dan lingkungan (Pangaribuan, N., Manurung, S., Amazihono, V., & Waruwu, 2022). Faktor biologis dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami gangguan jiwa. Faktor-faktor ini termasuk genetika, neurokimia, struktur dan fungsi otak, infeksi, dan trauma kepala. Faktor-faktor ini tidak secara langsung menyebabkan gangguan jiwa, tetapi meningkatkan kerentanan seseorang. Contohnya, seseorang dengan riwayat keluarga skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia, tetapi tidak berarti mereka pasti akan mengalaminya. Faktor-faktor lain, seperti stres dan trauma, juga dapat berperan dalam perkembangan gangguan jiwa. Memahami faktor-faktor biologis ini

penting untuk mengembangkan strategi pencegahan dan pengobatan yang lebih efektif (Sutejo, 2020).

Faktor psikologis predisposisi gangguan jiwa salah satunya adalah pengalaman traumatis di masa kecil, stres berkepanjangan, kesulitan coping, dan keterampilan sosial yang buruk dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami gangguan jiwa. Faktor ini dapat memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku, dan dapat membuat mereka lebih rentan terhadap stres dan krisis kemudian faktor sosialkultural predisposisi gangguan jiwa. Kemiskinan, diskriminasi, stigma terhadap gangguan jiwa, dan kekerasan dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami gangguan jiwa. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan stres, trauma, dan rasa terisolasi, yang dapat memperburuk kesehatan mental seseorang (Iyan, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh (Ovari & Ikhwan, 2018) yaitu sebuah penelitian desain deskriptif berbentuk analitik dengan dan jumlah responden yang 55. Statistik yang digunakan adalah chi square pada makna 0,05. Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh responden gangguan jiwa faktor predisposisi mendominasi 65,5%. Dan lebih dari separuh responden gangguan mental faktor presipitasi yang tidak dominan 52,7%. Penelitian tentang faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor sosialkultural memiliki urgensi yang tak terbantahkan dalam pemahaman kita tentang berbagai aspek kehidupan manusia. Memahami peran faktor-faktor ini dalam kesehatan fisik dan mental, perilaku individu, dan interaksi sosial adalah kunci untuk pengembangan intervensi yang efektif dalam berbagai bidang, seperti kesehatan, pendidikan, dan pembangunan masyarakat.

Tanpa pemahaman yang kuat tentang bagaimana faktor-faktor ini saling berinteraksi dan memengaruhi seorang penderita perilaku kekerasan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di ruang Gardenia RSUD Wonosobo dari 10 pasien yang dikaji semua pasien yang mengalami gangguan jiwa perilaku kekerasan karena di pengaruhi oleh faktor-faktor predisposisi baik itu biologis, psikologis maupun sosoikultural. Banyaknya penderita perilaku kekerasan dan belum adanya penelitian tentang analisa faktor predisposisi resiko perilaku kekerasan pada penderita gangguan jiwa perilaku kekerasan di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo maka penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul analisa faktor predisposisi resiko perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.

B. Rumusan Masalah

Mengetahui faktor resiko pada pasien dengan perilaku kekerasan membuat penting dilakukan agar pengkajian asuhan keperawatan menjadi lengkaap dan kita dapat mengetahui factor yang mungkin bisa menjadi pencetus dari munculnya perilaku kekerasan pada pasien. Berdasarkan data jumlah penderita skizofrenia di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo pada tahun 2023 sebanyak 120 penderita yang terdiri dari pasien dengan perilaku kekerasan mencapai 30 penderita. Belum adanya kajian mengenai hubungan faktor predisposisi resiko perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia membuat topik ini menjadi sangat penting untuk di teliti agar asuhan keperawatan menjadi lebih maksimal berdasarkan identifikasi masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor

predisposisi mana kah yang berhubungan dengan resiko perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Secara umum penelitian ini untuk mengetahui hubungan faktor predisposisi yang berhubungan dengan resiko kejadian perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.

2. Tujuan Khusus

   a. Mengetahui karakteristik Responden berdasarkan jenis kelamin, umur, jenis pekerjaan, status perkawinan dan tingkat pendidikan.
   b. Mengetahui faktor biologis terhadap kejadian perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.
   c. Mengetahui faktor psikologis terhadap kejadian perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.
   d. Mengetahui faktor sosialkultural terhadap kejadian perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

   Mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya tentang faktor predisposisi yang berpengaruh terhadap kejadian perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia.

2. Bagi Masyarakat

   Memberikan tambahan informasi kepada masyarakat khususnya bagi masyarakat tentang faktor predisposisi yang mempengaruhi kejadian perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia.

3. Bagi Intansi Pelayanan Kesehatan

   Memberikan informasi dan masukan dalam menyusun rencana strategis dan meningkatkan upaya kesehatan jiwa di Puskesmas dan Rumah Sakit untuk mendekatkan akses pelayanan pengobatan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan.

4. Bagi profesi perawat

   Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman perawat tentang faktor-faktor yang meningkatkan risiko perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia, sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan kemampuan perawat dalam melakukan intervensi dan pencegahan perilaku kekerasan. Selain itu, penelitian ini juga dapat meningkatkan kesadaran dan advokasi tentang kesehatan mental, serta meningkatkan kontribusi keperawatan dalam bidang kesehatan mental.

E. Ruang lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah sebatas faktor predisposisi yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia, subyek dalam penelitian ini yaitu penderita skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan, tempat penelitian di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1

Tabel Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1	Kadar, Dwi Indah Iswanti (2019)	Faktor predisposisi dan prestipitasi pasien resiko perilaku kekerasan	Kualitatif deskriptif	Ada 3 Faktor predisposisi pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah yaitu : Faktor genetik yang menyebabkan pasien mengalami risiko perilaku kekerasan. Faktor psikologis yang menyebabkan pasien mengalami risiko perilaku kekerasan antara lain yaitu: Kepribadian yang tertutup, Kehilangan, Aniayaseksual, Kekerasandalamkeluarga. Faktor sosial budaya yang menyebabkan pasien mengalami risiko perilaku kekerasan yaitu: Pekerjaan, Pernikahan. Ada 3 Faktor Presipitasi pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah yaitu; faktor genetik; Putus obat sebagai pencetus pasien mengalami resiko perilaku kekerasan. Faktor psikologis yaitu Konsep diri; tidak	Variable terikat maupun variable bebas dari penelitian berbeda begitu pula dengan subjek penelitian

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
				diterima lingkungan sekitar sebagai pencetus pasien mengalami risiko perilaku kekerasan. Faktor sosial budaya yaitu ketidakharmonisan lingkungan tempat tinggal membuat diri ingin marah dan berbicara dengan kasar.(Kadar, Dwi Indah Iswanti2019)	
2	Livana PH, Titik Suerni (2019)	Faktor predisposisi pasien resiko perilaku kekerasan	Kualitatif deskriptif	Sebagian besar responden menyatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, pernah dirawat sebelumnya, sering mengalami kekerasan fisik yang dilakukan oleh keluarga, mengalami kekambuhan dikarenakan pasien diprovokasi, keinginan pasien tidak terpenuhi dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan.(Livana PH, Titik Soerani 2019)	Variable terikat maupun variable bebas dari penelitian berbeda begitu pula dengan subjek Penelitian
3	Riska Amimi, Eka Malfasari, Rizka Febtrina	Analisis tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia	Kualitatif deskriptif	Berdasarkan hasil penelitian mengenai "Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau" tanda dan gejala yang sering muncul pada orang dengan resiko perilaku kekerasan yaitu :	Variable terikat maupun variable bebas dari penelitian berbeda begitu pula dengan subjek Penelitian dan tempat dilakukanya penelitian

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
				mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak(Riska Amini, Eka Malfasari, Rizka Febtrina 2020).	

