

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Manajemen Risiko Jiwa

2.1.1 Definisi Manajemen Risiko Jiwa

Manajemen risiko mencakup serangkaian tindakan yang disusun berdasarkan hasil penilaian risiko dengan tujuan mencegah atau meminimalkan terjadinya dampak yang tidak diharapkan, Manajemen risiko merupakan suatu proses sistematis yang dilakukan untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, dan mengendalikan risiko guna mencegah terjadinya kejadian tidak diinginkan serta meningkatkan keselamatan pasien (Kementrian Kesehatan RI, 2024). Manajemen risiko dalam keperawatan jiwa adalah proses sistematis untuk mengidentifikasi, menilai, mengendalikan, dan memonitor risiko yang berpotensi menyebabkan bahaya terhadap pasien, tenaga kesehatan, atau lingkungan perawatan, proses ini mencakup penilaian risiko (risk assessment), perancangan intervensi pencegahan, serta evaluasi berkelanjutan terhadap hasil tindakan keperawatan guna memastikan keselamatan dan kualitas layanan klinis (Budiani *et al.*, 2025) . Manajemen risiko dalam layanan kesehatan jiwa telah didefinisikan sebagai penerapan sistematis dari kebijakan, prosedur, dan praktik untuk tugas mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, dan menangani risiko (Dickens *et al.*, 2023).

2.1.2 Tujuan Manajemen Risiko

Manajemen risiko dalam pelayanan kesehatan bertujuan untuk memastikan penyelenggaraan tata kelola yang efektif dan terintegrasi melalui proses identifikasi, analisis, evaluasi, dan pengendalian risiko secara sistematis guna meminimalkan kemungkinan serta dampak risiko terhadap pencapaian tujuan organisasi dan keselamatan pelayanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Dalam konteks pelayanan kesehatan jiwa, manajemen risiko diarahkan untuk mengendalikan risiko klinis, termasuk risiko perilaku kekerasan, sehingga keselamatan pasien, tenaga kesehatan, dan lingkungan perawatan tetap terjaga.

2.1.3 Tahapan Manajemen Risiko

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang Pedoman Manajemen Risiko di Lingkungan Kementerian Kesehatan dilaksanakan melalui enam tahapan, yaitu identifikasi risiko, penilaian risiko, evaluasi risiko, perlakuan risiko, pemantauan dan peninjauan, serta pencatatan dan pelaporan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

1. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko merupakan tahapan awal dalam proses manajemen risiko yang bertujuan untuk mengenali potensi bahaya yang dapat menimbulkan risiko dalam pelayanan kesehatan (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

Identifikasi risiko meliputi:

- 1) Mengidentifikasi sumber, penyebab, dan dampak risiko
- 2) Mengumpulkan data dan informasi risiko

2. Penilaian dan analisis Risiko

Analisis risiko merupakan proses untuk memahami tingkat risiko melalui penilaian terhadap kemungkinan terjadinya suatu kejadian dan dampak yang ditimbulkannya (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Penilaian risiko meliputi:

- 1) Menilai kemungkinan (probabilitas) risiko
- 2) Menilai dampak risiko
- 3) Menghitung atau menentukan tingkat risiko
- 4) Menentukan prioritas risiko

3. Evaluasi Risiko

Evaluasi risiko merupakan tahapan untuk membandingkan hasil analisis risiko dengan kriteria risiko yang telah ditetapkan guna menentukan apakah risiko tersebut dapat diterima atau memerlukan perlakuan lebih lanjut (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Evaluasi risiko meliputi:

- 1) Melakukan evaluasi secara berkala
- 2) Melakukan review efektivitas manajemen risiko
- 3) Melakukan pelaporan hasil manajemen risiko

4. Tindakan dan Pengendalian Risiko

Perlakuan risiko merupakan upaya yang dilakukan untuk mengurangi kemungkinan maupun dampak risiko sesuai hasil evaluasi (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Perlakuan risiko meliputi:

- 1) Menentukan tindakan pengendalian risiko
- 2) Melaksanakan pengendalian/mitigasi risiko
- 3) Menilai efektivitas pengendalian risiko
- 4) Menentukan apakah risiko dapat ditoleransi

5. Pemantauan dan Peninjauan

Pemantauan dan peninjauan dilakukan untuk memastikan bahwa perlakuan risiko berjalan efektif dan risiko tetap berada dalam batas yang dapat diterima (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Tahap ini meliputi:

- 1) Melakukan monitoring manajemen risiko
- 2) Melakukan evaluasi secara berkala
- 3) Melakukan review efektivitas manajemen risiko

6. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan merupakan bagian penting dalam manajemen risiko untuk memastikan seluruh proses terdokumentasi dan dapat ditelusuri (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Pencatatan dan pelaporan meliputi:

- 1) Melakukan pelaporan hasil manajemen risiko

2.1.4 Prinsip Manajemen Risiko

Menurut Supriyanto dan Ernawaty (2018) dalam buku Manajemen Risiko Rumah Sakit: Teori dan Praktik, Prinsip manajemen risiko merupakan landasan dasar dalam penerapan sistem pengelolaan risiko di rumah sakit. Prinsip ini menekankan bahwa manajemen risiko bukan kegiatan insidental, melainkan bagian integral dari tata kelola organisasi dan sistem manajemen rumah sakit. Prinsip-prinsip tersebut meliputi:

1. Integrasi dalam tata kelola organisasi

Manajemen risiko harus menjadi bagian dari perencanaan strategis, pengambilan keputusan, dan operasional pelayanan rumah sakit. Setiap kebijakan, prosedur, dan aktivitas pelayanan perlu mempertimbangkan potensi risiko yang dapat mempengaruhi mutu dan keselamatan.

2. Pendekatan sistematis dan terstruktur

Pengelolaan risiko dilakukan melalui tahapan yang jelas dan terdokumentasi, mulai dari identifikasi, analisis, evaluasi, hingga pengendalian risiko. Pendekatan ini bertujuan agar risiko dapat dikendalikan secara konsisten dan tidak bersifat reaktif semata.

3. Berorientasi pada pencegahan

Manajemen risiko menekankan upaya preventif dengan mengidentifikasi potensi bahaya sebelum terjadi insiden. Pencegahan diprioritaskan dibandingkan penanganan setelah kejadian.

4. Akuntabilitas dan tanggung jawab bersama

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab dalam menetapkan kebijakan dan sistem manajemen risiko, sedangkan seluruh tenaga kesehatan berperan aktif dalam melaksanakan identifikasi, pelaporan, serta pengendalian risiko di unit kerja masing-masing.

5. Perbaikan berkelanjutan

Manajemen risiko harus dievaluasi secara berkala untuk meningkatkan efektivitas sistem serta menyesuaikan dengan dinamika pelayanan kesehatan (Supriyanto & Ernawaty, 2018).

2.1.5 Klasifikasi Risiko

Menurut Supriyanto dan Ernawaty (2018) dalam buku Manajemen Risiko Rumah Sakit: Teori dan Praktik, Prinsip manajemen risiko, Klasifikasi risiko dilakukan untuk memudahkan proses pengenalan, pengelompokan, serta pengendalian risiko dalam organisasi rumah sakit.

Klasifikasi risiko meliputi:

1. Risiko Klinis

Risiko yang berkaitan langsung dengan pelayanan medis dan keperawatan, termasuk tindakan diagnostik, terapeutik, penggunaan alat kesehatan, serta pemberian obat. Risiko ini dapat berdampak langsung terhadap keselamatan pasien.

2. Risiko Operasional

Risiko yang timbul akibat kegagalan sistem kerja, kesalahan prosedur, gangguan sarana prasarana, atau ketidaksesuaian standar operasional.

3. Risiko Manajerial

Risiko yang berkaitan dengan kebijakan, kepemimpinan, dan pengelolaan sumber daya manusia yang dapat mempengaruhi kinerja organisasi.