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, presepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu.(Sheila L. Videbeck, 2008)

Selama berpuluh-puluh tahun, skizofrenia sering disalah artikan oleh masyarakat. Penyakit ini ditakuti sebagai gangguan jiwa yang berbahaya dan tidak dapat dikontrol, dan mereka yang terdiagnosa penyakit ini digambarkan sebagai individu yang tidak mengalami masalah emosional atau psikologis yang terkendali dan memperlihatkan perilaku yang aneh dan amarah. Kebanyakan individu yakin bahwa penderita skizofrenia perlu diasingkan dari masyarakat dan dikirim ke institusi. Hanya baru-baru ini saja, komunitas kesehatan jiwa menyadari untuk belajar dan memberikan penyuluhan kepada mayarakat bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa yang memiliki berbagai tanda dan gejala dan skizofrenia merupakan penyakit yang dapat dikendalikan dengan obat. Dengan meningkatnya efektivitas antipsikotik atipikal terbaru dan kemajuan terapi berbasis di masyarakat, banyak Klien dapat berhasil hidup dalam masyarakat. Klien yang penyakitnya diawasi dan dijaga secara medis sering kali dapat terus hidup dan kadang – kadang dapat bekerja di masyarakat dengan dukungan mereka.(Sheila L. Videbeck, 2008)

2. ETIOLOGI

Menurut Luana penyebab Skizofrenia dalam (Prabowo, 2014) yakni:

a. Faktor biologi

1. Komplikasi kelahiran

   Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan cenderung meningkatkan seseorang terhadap skizofrenia.

2. Infeksi

   Pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia, terdapat perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus. Penelitian mengatakan bahwa terpaparnya infeksi virus pada trimester kedua kehamilan dapat menyebabkan seseorang mengalami skizofrenia.

3. Struktur Otak

   Pada skizofrenia otak terlihat sedikit berbeda dengan orang normal. Ventrikel otak terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

4. Hipotensi dopamine

   Dopamin merupakan neurotransmiter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Kebanyakaan obat antipsikotik baik tipikal maupun antipikal tersebut menyekat reseptor dopamine D2, dengan adanya transmisi sinyal pada sistem dopaminergik yang terhalang dapat meredakan gejala psikotik.

b. Genetika

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia, menunjukkan bahwa resiko seumur hidup mengalami skizofrenia lebih besar pada keluarga biologis pasien daripada sekitar 1% populasi umum. Pewarisan genetika lebih besar menyebabkan resiko yang lebih besar. Resiko pada anak-anak lebih besar jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia daripada hanya salah satunya (Puri, 2011).

3. Klasifikasi

Pembagian Skizofrenia yang dikutip dari Maramis (2005) dalam buku Prabowo (2014), antara lain :

a. Skizofrenia Simplex

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

b. Skizofrenia Hebefrenik

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

c. Skizofrenia Katatonia.

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

d. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang nampak pada klien skizofrenia paranoid yaitu waham primer, disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Mereka suka menyendiri, mudah tersinggung, dan kurang percaya diri pada orang lain

e. Skizofrenia Akut

Gejala seperti pasien dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

f. Skizofrenia Residual

Skizofrenia dengan gejala primer, tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder dan timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.

g. Skizofrenia Skizo Afektif

Gejala utama yaitu gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia terdiri atas dua kategori besar, yaitu gejala positif (hard symptoms) dan gejala negatif *(soft symptoms).*

a. Gejala positif

1) Ambivalen: mempunyai 2 keyakinan atau kepercayaan yang berlawanan tentang seseorang yang sama, suatu kejadian, atau suatu situasi. Dia mempunyai perasaan atau pikiran yang bertentangan.
2) Associative loosen: pikiran atau ide yang terpisah-pisah dan tidak ada hubungan satu dengan yang lain.
3) Delusi : keyakinan yang tidak benar, tidak berubah (fixed), dan tidak berdasarkan pada kenyataan atau realitas.
4) Echopraxia: meniru gerakan atau gerak-gerik dari orang yang sedang diamatinya.
5) Flight of idea: klien mengungkapkan kata-kata terus menerus atau meloncat-loncat dari topik satu ke topik yang lain.
6) Halusinasi: persepsi sensori yang tidak benar dan tidak berdasarkan pada realitas
7) Ideas of reference: pikiran yang tidak benar bahwa kejadian eksternal membawa arti yang khusus untuk dirinya.
8) Perseverasi: memegang teguh suatu ide atau topik; mengulang ulang suatu kalimat atau suatu kata; menolak usaha untuk mengubah topik.

b. Gejala negative

1) Alogia: cenderung bicara sangat sedikit, pembicaraan tidak berartiatau tidak berisi

2) Anhedonia: tidak merasakan kegembiraan atau kesenangan dalam hidupnya, dengan relasinya maupun dengan kegiatannya
3) Apatis: tidak peduli pada orang lain, kejadian atau kegiatannya
4) . Katatonia: imobilitas yang ditimbulkan secara psikologis ketika klien tidak bergerak, kaku seperti dalam keadaan setengah sadar (trance).
5) Afek datar: tidak ada ekspresi wajah yang dapat menunjukkan emosi, perasaan, atau moodnya.
6) Keengganan: tidak ada kemauan, atau ambisi, atau dorongan untuk menyelesaikan atau melakukan sesuatu.

   Gejala yang lazim terdapat pada gejala positif adalah delusi, halusinasi, kekacauan yang mencolok dalam berpikir, berbicara, dan tingkah laku, sedangkan yang lazim pada gejala negatif adalah afek datar (emosi atau mood tidak nampak pada wajah); tidak nyaman dengan orang-orang lain dan menarik diri; tidak ada kemauan atau ambisi, atau dorongan untuk menyelesaikan pekerjaan.

   Gejala positif dapat dikendalikan dengan obat-obatan, tetapi kurang. Gejala ini yang bertahan terus, merupakan penghalang dalam penyembuhan dan kemampuan maksimal untuk melaksanakan fungsinya sehari-hari. (Mary Baradero & dkk, 2019)

5. Fase Skizofrenia

a) Fase akut : Mulai munculnya gejala sampai sebelum 6 bulan, disertai dengan gejala negatif dan positif skizofrenia.

b) Fase kronik : Ditandai dengan gejala akut, sudah berlangsung 6 bulan/lebih, disertai dengan ciri tidak memperhatikan kebersihan diri dan gangguan motoric (pergerakan)

c) Fase premorbid : Pada fase ini, fungsi-fungsi individu masih dalam keadaan normatif. (Keliat, Wiyono, & Susanti, 2013)

d) Fase prodromal :

Adanya perubahan dari fase premorbid menuju gejala psikotik yang nyata. Fase ini berlangsung dalam beberapa minggu bahkan bulan. Lamanya fase ini merata antara 2 sampai 5 tahun. Individu akan mengalami kemunduran dalam fungsi-fungsi yang mendasar (pekerjaan sosial dan rekreasi) dan muncul gejala seperti gangguan tidur, ansietas, konsentrasi berkurang, depresi, menurunya kemampuan, mudah lelah, dan adanya defisit perilaku. Gejala positif seperti curiga mulai berkembang diakhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati mulai menjadi psikosis. (Muhyi, 2011)

e) Fase psikotik

Berlangsung mulai dengan fase akut, kemudian adanya perbaikan memasuki fase stabilisasi dan kemudian fase stabil.