4. Risiko Keuangan

Risiko yang berhubungan dengan pengelolaan anggaran dan potensi kerugian finansial yang dapat mempengaruhi keberlangsungan operasional rumah sakit.

2.1.6 Fungsi Pokok Manajemen Risiko

Menurut Supriyanto dan Ernawaty (2018) dalam buku Manajemen Risiko Rumah Sakit: Teori dan Praktik, Prinsip manajemen risiko, Fungsi pokok manajemen risiko merupakan bagian dari proses manajerial yang bertujuan mengendalikan potensi kerugian dan meningkatkan keselamatan pelayanan. Dalam rumah sakit, fungsi manajemen risiko meliputi:

1. Fungsi Identifikasi

Fungsi ini bertujuan untuk mengenali secara sistematis seluruh potensi risiko yang dapat terjadi dalam setiap aktivitas pelayanan. Identifikasi dilakukan secara menyeluruh terhadap proses klinis maupun non-klinis.

2. Fungsi Analisis dan Penilaian

Setelah risiko diidentifikasi, dilakukan analisis untuk memahami tingkat risiko berdasarkan kemungkinan terjadinya dan besarnya dampak yang ditimbulkan. Penilaian ini menjadi dasar dalam menentukan prioritas pengelolaan risiko.

3. Fungsi Pengendalian

Fungsi pengendalian bertujuan untuk menentukan dan menerapkan tindakan yang dapat mengurangi kemungkinan maupun dampak risiko. Pengendalian dilakukan melalui penyusunan kebijakan, prosedur, serta perbaikan sistem kerja.

4. Fungsi Pemantauan

Pemantauan dilakukan untuk memastikan bahwa tindakan pengendalian berjalan efektif dan risiko tetap berada dalam batas yang dapat diterima. Pemantauan bersifat berkelanjutan.

5. Fungsi Pelaporan

Fungsi pelaporan bertujuan untuk menyampaikan informasi mengenai risiko dan hasil pengelolaannya kepada pimpinan sebagai dasar pengambilan keputusan.

2.1.7 Kegunaan Manajemen Risiko

Menurut Supriyanto dan Ernawaty (2018) dalam buku Manajemen Risiko Rumah Sakit: Teori dan Praktik, Prinsip manajemen risiko, Manajemen risiko memiliki peranan penting dalam mendukung tata kelola rumah sakit yang efektif. Kegunaan manajemen risiko antara lain:

1. Mengurangi potensi kerugian Dengan mengidentifikasi dan mengendalikan risiko, organisasi dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya kerugian klinis maupun non-klinis.
2. Meningkatkan keselamatan pasien
Manajemen risiko membantu mencegah kejadian tidak diharapkan dan meningkatkan mutu pelayanan.
3. Mendukung pengambilan keputusan
Informasi mengenai risiko menjadi dasar dalam penyusunan kebijakan dan strategi organisasi.
4. Menjaga keberlangsungan organisasi
Pengelolaan risiko yang baik membantu rumah sakit mempertahankan stabilitas operasional dan keuangan.
5. Meningkatkan kepercayaan masyarakat
Dengan sistem pengelolaan risiko yang baik, citra dan reputasi rumah sakit dapat terjaga.

2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Perawat dalam Pelaksanaan Penerapan Manajemen Risiko

Menurut Nursalam (2020), praktik keperawatan profesional merupakan pelayanan keperawatan yang dilaksanakan berdasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan, kompetensi, standar praktik, dan kode etik profesi. Kompetensi perawat menjadi salah satu komponen utama dalam menentukan mutu pelayanan keperawatan karena mencerminkan kemampuan perawat dalam mengintegrasikan pengetahuan, keterampilan, sikap profesional, dan pengambilan keputusan klinis selama memberikan asuhan keperawatan. Kompetensi tersebut berkembang

melalui proses pendidikan, pengalaman kerja, pengembangan profesional berkelanjutan, penerapan standar praktik, serta pembinaan yang dilakukan oleh organisasi pelayanan kesehatan.