1) Pada fase akut terlihat gambaran psikotik yang jelas, seperti halusinasi, gangguan proses pikir, waham, dan biasanya individu tidak mampu mengurus dirinya sendiri dengan baik.
2) Fase stabilisasi berlangsung selama 6-18 bulan
3) Pada fase stabil terlihat gejala negatif dan residual dari gejala positif. Gejala positif ini masih ada dan biasanya keparahan sudah berkurang disbandingkan dengan fase akut. Beberapa individu dapat dijumpai asimtomatis, dan ada individu lain mengalami gejala nonpsikotik seperti depresi, iritabilitas, ansietas dan dapat terjadi insomnia. (Muhyi, 2011).

6. Penatalaksanaan skizofrenia

Terapi pada skizofrenia bersifat komprehensif meliputi terapi psikofarmaka, psikoterapi, psikososial, dan terapi psikoreligius (Muhyi, 2011).

a) Terapi psikofarmaka

Skizofrenia diobati dengan obat antipsikotik terdiri dari golongan tipikal dan atipikal. Golongan tipikal meliputi: klorpromazin, haloperidol, tioridazin, flufenazin dan lain-lain. Sedangkan golongan atipikal seperti risperidon, klozapin, olanzapin, aripiprazon, quetapin dan lain-lain. Ada perbedaan efek samping dari antipsikotik atipikal dan tipikal.

Antipsikotik atipikal:

1. Menimbulkan lebih sedikit efek samping neurologis
2. Lebih besar kemungkinan menimbulkan efek samping metabolik, seperti berat badan yang bertambah, diabetes mellitus, dan sindroma

metabolik. Penanggulangan memakai antipsikotik diusahakan sesegera mungkin. Eksaserbasi psikotik akut dapat menyebabkan distress emosional, perilaku individu, membahyakan diri sendiri dan orang lain. Terlebih dulu individu menjalani pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan vital sign sebelum memperoleh antipsikotik. (Muhyi, 2011).

b) Psikoterapi

Psikoterapi (terapi kejiwaan) diberikan apabila penderita dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realita sudah pulih kembali, serta pemahaman mengenai diri sudah kembali baik. Psikoterapi ini diberikan pada penderita yang masih tetap mendapat terapi psikofarmaka. Tujuan dari terapi psikofarmaka yaitu untuk memperkuat struktur kepribadian, mematangkan kepribadian, memperkuat ego, meningkatkan citra diri, memulihkan kepercayaan diri, dan semuanya untuk mencapai kehidupan yang berarti dan bermanfaat (Muhyi, 2011).

c) Psikososial

Terapi psikososial ini agar penderita mampu beradaptasi kembali dengan lingkungan sekitarnya, mampu merawat diri secara mandiri sehingga tidak menjadi beban keluarga dan masyarakat. Penderita skizofrenia diusahakan untuk tidak menyendiri, melamun dan diupayakan agar diberi banyak kegiatan dan bersosialisasi (Muhyi, 2011).

d) Terapi psikoreligius

Terapi keagamaan terhadap penderita skizofrenia juga mempunyai manfaat. Kelompok yang mendapat terapi keagamaan, gangguan jiwa skizofrenia cenderung cepat hilang, perawatan hanya membutuhkan waktu yang tidak lama, lebih cepat hilang, kemampuan adaptasi lebih cepat.

Terapi keagamaan yang dimaksudkan berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sholat, berdoa, memanjatkan puji-pujian kepada tuhan, ceramah keagamaan, kajian kitab suci dan lain sebagainya. Adanya keyakinan yang salah bahwa agama dapat mencetuskan terjadinya gangguan jiwa skizofrenia. Diamati dengan adanya gejala waham keagamaan, jalan pikiran yang patologis dengan pola sentral keagamaan. Dengan terapi ini gejala patologis dengan pola sentral keagamaan dapat diluruskan, keyakinan dan keimanan penderita dapat dipulihkan kembali ke jalan yang benar (Muhyi, 2011).

B. Perilaku Kekerasan

1. Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah respons terhadap stresor yang dihadapi seseorang. Reaksi ini dapat merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Mereka yang pernah mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan ancaman, perkelahian, ketidak mampuan untuk tetap tenang, berjalan-jalan, gelisah, infleksi keras, ekspresi wajah tegang, ucapan antusias, agresi, suara

bernada tinggi, dan perilaku berlebihan. Menunjukkan perubahan perilaku, seperti sebagai bersenang-senang. Kemampuan memecahkan masalah, waktu, tempat, orientasi terhadap orang, dan keadaan kecemasan berubah pada orang yang terancam oleh kekerasan. (Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, 2020) Perilaku kekerasan adalah setiap tindakan yang dimaksudkan untuk menyebabkan kerugian fisik atau psikologis pada seseorang dan dapat terjadi dalam dua bentuk: selama tindakan kekerasan atau selama sejarah tindakan kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif terhadap kemarahan karena klien tidak mamp mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Estika Mei Wulansari, 2021)

Perilaku kekerasan merupakan suatu respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya 9 perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan oran lain.(Pangaribuan, N., Manurung, S., Amazihono, V., & Waruwu, 2022).

Dari beberapa pengertian diatas peneliti menyimpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah suatu tindakan dengan tenaga yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan yang bertujuan untuk melukai yang disebabkan karena adanya konflik dan permasalahan pada seseorang baik secara fisik maupun psikologis.

2. Faktor Resiko Perilaku Kekerasan

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

a) Pemikiran waham/delusi, , seperti kesulitan untuk membedakan mana hal yang bersifat kenyataan dan mana yang merupakan imajinasi.
b) Curiga pada orang lain, seperti selalu berprasangka buruk dengan orang lain.
c) Halusinasi, contohnya bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu yang tidak nyata.
d) Berencana bunuh diri.
e) Disfungsi sistem keluarga, contohnya bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, merabaatau mencium sesuatu yang tidak nyata.
f) Kerusakan kognitif, contohnya seseorang yang memiliki kesulitan dengan ingatan, persepsi dan belajar.
g) Disorientasi atau konfusi, contohnya seseorang yang bingung dengan
h) lingkungan dan identitasnya sendiri.
i) Kerusakan kontrol impuls, contohnya sulit mengendalikan impuls agresif atau antisosial.
j) Persepsi pada lingkungan tidak akurat.
k) Alam perasaan depresi.
l) Riwayat kekerasan pada hewan.
m) Kelainan neurologis.
n) Lingkungan tidak teratur.
o) Penganiayaan atau pengabaian anak

p) Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau merusak barang (destruksi property) orang lain.