Dalam praktik keperawatan, kompetensi profesional berperan dalam mendukung kemampuan perawat untuk melakukan pengkajian secara komprehensif, mengidentifikasi masalah pasien, menentukan prioritas tindakan, melaksanakan intervensi keperawatan, melakukan evaluasi, serta mendokumentasikan pelayanan sesuai dengan standar profesi. Pelaksanaan manajemen risiko juga memerlukan kompetensi yang memadai agar setiap tahapan, mulai dari identifikasi risiko, penilaian risiko, pengendalian risiko, hingga evaluasi dan pelaporan, dapat dilakukan secara sistematis sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

1. Pendidikan

Menurut Nursalam (2020), pendidikan merupakan proses yang bertujuan meningkatkan kemampuan intelektual, pengetahuan, keterampilan, serta sikap profesional perawat agar mampu memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Pendidikan menjadi dasar dalam pembentukan kompetensi karena melalui proses pembelajaran seorang perawat memperoleh pemahaman mengenai konsep keperawatan, proses keperawatan, keselamatan pasien, komunikasi terapeutik, serta kemampuan dalam menerapkan standar praktik keperawatan.

Tingkat pendidikan berhubungan dengan kemampuan perawat dalam memahami berbagai kondisi klinis, melakukan analisis terhadap permasalahan pasien, serta mengambil keputusan secara tepat berdasarkan pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan juga berperan dalam membentuk kemampuan berpikir kritis, kemampuan menyelesaikan masalah, kemampuan bekerja sama dalam tim kesehatan, serta tanggung jawab profesional dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Menurut Lewis et al. (2022), *Competency-Based Education* (CBE) merupakan pendekatan pendidikan keperawatan yang berorientasi pada pencapaian kompetensi yang harus dikuasai oleh mahasiswa maupun perawat sebelum menjalankan praktik profesional. Pendekatan tersebut menekankan pengembangan *clinical judgment*, kemampuan berpikir kritis, keterampilan klinis, komunikasi efektif, kolaborasi antarprofesi, serta kemampuan mengambil keputusan berdasarkan bukti ilmiah (*evidence-based practice*). Pendidikan berbasis kompetensi juga mempersiapkan perawat agar mampu beradaptasi terhadap perkembangan pelayanan kesehatan serta memberikan pelayanan yang aman dan berpusat pada pasien.

2. Lama Bekerja (Pengalaman Kerja)

Menurut Nursalam (2020), pengalaman kerja merupakan proses pembelajaran yang diperoleh melalui pelaksanaan praktik keperawatan secara terus-menerus dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pengalaman kerja memungkinkan perawat mengembangkan pengetahuan, meningkatkan

keterampilan klinis, serta memperkuat kemampuan berpikir kritis dalam menghadapi berbagai kondisi yang ditemukan selama praktik keperawatan.

Semakin lama masa kerja seorang perawat, semakin banyak pengalaman yang diperoleh dalam melakukan pengkajian, mengenali perubahan kondisi pasien, menentukan prioritas tindakan, melaksanakan intervensi keperawatan, serta mengevaluasi hasil pelayanan. Pengalaman tersebut membentuk kemampuan perawat dalam melakukan pengambilan keputusan klinis secara lebih cepat dan tepat sesuai dengan kondisi pasien serta standar praktik keperawatan. Pengalaman kerja juga berhubungan dengan kemampuan perawat dalam beradaptasi terhadap lingkungan kerja, bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain, serta menghadapi berbagai situasi yang memerlukan ketepatan tindakan. Pengalaman praktik yang berkelanjutan menjadi bagian dari proses pengembangan kompetensi profesional dalam memberikan pelayanan keperawatan.

3. Pelatihan

Menurut Nursalam (2020), pelatihan merupakan salah satu bentuk pengembangan sumber daya manusia yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan profesional perawat sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, serta kebutuhan pelayanan kesehatan. Pelatihan diselenggarakan untuk memperbarui kompetensi perawat sehingga mampu memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar praktik keperawatan.

Pelatihan memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengembangkan kemampuan teknis maupun nonteknis, meningkatkan kemampuan berpikir kritis, memperkuat keterampilan klinis, serta meningkatkan kemampuan komunikasi dan kerja sama dalam tim pelayanan kesehatan. Selain itu, pelatihan juga menjadi sarana bagi perawat untuk memahami perubahan kebijakan pelayanan, perkembangan teknologi kesehatan, serta penerapan praktik keperawatan berbasis bukti. Pengembangan kompetensi melalui pelatihan dilakukan secara berkesinambungan sebagai bagian dari peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan pengembangan profesional perawat.

4. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Menurut Nursalam (2020), Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan pedoman yang digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan setiap tindakan keperawatan agar pelayanan diberikan secara konsisten, efektif, efisien, aman, dan sesuai dengan standar profesi. SOP disusun berdasarkan standar pelayanan dan kebijakan organisasi sehingga setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat memiliki prosedur yang jelas serta dapat dipertanggungjawabkan.

Penerapan SOP membantu perawat dalam melaksanakan proses keperawatan secara sistematis mulai dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi. Kepatuhan terhadap SOP juga mendukung terciptanya pelayanan yang seragam, meminimalkan variasi tindakan, serta mengurangi kemungkinan terjadinya

kesalahan dalam pelayanan keperawatan. SOP menjadi salah satu pedoman penting dalam pelaksanaan manajemen risiko karena setiap tahapan pelayanan dilakukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.

5. Supervisi

Menurut Nursalam (2020), supervisi merupakan salah satu fungsi manajemen keperawatan yang dilakukan melalui kegiatan pembinaan, pengarahan, bimbingan, pengawasan, dan evaluasi terhadap pelaksanaan praktik keperawatan. Supervisi bertujuan membantu perawat dalam meningkatkan kemampuan profesional sehingga pelayanan keperawatan dapat diberikan sesuai dengan standar praktik dan tujuan organisasi pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan supervisi memberikan kesempatan kepada perawat untuk memperoleh umpan balik terhadap pelaksanaan tugas, mengidentifikasi hambatan yang dihadapi selama praktik, serta memperoleh pembinaan dalam meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan klinis. Supervisi juga berperan dalam memantau kepatuhan terhadap standar pelayanan, standar operasional prosedur, serta kebijakan rumah sakit. Supervisi yang dilakukan secara berkesinambungan mendukung pengembangan kompetensi profesional perawat melalui proses pembelajaran, evaluasi, dan perbaikan mutu pelayanan keperawatan.

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Definisi Skizofrenia

Menurut Kraepelin dalam Maramis & Maramis (2014), skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang sebelumnya disebut sebagai *dementi praecox*. Kraepelin menggambarkan gangguan ini sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan kemunduran fungsi mental yang terjadi secara bertahap, terutama pada proses berpikir, emosi, dan perilaku individu. Menurut Bleuler dalam Maramis & Maramis (2014), istilah skizofrenia berasal dari kata *schizo* yang berarti terpecah dan *phren* yang berarti pikiran. Istilah ini digunakan untuk menggambarkan adanya gangguan integrasi antara proses berpikir, emosi, dan kemauan sehingga terjadi ketidakharmonisan fungsi psikis pada individu. Menurut Schneider dalam Maramis & Maramis (2014), skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya gangguan khas pada pengalaman berpikir dan persepsi individu, yang tampak melalui berbagai gejala seperti halusinasi, waham, serta gangguan proses berpikir.

2.3.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Bleuler dalam Maramis & Maramis (2014), penyebab skizofrenia belum diketahui secara pasti, namun terdapat beberapa faktor yang diduga berperan dalam timbulnya gangguan tersebut.

1. Faktor Keturunan (Hereditas)

Faktor keturunan memiliki peran penting dalam terjadinya skizofrenia. Individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat skizofrenia memiliki risiko lebih besar untuk mengalami gangguan yang sama dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki riwayat tersebut.