Impulsif, contohnya ketika seseorang melakukan tindakan tanpa memikirkan akibat dari apa yang dilakukannya.

q) Ilusi, contohnya seseorang yang memiliki khayalan, angan-angan danpengamatan yang tidak sesuai dengan pengindraan, serta tidak dapat dipercaya.

3. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah muka memerah, gugup, mata melotot/umpatan, kata-kata kasar, suara melengking, menjentikkan, bahasa kotor, menjentikkan, benda/memukul orang lain, Menyerang orang lain, merusak lingkungan, pemarah/agresif, mudah tersinggung, tidak berdaya, bermusuhan, marah, ingin berdebat, pilih-pilih, kasar, berdebat, menghina orang lain, peduli tidak, kekasaran, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran (Estika Mei Wulansari, 2021). Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah Risiko perilaku kekerasa (Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, 2020)

a. Subjektif
    1) Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
    2) Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
    3) Klien suka membentak dan menyerang orang lain.
b. Objektif
    1) Mata melotot/pandangn tajam.

2) Tangan mengepal dan Rahang mengatup.
3) Wajah memerah.
4) Postur tubuh kaku.
5) Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
6) Suara keras.
7) Bicara kasar, ketus.
8) Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain.
9) Merusak lingkungan.
10) Amuk/agresif.

4. Etilogi Perilaku Kekerasan

a. Faktor predisposisi

Faktor prediposisi merupakan faktor yang mempermudah dalammenyebabkan terjadinya perilaku seorang seperti keyakinan,kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya. Berbagai pengalaman yang dialami seorang mungkin terjadi atau mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu faktor biologis, faktor psikologis, dan sosial budaya (Muhith, 2015).

1) Faktor biologis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat, akibat dari psikologis terhadap stimulus eksternal, internal, maupun lingkungan. Faktor biologis secara alami dapat menjadi salah satu faktor penyebab (predisposisi) atau menjadi faktor pencetus (presipitasi) terjadinya resiko

perilaku kekerasan pada individu. Faktor predisposisi yang berasal dari biologis dapat dilihat sebagai suatu keadaan atau faktor resiko yang dapat mempengaruhi peran manusia dalam menghadapi stressor (Stuart, 2016). Faktor biologis merupakan adanya pemberian stimulus elektris ringan pada hipotalamus yang daapat menyebabkan perilaku yang agresif (Kusumawati, 2012). Adapun yang termasuk faktor biologis ini adalah:=

a) Struktur otak

Penelitian ini di fokuskan pada tiga area yang diyakini terlibat dengan perilaku agresif adalah system limbik, lobus frontal, dan hypothalamus. Neurotransmitter juga diusulkan memberikan peran dalam munculnya resiko perilaku kekerasan untuk menekankan dalam masalah tersebut (Stuart, 2016). Neuroantomi mempunyai peran dalam menghambat rangsangan, yang akan mempengaruhi sifat agresif, sistem limbik sangat berpengaruh dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan reaspon agresif (Yosep, 2013).

b) Genetik

Adanya faktor gen yang di turunkan melalui orang tua. Secara genetik ditemukan pada kromosom 5 dan 6 yang dapat menyebabkan individu tersebut mengalami skizofrenia. Penelitian yang paling penting memusatkan pada penelitian anak kembar yang menunjukan anak kembar identik beresiko mengalami skizofrenia sebesar 50% sedangkan pada kembar non identik /fraternal beresiko 15%

mengalami skizofrenia. resiko 15% jika salah satu orang tua menderita skizofrenia, angka ini meningkat 40%-50% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Stuart, 2016 & Townsend, 2010). Faktor genetik tipe karyoype XYY, dimana pada umumnya dimiliki oleh orang-orang yang tersangkut dalam hukum akibat dari perilaku agresif (Damaiyanti, 2012)

c) Neurotransmitter

Neurotransmiter adalah zat kimia yang ditransmisikan keseluruh neuron sinapsis, sehingga menghasilkan komunikasi antara otak dan struktur otak yang lain. Peningkatan atau penurunan zat ini dapat memperburuk atau menghambat perilaku agresif (Stuart, 2016). Neurotransniter merupakan zat kimia otak yang di edarkan lalu menuju neuron melalui sinap, yang dapat mempengaruhi dalam proses komunikasi antar struktur otak, sehingga peningkatan atau penurunan zat tersebut dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Terjadinya perubahan keseimbangan senyawa maka dapat menyebabkan terjadinya penghambatan atau dapat memperburuk perilaku agresi (Stuart 2023)

d) Imunovirologi

Karakteristik biologis yang berhubungaan dengan perilakukekerasan adalah riwayat dalam pengunaan NAPZA. Pengunaan obat NAPZA akan mempengaruhi fungsi otak, mempengaruhi terapi dan perawatan yang diberikaan (Satrio, 2015)

2) Faktor Psikologis

a) Kehilangan adalah suatu keadaan dimana seseorang merasa

Kekurangan atas ketiadaan sesuatu yang tadinya ada. Kehilangan disebabkan oleh berbagai macam yaitu kehilangan orang yang dicintai, barang maupun pekerjaan. Rasa kehilangan akan menyebabkan seseorang merasa cemas hingga mengalami kecemasan yang berlebihan itulah yang akan menyebabkan seseorang mengalami gangguan kejiwaan.

b) Kepribadian

Organisasi-organisasi dinamis sistemsistem psikofisik dalam individu yang turut menentukan cara-caranya yang unik/khas dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya. kepribadian adalah sesuatu yang menentukan perilaku dalam ketetapan situasi dan kesadaran jiwa. faktor yang mendukung terjadinya risiko perilaku kekerasan yaitu kepribadian tertutup, kepribadian ini juga menunjukan manifestasi dari koping individu yang dimiliki oleh seseorang dan cara koping seseorang di pengaruhi oleh pengalaman atau trauma yang di miliki oleh orang tersebut (Nurhalimah, 2016).

3) Faktor sosiokultural

Faktor budaya dapat mempengaruhi perilaku agresif, dimana norma budaya dapat menentukan cara yang dapat diterima atau tidak dalam mengekspresikan perasaan agresif, dengan cara mengontrol perilaku kekerasan dalam masyarakatnya untuk mempertahankan

lingkungan yang aman dan nyaman. Faktor budaya juga dapat menyebabkan perilaku kekerasan dimana kondisi budaya tersebut masih dalam pengangguaran, kesulitan menjaga hubungan interpersonal, kondisi kemiskinan, struktur keluarga, kontrol sosial dan ketidak mampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar kehidupan (Stuart, 2016).