2. Faktor Biologis

Gangguan pada fungsi otak diduga berperan dalam terjadinya skizofrenia. Perubahan pada sistem saraf pusat dapat mempengaruhi proses berpikir, persepsi, serta emosi individu.

3. Faktor Psikologis

Tekanan psikologis yang berat dapat menjadi faktor yang memicu munculnya gejala skizofrenia, terutama pada individu yang memiliki kerentanan terhadap gangguan tersebut.

4. Faktor Lingkungan

Kondisi lingkungan yang tidak mendukung, konflik dalam keluarga, serta tekanan sosial dapat berperan dalam memicu timbulnya gangguan skizofrenia.

2.3.3 Jenis-Jenis Skizofrenia

Menurut Kraepelin dalam Maramis & Maramis (2014), skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe berdasarkan gejala yang paling menonjol.

1. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan adanya waham dan halusinasi yang menonjol. Penderita sering merasa dicurigai, diawasi, atau dianiaya oleh orang lain.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik ditandai dengan gangguan emosi yang menonjol serta perilaku yang tidak teratur. Penderita sering menunjukkan afek yang tidak sesuai dengan situasi serta mengalami gangguan dalam proses berpikir.

3. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik ditandai dengan gangguan aktivitas motorik yang mencolok. Penderita dapat mengalami keadaan diam dalam waktu lama (*stupor*), menolak mengikuti perintah (*negativisme*), atau melakukan gerakan berulang tanpa tujuan.

4. Skizofrenia Simplex

Skizofrenia simplex merupakan tipe skizofrenia yang ditandai dengan perkembangan gejala yang berlangsung secara perlahan tanpa adanya episode psikotik yang jelas. Pada tipe ini penderita tidak menunjukkan halusinasi atau waham yang menonjol, tetapi mengalami penurunan fungsi kepribadian secara bertahap.

5. Skizofrenia Residual

Skizofrenia residual merupakan keadaan dimana gejala akut telah berkurang namun masih terdapat gejala sisa seperti penarikan diri dari lingkungan sosial, penurunan aktivitas, dan gangguan emosi.

2.3.4 Gejala Skizofrenia

Menurut Bleuler dalam Maramis & Maramis (2014), gejala skizofrenia dibedakan menjadi gejala primer dan gejala sekunder.

1. Gejala Primer

a. Gangguan Proses Pikir

Gangguan proses pikir merupakan gangguan dalam proses berpikir yang menyebabkan hubungan antara satu pikiran dengan pikiran lain menjadi tidak teratur. Penderita mengalami kesulitan dalam menyusun pikiran secara logis sehingga pembicaraan menjadi tidak runtut dan sulit dipahami.

b. Gangguan Emosi

Gangguan emosi merupakan gangguan dalam ekspresi emosi yang ditunjukkan oleh penderita. Emosi yang muncul sering kali tidak sesuai dengan situasi yang sedang dialami. Penderita dapat menunjukkan afek datar atau afek tumpul.

c. Gangguan Kemauan

Gangguan kemauan merupakan keadaan dimana individu memiliki dua perasaan yang saling bertentangan terhadap suatu objek atau situasi secara bersamaan. Keadaan ini menyebabkan penderita mengalami kesulitan dalam menentukan sikap atau mengambil keputusan.

d. Autisme

Autisme merupakan kecenderungan penderita untuk menarik diri dari kenyataan dan hidup dalam dunia pikirannya sendiri. Penderita menjadi kurang tertarik terhadap lingkungan sekitar dan cenderung menghindari interaksi sosial.

2. Gejala Sekunder

a. Waham

Waham merupakan keyakinan yang salah namun diyakini dengan kuat oleh penderita dan tidak dapat dikoreksi meskipun bertentangan dengan kenyataan.

b. Halusinasi

Halusinasi merupakan persepsi yang muncul tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Halusinasi yang paling sering terjadi pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran.

c. Gangguan Katatonik atau gangguan psikomotor lainnya

Penderita sering menunjukkan perilaku yang aneh, tidak terarah, atau tidak sesuai dengan situasi yang sedang dihadapi. Pada beberapa kasus, penderita dapat menunjukkan gangguan aktivitas motorik seperti diam dalam waktu lama, menolak mengikuti perintah, atau melakukan gerakan yang berulang tanpa tujuan.