Menurut teori bandura bahwa sosial budaya agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain, faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi. Budaya ini dapat mempegaruhi perilaku kekerasan, adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima (Kusumawati, 2012).Faktor budaya merupakan faktor prediposisi yang terjadi pada individu terhadap perilaku kekerasan, karakteristik yang termasuk dalam sosial yaitu: jenis kelamin, tingkat sosial ekonomi dan ras atau suku (Satrio, 2015).

a) Jenis kelamin

Berdasarkan pendapat diatas disampaikan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu karakteristik sosial budaya. Jenis kelamin merupakan ciri fisik, karakter dan sifat yang berbeda. Laki-laki lebih sering melakukan perilaku agresif. Namun berdasarkan penelitian Keliat dkk (2012) pada penelitian karakteristik klien yang dirawat di bangsal MPKP menyebutkan ada 63,9% berjenis kelamin laki-laki, 82,5% terdapat pada golongan umur dewasa yaitu umur 33 tahun sampai 55 tahun.

b) Tingkat sosial ekonomi dan lingkungan sosial

Kondisi sosial yang dapat menyebabkan resiko perilaku kekerasan seperti: kemiskinan dan ketidak mampuan memenuhi kebutuhan hidup, masalah perkawinan, keluarga single parent, pengangguran, kesulitan memepertahankan hubungan interpersonal dalam keluarga, struktur keluarga, dan control social (Videbeck & Sheila, 2020)

c) Ras atau suku

Faktor sosiokultural merupakan norma budaya yang dapat membantu mengartikan makna ekspresi marah dan dapat mendorong untuk mengekspresikan marah secara asertif sehingga dapat membantu mejaga kesehatan diri. Hukuman diterapkan terhadap resiko perilaku kekerasan melalui norma hukum atau adanya kontrol sosial. Norma yang mereinforcement resiko perilaku kekerasan akan berakibat ekspresi marah dengan cara destruktif (Yosep & sutini, 2018).

b. Faktor prsipitasi

Faktor presipitasi merupakan dimana seorang akan berespon marah apabila merasa dirinya terancam, dan ancaman tersebut berupa injury secara psikis, atau lebih dikenal dengan ancaman terhadap konsep diri seseorang, dimana ketika orang tersebut merasa terancam maka dia tidak akan menyadari sama sekali penyebab dari kemarahanya. Ancaman dapat berupa internal dan eksternal, ancaman internal seperti merasa gagal dalam bekerja,

merasa kehilangan orang tua dan ketakutan pada penyakit yang derita. Ancaman eksternal berupa serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang sangat bermakna dan adanya keritikan dari orang lain .

Faktor presipitasi berasal dari klien, lingkungan, atau intraksi dengan orang lain, kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri dapat menyebabkan perilaku kekerasan, demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang di cintai atau pekerjaan dan kekerasan juga dapat merupakan faktor penyebab yang lain, interaksi sosial yang profokatif dan konflik dapat pemicu perilaku kekerasan (Nasir & Muhith, 2013). Faktor presipitasi terbagi menjadi tiga yaitu:

1) Faktor biologis

Stessor presipitasi yang di dapat pada individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan. Setressor tehadap perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh gangguan umpan balik pada otak yang mengatur jumlah dan waktu daam proses berfikir, stimuli pendengaran pada awalnya disaring oleh hipotalamus lalu di kirim dan diperoses oleh lobus frontal, dan apabila informasi tersebut terlalu banyak pada suatu waktu jika informasi tersebut salah lobus frontal mengirim pesan keoverload keganglia lalu diingatkan lagi oleh hipotalamus untuk dapat memperlambat transmisi ke lobus frontal. Penurunan fungsi lobus menyebabkan gangguan dalam proses umpan balik dalam penyampaian informasi (Satrio, 2015).

2) Faktor psikologis

Pemicu terhadap perilaku kekerasan dapat di sebabkan oleh frustasi yang rendah, koping individu yang tidak efektif, impulsive dan secara nyata adanya ancaman terhadap keberadaan dirinya, tubuh atau kehedupannya. Perilaku kekerasan dapat terjadi karena perasaan seperti marah, ansietas, rasa bersalah, frustasi, dan kecurigaan (Towsend, 2016).

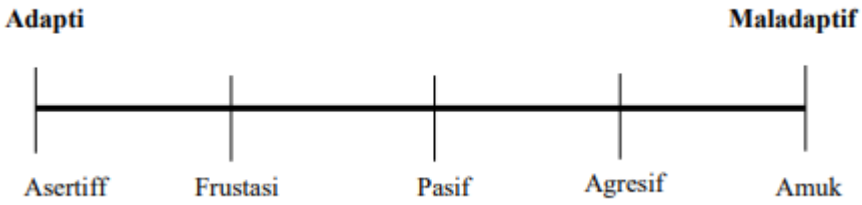
3) Fakor sosial budaya

Kekerasan terjadi ketika klien dipindahkan dalam kelompok yang besar, penuh sesak, kurang privasi, dan tidak bebas. Petugas mungkin secara sengaja atau tidak dapat menyebabkan perilaku klien untuk melakukan tindakan kekerasan, manajemen lingkungan yang buruk, ketidak pahaman petugas, pertemuan fisik yang terlalu dekat, pendekatan batasan yang tidak konsisten dan budaya kekerasan dapat mempengaruhi perilaku kekerasan pada klien. Dengan demikian banyak sekali stressor sosialcultural yang dapat mempengaruhi dan menjadi penyebab ataupun pencetus perilaku kekerasan. Terdapat beberapa faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasaan yaitu:

1) Ekspresi diri, ingin menunjukan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.
2) Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh agresif, dan masa lalu yang tidak dapat menyenagkan

3) Dasar dan kesulitan dalam melakukan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan berdiskusi untuk memecahkan masalah, cendrung selalu melakukan kekerasaan dalam menyelesaikan konflik
4) Kehilangan orang yang berarti, terjadinya konflik merasa terancam baik dalam masalah diri sendiri maupun dari lingkungan.
5) Adanya riwayat perilaku sosial dalam penyalahgunaan obat dan alkohol sehinga tidak mampu dalam mengontrol emosional padasaat mengalami frustasi.
6) Lingkungan yang padat, panas, dan bising juga menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan (Yosep & sutini, 2018).

5. Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Keterangan :

a. Asertif : Kemarahan yang dapat diungkapkan tanpa ada menyakiti orang lain.

b. Frustasi : Tujuan yang tidak tercapai karena tidak realistis atau terhambat.

c. Pasif : Reaksi selanjutnya terhadap ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.
d. Agresif : Perilaku merusak, tetapi masih dapat dikendalikan. Orang yang agresif biasanya tidak mau tahu hak orang lain. Ia menegaskan bahwa setiap orang harus memperjuangkan kebaikannya sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
e. Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol. Yaitu rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun orang lain.

6. Mekanisme Koping

Perawat harus mengidentifikasi mekanisme koping pada klien, sehingga klien sendiri dapat mengembangkan cara yang konstruktif untuk menghadapi kemarahannya Adapti Asertiff Frustasi Pasif Agresif Amuk Maladaptif 14 sendiri. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah untuk pertahanan ego yaitu seperti represi, sublimasi, proyeksi, represi, penyangkalan, dan respons formatif.(Hulu, 2022) Perilaku seperti ini yang terkait dengan risiko perilaku kekerasan meliputi:

a. Menyerang atau menghindar Dalam keadaan ini, pada aktivitas sistem saraf otonom dapat merespons sekresi epinefrin, dapat menghasilkan respons fisiologis yang juga meliputi peningkatan pada tekanan darah, takikardia, wajah marah, pupil melebar, mual, peningkatan sekresi HCL, lambung Penurunan peristaltik, peningkatan gairah, tinju dengan konsekuensi seperti mengepalkan, tubuh kaku dan refleks cepat.

b. Menyatakan secara asertif Perilaku yang sering ditunjukkan dari individu dalam mengungkapkan kemarahannya, yaitu perilaku pasif, agresif, dan asertif, memungkinkan individu untuk dapat mengungkapkan kemarahannya tanpa merugikan orang lain baik secara fisik maupun psikis dan pada diri individu sendiri.
c. Memberontak Perilaku yang tidak konsisten muncul untuk menarik perhatian orang lain, seringkali disertai juga dengan kekerasan.
d. Perilaku kekerasan Kekerasan atau amukan yang ditujukan untuk mendapatkan perhatian orang lain sebagai akibat dari perilaku yang tidak konsisten.

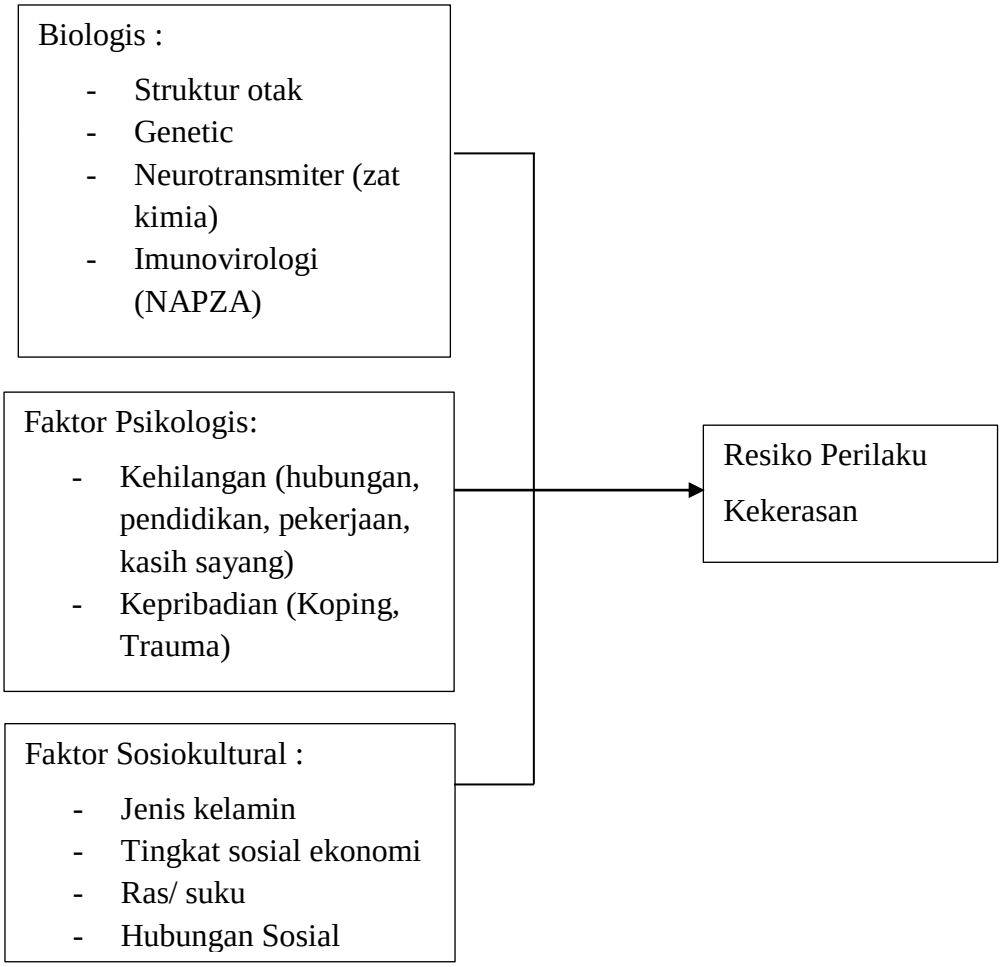
7. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan

Salah satu bentuk upaya untuk mengatasi terapi perilaku kekerasan dengan cara tindakan medis dan non medis. Terapi medis yang diberikan kepada pasien seperti obat antipsikotik adalah Chlorpoazine (CPZ), Risperidon (RSP), Haloperidol (HLP), Clozapindan Trifluoerazine (TFP). Psikofarmaka adalah obat dengan tujuan untuk mengurangi penyebab gangguan jiwa. Penting bagi penderita gangguan jiwa untuk patuh dalam hal minum obat yang diresepkan oleh dokter karena dengan pengobatan efektif mengatasi gangguan jiwa (Pardede, Keliat, & Yulia, 2015). Suatu bentuk tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam hal mengurangi perilaku kekerasan yaitu dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP).

Strategi pelaksanaan bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan keluarga. Apabila klien tidak diberikan SP akan mengakibatkan

menjadi membahayakan orang di sekitarnya. Strategi yang dilakukan klien yaitu dengan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Cara mengontrol perilaku kekerasan fisik dengan cara mengatur relaksasi nafas dalam, memberikan pukulan bantal atau Kasur. Cara mengontrol verbal yaitu dengan menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan memberikan ungkapan dengan baik. Cara mengontrol spiritual dengan cara shalat dan berdoa. Cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat yaitu prinsip 5 benar obat (benar klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat.

C. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian

(Yosep, 2013), (Muhith, 2015), (Satrio, 2015)

BAB III
METODE PENELITIAN

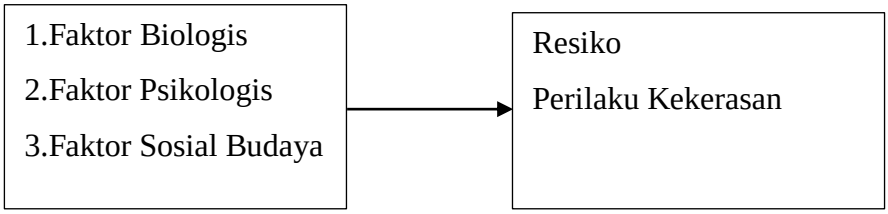
A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional analitik dengan pendekatan retrospektif. Penelitian observasional analitik adalah penelitian yang dilakukan tanpa melakukan intervensi terhadap subyek penelitian yang diarahkan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi. Metode penelitan ini adalah menggunakan metode retrospektif ialah penelitian dimana pengambilan data variabel akibat (dependent) dilakukan terlebih dahulu, kemudian baru diukur varibel sebab yang telah terjadi pada waktu yang lalu yaitu selama ruang Gardenia di buka dari bulan Maret 2023 (Notoatmojo, 2018).

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah susunan konstruksi logika uang dibuat untuk menjelaskan setiap variabe yang akan teliti (Pamungkas & Usman, 2017). Menurut Notoatmojo (2018) kerangka konsep adalah merupakan formulasi dari kerangka teori atau teori-teori yang mendukung penelitian tersebut. Berdasarkan teori dari kerangka teori, maka dapat dibuat kerangka konsep sebagai berikut

Gambar 3.1 Kerangka konsep



C. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel penelitian terdiri dari penderita skizofrenia dengan perilaku kekerasan dan faktor predisiposi yaitu faktor biologis, psikologis dan sosiokultural

Tabel 3.1
Definisi operasional, cara pengukuran, skala, kategori variabel penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala
1	Karakteristik responden	Karakteristik responden dari pasien yang mengalami skizofrenia dengan perilaku kekerasan yang pernah di rawat di Ruang Gardenia RSU Wonosobo	Menggunakan ceklist sesuai dengan karakteristik yang akan di teliti	Karakteritik responden Umur Jenis Kelamin Pendidikan Agama Pekerjaan Suku Pernikahan	Nominal
2	Faktor biologis	Berdasarkan hasl pengkajian faktor yang yang terkait dengan biologis pasien seperti riwayat penyakit, gangguan nutrisi, konsumsi obat dan riwayat keluarga	Pengukuran menggunakan lembar observasi berdasarkan form pengkajian yang di terapkan di RSUD setjonegoro. Di ukur dengan jawaban benar adalah dinilai 1 dan tidak sesuai dengan nilai 0	diukur dengan nilai yang didapatkan adalah jumlah dari komponen yang dinilai dengan nilai skor 1-10	Nominal
3	Psikologis	Berdasarkan hasl pengkajian faktor yang yang terkait dengan Spikologis pasien seperti Riwayat kekerasan, Riwayat status mental dan mekanisme	Pengukuran menggunakan lembar observasi berdasarkan form pengkajian yang di terapkan di RSUD setjonegoro. Di ukur dengan jawaban benar adalah dinilai 1 dan tidak sesuai dengan	diukur dengan nilai yang didapatkan adalah jumlah dari komponen yang dinilai dengan nilai skor 1-10	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala
		koping	nilai 0		
4	Sosio kultural	Berdasarkan hasl pengkajian faktor yang yang terkait dengan sosiokultural pasien seperti jenis kelamin, riwayat martial, Riwayat hubungan social, Riwayat Pendidikan dan Riwayat keagamaan	Pengukuran menggunakan lembar observasi berdasarkan form pengkajian yang di terapkan di RSUD setjonegoro. Di ukur dengan jawaban benar adalah dinilai 1 dan tidak sesuai dengan nilai 0	diukur dengan nilai yang didapatkan adalah jumlah dari komponen yang dinilai dengan nilai skor 1-5	Nominal

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi penelitian

Populasi adalah target pada penelitian ini adalah keseluruhan penderita gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo. Populasi pasien skizofren dengan perilaku kekerasan di bangsal Gardenia dari bulan maret tahun 2023 berdasarkan rekam medis yang ada berjumlah 200 pasien.

2. Sampel penelitian

Sample merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik pengambilan sample dalam penelitian ini adalah menggunakan total sampling yaitu mengambil seluruh populasi dijadikan sebagai sample yaitu berjumlah 200 rekam medis dengan sample yang dibutuhkan ditentukan dengan kriteria yang telah ditentukan yaitu

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan subjek penelitian mewakili sample penelitian yang memenuhi syarat sample. Pada penelitian ini kriteria inklusi yang ditetapkan adalah rekam medis pasien dengan skrizofenia dan gangguan perilaku kekerasan yang sesuai dengan tanda gejala sesuai yang ada sesuai dengan SDKI.

b. Kriteria eksklusi

Merupakan kriteria dimana subjek tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sample penelitian. Kriteria ekslusi penelitian ini adalah

1) Rekam medis pasien dengan diagnose selain skzofrenia
2) Rekam medis dengan pasien skrizofenia yang bukan perilaku kekerasan yang tidak terkasji secara tepat

E. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu Penelitian : penelitian di lakukan di bulan Mei 2024 dengan mengambil sample penelitian yaitu rekam medis pasien selama bulan Maret 2023 sampai dengan Februari 2024.

Tempat Penelitian : RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo

F. Metode dan Alat Pengumpulan Data

1. Penelitian dimulai dengan melakukan pengajuan ijin ke direktur RSUD Wonosobo yang menjadi tempat penelitian
2. Setelah mendapatkan ijin penelitian dilakukan dengan meemilih rekam medis yang menjadi pasien yang di rawat di ruang gardenia RSUD Wonosobo
3. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah menggunakan metode dokumentasi dengan melakukan penilaian menggunakan daftar tilik (*cheklist*) tabel. Penelitian dengan menggunakan metode ini mempermudah peneliti untuk melakukan penilaian terhadap intrumen-instrumen yang akan diteliti sehingga hasil data yang diperoleh lebih jelas dan akurat.
4. Penelitian dengan melakukan penilaian kepada 200 rekam medis pasien yang dirawat di ruang Gardenia RSUD Wonosobo Periode bulan Maret 2023 sampai dengan Februari 2024 dengan menggunakan instrumen yang telah ditetapkan dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi yang ttelah ditetapkan
5. Setelah data ditemukan kemudian dilanjutkan dnegan melakukan analisa data dari data yang di temukan.
6. Selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel yang di tuangkan pada BAB IV pada penelitian ini

G. Metode Pengolahan data dan analisis data

1. Pengolahan data

   Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan bantuan komputer dengan program SPSS.

Tahapan pengolahan data meliputi :

a. *Cleaning*

   Data yang telah dikumpulkan dilakukan cleaning data yang berarti sebelum data dilakukan pengolahan, terlebih dahulu dilakukan pengecekan agar tidak terdapat data yang tidak perlu.

b. *Editing*

   Setelah data dikumpulkan dilakukan pengeditan untuk mengecek kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data.

c. *Coding*

   Coding dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data termasuk dalam pengelompokan kategori dan pemberian skor.

d. *Entry*

   Memasukan data ke program komputer untuk proses analisis data.

2. Analisis data

   Analisis data dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik responden menurut kasus dan kontrol. Analisis ini dilakukan dengan mendistribusikan variabel yang diteliti dengan statistik deskriptif (nilai mean dan standard deviation untuk variabel numerik dan frekuensi/persentasi untuk variabel kategorikal) yang disajikan dalam bentuk tabel atau grafik. Penelitian ini di tujukan untuk mengtahui distribusi dari masing-masing factor predisposisi yang dapat menimbulkan gangguan jiwa perilaku kekerasan.

H. Etika Penelitian

Prinsip etika dibedakan menjadi tiga bagian yaitu sebagai berikut :

1. Prinsip Manfaat

   Penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subyek, selain itu peneliti berhati-hati dalam mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subyek pada setiap tindakan. Prinsip berbuat baik (beneficence) dan tidak merugikan (non-maleficence).

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

   Subyek dilakukan secara manusiawi yang mempunyai hak memutuskan untuk bersedia menjadi subyek atau tidak, tanpa adanya sanksi apapun atau yang dapat mengganggu kesembuhannya (*Right to self determination*).

3. Keadilan (*right to justice*)

   Subyek diperhatikan secara adil, baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaan dalam penelitian tanpa adanya deskriminasi. Subyek juga mempunyai hak agar data yang di berikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonimity*) dan rahasia (*confidentiality*).

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat di tarik berdasarkan hasil analisa dan pembahasan yangtelah diuraikan sebagai berikut

1. Tabel 4.1 menggambarkan karakteristik responden pasien dengan perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia di ruang Gardenia RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo. Mayoritas responden adalah laki-laki sebanyak 103 orang (51.5%), dengan pendidikan menengah sebanyak 88 orang (44%), dan sebagian besar bekerja yaitu sebanyak 110 orang (55%). Responden terbanyak berada dalam rentang usia 31-40 tahun sebanyak 120 orang (60%), berasal dari suku Jawa sebanyak 183 orang (92%), dan hampir semua beragama Islam sebanyak 194 orang (97%). Mayoritas responden sudah menikah sebanyak 111 orang (55.5%).
2. Berdasarkan factor biologis Riwayat/sedang menjalani pengobatan merupakan faktor risiko terbanyak pada pasien gangguan jiwa pada penelitian ini sebanyak 55% responden.
3. Berdasarkan faktor psikologi menunjukkan terbanyak adalah faktor martial dan faktor penolakan oleh orang lain sebanyak 43% memiliki riwayat kegagalan hubungan.
4. Berdasarkan faktor sosiokultural masalah rwiayat hubugnan sosial tidak pernah/jarang bergaul sebanyak (54%)

B. Saran

1. Untuk Rumah Sakit

   Rumah sakit perlu meningkatkan fasilitas keamanan di ruang perawatan pasien skizofrenia, termasuk penggunaan sistem pemantauan dan pelatihan staf keamanan khusus. Mengembangkan program intervensi yang mengintegrasikan pendekatan psikologis dan sosiokultural, mengingat faktor-faktor ini terbukti memiliki hubungan signifikan dengan perilaku kekerasan. Memperkuat layanan konseling dan dukungan psikologis untuk pasien, serta menyediakan sesi dukungan kelompok bagi keluarga pasien untuk memahami dan mengelola kondisi skizofrenia.

2. Untuk Perawat

   Sebagai Perawat harus mendapatkan pelatihan khusus tentang manajemen perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan menerapkan pendekatan holistik dalam perawatan, yang tidak hanya fokus pada aspek medis tetapi juga pada kebutuhan psikologis dan sosial pasien. Meningkatkan komunikasi antara perawat dan pasien untuk membangun hubungan yang lebih baik dan memahami faktor-faktor yang dapat memicu perilaku kekerasan.

3. Untuk Peneliti Selanjutnya

   Melakukan penelitian lanjutan dengan sampel yang lebih besar dan beragam untuk memperkuat temuan mengenai faktor-faktor predisposisi risiko perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia. Meneliti faktor-faktor lain yang mungkin berkontribusi terhadap perilaku kekerasan, seperti faktor genetik atau riwayat trauma masa kecil. Mengkaji efektivitas

berbagai intervensi yang telah dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan dan dampaknya terhadap kesejahteraan pasien dan lingkungan rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Aini, S. Q. (2015). Faktor-faktor Penyebab Kekambuhan Pada Skrizofenia Setelah Perawatan di RUmah Sakit. *Jurnal Litbang*, *XI*(1), 65–73.

Assari, S., & Cladwell, C. H. (2014). Sex differences in the association between testosterone and violent behaviors. *Trauma Monthly*, *19*(3). https://doi.org/10.5812/traumamon.18040

Estika Mei Wulansari, E. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Daerah Dr Arif Zainuddin Surakarta (Doctoral Dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).*

Handayanni, V. (2021). *Gangguan Jiwa Bisa Menurun Secara Genetik?* Halo.Doc. https://www.halodoc.com/artikel/gangguan-jiwa-bisa-menurun-secara-genetik

Hulu, F. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia*.

Iyan. (2021). *Perawatan Pasien Halusinasi*. Pustaka Taman Ilmu.

Kamitsuru, H. &. (2015). *Diagnosis Keperawatn Difinisi dan Klasifikasi*.

Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, *2*(3), 149. https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226

Kemenkes RI. (2022). Profil Kesehatan Indonesia 2021. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.

Mendrofa, F. A. (2022). PENGARUH STRATEGI PELAKSANAAN KELUARGA TERHADAP KEKAMBUHAN PASIEN ODGJ. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, *5*, 291–296.

Micciolo, R., Bianconi, G., Canal, L., Clerici, M., Ferla, M. T., Giugni, C., Iozzino, L., Sbravati, G., Tura, G. B., Vita, A., Zagarese, L., & de Girolamo, G. (2022). Young age and the risk of violent behaviour in people with severe mental disorders: prospective, multicentre study. *BJPsych Open*, *8*(1), 1–7. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1047

Moth, R. (2022). Understanding Mental Distress. *Understanding Mental Distress*, 4–6. https://doi.org/10.56687/9781447349884

Nasir, A., & Muhith, A. (2013). *Dasar-dasar keperawatan jiwa : pengantar dan teori* (1st ed.). Salemba Medika.

Notoatmojo. (2018). Metodologi Penelitian Kesehatan. *Rineka Cipta*.

Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Kementiran Kesehatan.

Ovari, I., & Ikhwan, M. (2018). Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa di Puskesmas Pegang Panti Pasaman. *Jurnal Kesehatan Perintis*, *5*, 108–114. https://media.neliti.com/media/publications/275179-faktor-predisposisi-dan-presipitasi-berh-474d155a.pdf

Pangaribuan, N., Manurung, S., Amazihono, V., & Waruwu, Y. D. (2022). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skiozfrenia*.

Pangestika, A. P., Purnamasari, S. E., & Kurniawan, A. P. (2022). Hubungan Antara Persepsi Budaya Patriarki Dengan Perilaku Kekerasan Seksual Terhadap Perempuan Pada Laki-Laki Dewasa Awal. *PSIKOSAINS (Jurnal Penelitian Dan Pemikiran Psikologi)*, *16*(2), 137. https://doi.org/10.30587/psikosains.v16i2.4578

Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). *Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan*.

Pardede, Keliat, & Yulia, I. (2015). *Kepatuhan Dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkat Setelah Diberikan Acceptance and Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat*.

PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

Restiana, N., & Sulistian, F. (2018). Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Tamansari. *Analytical Biochemistry*, *11*(1), 1–5. http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-59379-1%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-420070-8.00002-7%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.ab.2015.03.024%0Ahttps://doi.org/10.1080/07002689.2018.1441103%0Ahttp://www.chile.bmw-motorrad.cl/sync/showroom/lam/es/

RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo. (2023). *Data penderita skizofrenia*.

Sheila L. Videbeck. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*.

Stuart, G. W. (2023a). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat (ed.); 2nd ed.). Elsevier.

Stuart, G. W. (2023b). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat (ed.); 2nd ed.). Elsevier. https://www.google.co.id/books/edition/Prinsip_dan_Praktik_Keperawatan_Kesehata/WamJEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+Stuart,+Keliat+and+Pasaribu,+2023&pg=PR2&printsec=frontcover

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*

(10th ed.). Elsevier.

Sukrang, F. (2022). The Relationship Between Medication Compliance And Relapse In Schizophrenia Patients. *Comprehensive Health Care*, *6*, 117–124.

Sutejo. (2020). *Keperawatan Jiwa Konsep & Praktik*. Pustaka Baru Press.

Towsend. (2016). *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications*. EGC.

Videbeck, & Sheila. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC.

Wahyuningsih, S. (2019). Hubungan Faktor Keturunan Dengan Kejadian Gangguan Jiwa Di Desa Banaran Galur Kulor Progo Yogyakarta. *Electronic Theses and Disertasi STIKES Aisyiyah Yogyakarta*, 1–16.

WHO. (2012a). : *mental health: new understanding, new hope.*

WHO. (2012b). *mental health: new understanding, new hope.*

Yosep, I., & sutini, T. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (D. Wildani (ed.); 8th ed.). Refika Adittama.