2.4 Konsep Perilaku Kekerasan

2.4.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Menurut Stuart dan Laraia (2005) dalam Azizah, Zainuri, dan Akbar (2016), Perilaku kekerasan adalah salah satu bentuk respons terhadap kemarahan yang diekspresikan melalui tindakan mengancam, menyakiti diri sendiri atau orang lain, serta merusak lingkungan sekitar. Menurut Yosep dalam Azizah, Zainuri, dan Akbar (2016), perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat ditunjukkan dalam bentuk tindakan verbal maupun fisik seperti mengancam, berteriak, memukul, merusak benda, ataupun menyerang orang lain. Perilaku tersebut terjadi ketika individu tidak mampu mengekspresikan perasaan marah secara adaptif sehingga kemarahan tersebut dimanifestasikan dalam bentuk tindakan agresif.

2.4.2 Etiologi

Menurut Stuart dan Laraia (2005) dalam Azizah, Zainuri, dan Akbar (2016)), terjadinya perilaku kekerasan dapat dijelaskan menggunakan konsep stress adaptasi yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi :

1. Faktor predisposisi

a. Faktor Biologis

Faktor biologis yaitu faktor yang berasal dari anggota keluarga yang melakukan perilaku kekerasan pada anggota keluarganya, adanya suatu penyakit dan riwayat penggunaan NAPZA.

b. Faktor Psikologis

Suatu pengalaman marah merupakan keinginan psikologis terhadap stimulasi dari dalam, dari luar, maupun lingkungan. Perilaku kekerasan bisa terjadi karena hasil dari keinginan yang tidak terpenuhi, hingga mengalami kegagalan.

c. Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial mengatakan bahwa setiap lingkungan akan berdampak terhadap perilaku individu. Kebiasaan mendapatkan dukungan dalam hal menjawab perilaku asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses hubungan dengan manusia yang lain.

2. Faktor presipitasi

Menurut Townsend dan Morgan (2018) dalam buku *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*,

Faktor presipitasi merupakan stressor akut yang dapat memicu munculnya perilaku kekerasan pada individu yang memiliki faktor predisposisi.

a. Stresor Eksternal

Stresor eksternal meliputi lingkungan yang tidak kondusif, kritik yang menghina, kehilangan orang terdekat atau pekerjaan, serta konflik interpersonal.

b. Stresor Internal

Stresor internal berasal dari kondisi psikopatologis individu, seperti halusinasi, waham, perasaan terancam, atau ketakutan berlebihan, yang dapat mendorong individu melakukan agresi sebagai bentuk pertahanan diri.

2.4.3 Rentang Respon

Menurut Stuart (2016), rentang respon perilaku kekerasan meliputi respon adaptif dan respon maladaptif, yaitu :

1. Respon Adaptif

- a. Asertif merupakan mengungkapkan kemarahan tanpa menyakiti, melukai, merendahkan orang lain.
- b. Frustrasi merupakan yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi ini dapat dialami sebagai sebuah ancaman serta kecemasan sehingga menimbulkan kemarahan.

2. Respon Maladaptif

- a. Pasif merupakan respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, menyerah dan tidak berdaya.

- b. Agresif merupakan perilaku yang menyerupai marah namun masih dapat dikontrol.
- c. Amuk merupakan perasaan marah serta bermusuhan yang tidak dapat dikontrol.

2.4.4 Gejala Perilaku Kekerasan

Menurut Stuart dan Laraia (2005) dalam Azizah, Zainuri, dan Akbar (2016), gejala perilaku kekerasan dapat terlihat melalui beberapa tanda berikut:

1. Ekspresi wajah tegang dan tampak marah.
2. Nada suara keras atau berteriak.
3. Sikap bermusuhan terhadap orang lain.
4. Mengepalkan tangan atau menunjukkan gerakan yang mengancam.
5. Merusak benda di sekitar dan mengancam secara verbal maupun fisik.
6. Memukul, menendang, atau menyerang orang lain.

2.5 Evidence Based Nursing (EBN)

Tabel 2. 1 Evidenbace Based Nursing (EBN)

Penulis/Judul/Tahun	Tujuan Penelitian	Metode (desain penelitian, jumlah dan kriteria sample, alat ukur/instrumen, analisis)	Hasil Penelitian	Rekomendasi/ Komentar
Penulis: Varpula, J., Ameel, M., & Lantta, T. Judul: <i>Attitudes of nurses and nurse managers towards violence risk assessment</i>	Mengetahui sikap perawat dan manajer perawat terhadap penilaian dan manajemen risiko kekerasan pada pelayanan psikiatri rawat inap.	Desain Penelitian: Kuantitatif cross-sectional Kriteria Sample: Perawat dan manajer keperawatan Teknik Sampling: Totalconvenience sampling	sikap perawat terhadap penilaian dan manajemen risiko kekerasan berperan penting dalam upaya pencegahan insiden kekerasan di ruang perawatan jiwa.	Temuan penelitian ini menekankan pentingnya peningkatan kompetensi perawat melalui pelatihan berkelanjutan mengenai penilaian dan manajemen risiko kekerasan. Selain itu, institusi

<i>and management: A cross-sectional study in psychiatric inpatient settings</i> Tahun: 2024		Instrumen: Kuesioner terstruktur Analisis Data: Analisis statistik deskriptif	Persepsi positif, dukungan organisasi, serta pelatihan yang memadai terbukti berkontribusi terhadap peningkatan kesiapsiagaan perawat dalam menghadapi situasi berisiko.	kesehatan perlu membangun budaya keselamatan yang mendorong keterlibatan aktif perawat dalam upaya pencegahan kekerasan serta pengambilan keputusan klinis berbasis bukti.
Penulis: Dickens, G.L., Al Maqbali, M., Hallett, N., Ion, R., Kemp, C., Schoultz, M., & Watson, F. Judul: <i>Mental health nurses' attitudes towards risk assessment: An integrative systematic review</i> Tahun: 2023	Mengeksplorasi dan mensintesis sikap perawat kesehatan jiwa terhadap penilaian dan manajemen risiko dalam praktik keperawatan jiwa.	Desain: Integrative systematic review. Sampel: 18 artikel penelitian primer (15 kualitatif, 3 kuantitatif) dengan total 1.205 responden perawat kesehatan jiwa dari berbagai negara. Kriteria: Studi yang melibatkan perawat kesehatan jiwa dan membahas sikap terhadap risk assessment (termasuk risiko kekerasan). Instrumen: Wawancara semi-terstruktur, focus group discussion, dan kuesioner sikap terhadap penilaian risiko (pada studi primer). Analisis: Analisis tematik integratif dengan pendekatan induktif serta penggabungan data kualitatif dan kuantitatif.	Ditemukan 4 tema utama sikap perawat terhadap manajemen risiko: (1) orientasi filosofis, (2) orientasi teknis, (3) orientasi intuitif, dan (4) orientasi hubungan. Perawat memandang manajemen risiko sebagai peran penting untuk mencegah perilaku kekerasan, namun terdapat variasi sikap dalam penggunaan alat penilaian risiko terstruktur dan intuisi klinis. Hubungan terapeutik dan kerja tim sangat memengaruhi keberhasilan manajemen risiko.	Hasil penelitian menegaskan bahwa sikap dan kompetensi perawat sangat memengaruhi penerapan manajemen risiko pada pasien gangguan jiwa, Studi ini dapat digunakan sebagai dasar teoritis dan empiris dalam skripsi tentang penerapan manajemen risiko oleh perawat pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan, meskipun tidak secara spesifik membahas diagnosis skizofrenia.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep