

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal berasal dari dua kata “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah “*split*”, dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Dengan demikian skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan keperibadian (*splitting of personality*) (Hawari, 2018). Menurut Depkes RI (2020) Skizofreni merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang dapat mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi emosional dan atau tingkah laku serta dapat mempengaruhi fungsi normal kognitif. Skizofrenia adalah gangguan mental yang memiliki alur penyakit yang berlangsung kronis (Keliat 2019).

Skizofrenia biasanya dikenali dan didiagnosis pada masa remaja, masa dewasa muda dan jarang sekali gejala skizofrenia timbul pada masa kanak-kanak. Puncaknya ada pada umur 15-20 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita (Mashudi 2021). Menurut Putri dan Ambarini (2018) Skizofrenia ini mempunyai karakteristik gejala yang berkaitan dengan kemampuan kognitif, perilaku dan disfungsi emosional, sehingga individu mengalami kendala dalam fungsi sosialnya.

2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Videback (2020) skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Factor biologis

a) Factor genetic

Factor genetic adalah factor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetic dari orang tua biologis mereka

b) Factor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relative lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitter otak pada individu penderita skizofrenia sehingga sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan dan tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Factor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

3) Factor sosiokultural dan lingkungan

Factor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi.

b. Factor presipitasi

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak mengatur proses informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

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

3) Pemicu gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maldaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu (Sugeng, 2021).

3. Tanda dan gejala skizofrenia

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

a. Gejala positif skizofrenia

Gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga

untuk membawa pasien berobat (Hawari, 2018). Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu:

- 1) Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.
- 2) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
- 3) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
- 5) Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- 6) Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecuringaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- 7) Menyimpan rasa permusuhan.

b. Gejala negatif skizofrenia

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat (Hawari, 2018). Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu:

- 1) Alam perasaan (affect) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.

- 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (withdrawn) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (day dreaming).
- 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip.

4. Pemeriksaan penunjang skizofrenia

Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan untuk pasien skizofrenia (Townsend, 2018), yaitu:.

a. Neuropatologi

Diagnosa definitif tidak dapat ditegakkan tanpa adanya konfirmasi neuropatologi. Secara umum didapatkan:

- 1) Atropi yang bilateral, simetris lebih menonjol pada lobus temporoparietal, anterior frontal, sedangkan korteks oksipital, korteks motorik primer, sistem somatosensorik tetap utuh
- 2) Berat otaknya berkisar 1000 gr (850-1250gr).

b. Pemeriksaan neuropsikologik

Penyakit alzheimer selalu menimbulkan gejala demensia.

- 1) Fungsi pemeriksaan neuropsikologik ini untuk menentukan ada atau tidak adanya gangguan fungsi kognitif umum dan mengetahui secara rinci pola defisit yang terjadi.
- 2) Test psikologis ini juga bertujuan untuk menilai fungsi yang ditampilkan oleh beberapa bagian otak yang berbeda-beda seperti gangguan memori, kehilangan ekspresi, kalkulasi, perhatian dan pengertian berbahasa.

c. CT scan:

- 1) Menyingkirkan kemungkinan adanya penyebab demensia lainnya selain alzheimer seperti multiinfark dan tumor serebri. Atropi kortikal menyeluruh dan pembesaran ventrikel keduanya merupakan gambaran marker dominan yang sangat spesifik pada penyakit ini
- 2) Penipisan substansia alba serebri dan pembesaran ventrikel berkorelasi dengan beratnya gejala klinik dan hasil pemeriksaan status mini mental.

d. MRI

- 1) Peningkatan intensitas pada daerah kortikal dan periventrikuler (Capping anterior horn pada ventrikel lateral). Capping ini merupakan predileksi untuk demensia awal. Selain didapatkan kelainan di kortikal, gambaran atropi juga terlihat pada daerah subkortikal seperti adanya atropi hipokampus, amigdala, serta pembesaran sisterna basalis dan fissura sylvii.
- 2) MRI lebih sensitif untuk membedakan demensia dari penyakit alzheimer dengan penyebab lain, dengan memperhatikan ukuran (atropi) dari hipokampus.

e. EEG

Berguna untuk mengidentifikasi aktifitas bangkitan yang suklinis. Sedang pada penyakit alzheimer didapatkan perubahan gelombang lambat pada lobus frontalis yang non spesifik.

f. PET (Positron Emission Tomography) Pada penderita alzheimer, hasil PET ditemukan:

- 1) Penurunan aliran darah
- 2) Metabolisme O₂

- 3) Dan glukosa didaerah serebral
- 4) Up take I.123 sangat menurun pada regional parietal, hasil ini sangat berkorelasi dengan kelainan fungsi kognisi danselalu dan sesuai dengan hasil observasi penelitian neuropatologi.

g. SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*)

Aktivitas I. 123 terendah pada refio parieral penderita alzheimer. Kelainan ini berkolerasi dengan tingkat kerusakan fungsional dan defisit kogitif. Kedua pemeriksaan ini (SPECT dan PET) tidak digunakan secara rutin.

h. Laboratorium darah

Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang spesifik pada penderita alzheimer. Pemeriksaan laboratorium ini hanya untuk menyingkirkan penyebab penyakit demensia lainnya seperti pemeriksaan darah rutin, B12, Calsium, Posfor, BSE, fungsi renal dan hepar, tiroid, asam folat, serologi sifilis, skreening antibody yang dilakukan secara selektif.

5. Penatalaksanaan skizofrenia

Penatalaksanaan diagnosa medis skizofrenia, yaitu:

a. Psikofarmakologi

Menurut Hawari (2017), jenis obat psikofarmaka, dibagi dalam 2 golongan yaitu:

1) Golongan generasi pertama (typical)

Obat yang termasuk golongan generasi pertama, misalnya: Chorpromazine HCL (Largactil, Promactil, Meprosetil), Trifluoperazine HCL (Stelazine), Thioridazine HCL (Melleril), dan Haloperidol (Haldol, Govotil, Serenace).

2) Golongan kedua (atypical) Obat yang termasuk generasi kedua, misalnya: Risperidone (Risperdal, Rizodal, Noprenia), Olonzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel), dan Clozapine (Clozaril).

b. Psikoterapi Pemeriksaan

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada klien, baru dapat diberikan apabila klien dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikoterapi pada klien dengan gangguan jiwa adalah berupa terapi music klasik

c. Terapi somatik

Beberapa jenis terapi somatik, yaitu:

1) Restrain

Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien (Riyadi dan Purwanto, 2015).

2) Seklusi

Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung klien dalam ruangan khusus (Riyadi dan Purwanto, 2015).

3) Foto *therapy* atau terapi cahaya

Foto terapi atau sinar adalah terapi somatik pilihan. Terapi ini diberikan dengan memaparkan klien sinar terang (5-20 kali lebih terang dari sinar ruangan) (Riyadi dan Purwanto, 2015).

4) ECT (*Electro Convulsif Therapie*)

ECT adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik (Riyadi dan Purwanto, 2015).

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan suatu kelompok atau komunitas dimana terjadi interaksi antara penderita dan dengan para pelatih (sosialisasi), pada masa rehabilitasi ini juga pasien dapat diberikan terapi nafas dalam.

B. Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Dengan Skizofrenia

1. Pengertian risiko perilaku kekerasan

Risiko perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang di tujukan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik, fisik maupun kata-kata (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020). Stuart and Laraia (2015), menyatakan perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panic) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman secara fisik atau konsep diri. Perasaan terancam ini dapat berasal dari stressor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik.

Risiko perilaku kekerasan rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan 12 emosional. Perilaku kekerasan dapat berupa verbal, fisik dan lingkungan (Keliat et al., 2019). Risiko Perilaku kekerasan adalah suatu tindakan dimana seseorang memiliki riwayat perilaku kekerasan yang dapat membahayakan secara fisik, baik terhadap diri sendiri, orang

lain, maupun lingkungan, disertai dengan amuk,dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Direja, 2016).

2. Faktor risiko perilaku kekerasan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), faktor risiko dari masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, yaitu:

- a. Pemikiran waham/delusi
- b. Curiga pada orang lain
- c. Halusinasi
- d. Berencana bunuh diri
- e. Disfungsi sistem keluarga
- f. Kerusakan kognitif
- g. Disorientasi atau konfusi
- h. Kerusakan kontrol impuls
- i. Persepsi pada lingkungan tidak akurat
- j. Alam perasaan depresi
- k. Riwayat kekerasan pada hewan
- l. Kelainan neurologis
- m. Lingkungan tidak teratur
- n. Penganiayaan atau pengabaian anak
- o. Riwayat atau ancaman terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
- p. Impulsif
- q. Ilusi

3. Kondisi klinis terkait

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

- a. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
- b. Sindrom otak organik (misalnya: penyakit Alzheimer)
- c. Gangguan perilaku
- d. Oppositional defiant disorder
- e. Depresi
- f. Serangan panik
- g. Gangguan Tourette
- h. Delirium
- i. Demensia
- j. Gangguan amnestic
- k. Halusinasi
- l. Upaya bunuh diri
- m. Abnormalitas neurotransmitter otak.

4. Penatalaksanaan risiko perilaku kekerasan

- a. Terapi Medis

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

1) *Chlorpromazine (CPZ, Largactil)*

Indikasi untuk mensupresi gejala-gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang

biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, mania depresif, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.

2) *Haloperidol (Haldol, Serenace)*

Indikasinya yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma gilles de la tourette pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku berat pada anak-anak. Dosis oral untuk dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi 6-15 mg untuk 15 keadaan berat. Kontraindikasinya depresi sistem saraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol. Efek samping nya sering mengantuk, kaku, tremor lesu, letih, gelisah.

3) Antikolinergik

Indikasi dan kontraindikasi obat antikolinergik adalah obat yang mempengaruhi fungsi persarafan. Di dalam tubuh manusia terdiri dari beribu-ribu sel saraf. Sel saraf satu dengan yang lainnya berkomunikasi melalui zat yang disebut sebagai neurotransmitter. Terdapat berbagai jenis neurotransmitter tergantung pada jenis sel sarafnya. Salah satu neurotransmitter utama di tubuh kita adalah asetilkolin.

4) *ECT (Electro Convulsive Therapy)*

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmal secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang satu atau dua temples. Therapi kejang listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan denga terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

b. Tindakan keperawatan

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

1) Terapi lingkungan

Begitu pentingnya bagi perawat untuk mempertimbangkan lingkungan bagi semua pasien ketika mencoba mengurangi atau menghilangkan agresif. Aktivitas atau kelompok yang direncanakan seperti permainan kartu, menonton dan mendiskusikan sebuah film, atau diskusi informal memberikan pasien kesempatan untuk membicarakan peristiwa atau isu ketika pasien tenang.

2) Terapi kelompok

Pada terapi kelompok, pasien berpartisipasi dalam sesi bersama dalam kelompok individu. Para anggota kelompok bertujuan sama dan diharapkan memberi kontribusi kepada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain.

3) Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan pasien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptive, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga.

4) Terapi individu

Psikoterapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilakunya. Dimana terapi ini mempunyai hubungan personal antara pasien dan ahli terapi. Tujuan dari

terapi individu yaitu memahami diri dan perilaku mereka sendiri, membuat hubungan personal, memperbaiki hubungan interpersonal, atau berusaha lepas dari sakit hati atau ketidakbahagiaan. Salah satu terapi yang dapat diberikan kepada pasien yaitu terapi musik klasik.

5) Terapi musik klasik

Terapi music klasik mendorong klien untuk menceritakan permasalahan-permasalahannya, terapi musik bersifat nonverbal. Dimana dengan bantuan musik, pikiran klien dibiarkan mengembara, baik untuk mengenang hal-hal yang bahagia, membayangkan ketakutan yang dirasakan, mengangankan hal-hal yang dicita-citakan dan sesuatu yang diimpikan (Djohan, 2006)

Adapun SOP terapi musik klasik adalah sebagai berikut :

Tabel 1
SOP Terapi Musik Klasik Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Terapi Musik Klasik	
No	Prosedur
A Pengertian	
	Terapi musik klasik merupakan terapi yang memanfaatkan kemampuan musik dan elemen musik oleh terapis kepada klien
B Tujuan	
	Memberikan rasa tenang, sebagai Pendidikan moral, mengendalikan emosi, pengembangan spiritual dan menyembuhkan gangguan psikologis (Agustina, dkk 2022).
C Prosedur	
1 Pra interaksi	
	1. Cek catatan keperawatan (jika ada) 2. Observasi vital sign dan skala nyeri pasien 3. Siapkan alat 4. Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi 5. Cuci tangan
2 Orientasi	

-
1. Mengucapkan salam terapeutik
 2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien/keluarga
-

3 Kerja

1. Jaga privasi klien, memulai kegiatan dengan cara yang baik
 2. Menetapkan perubahan pada perilaku dan fisiologi yang diinginkan yaitu relaksasi dan memberikan ketenangan dan rileks
 3. Menetapkan ketertarikan klien pada musik
 4. Pilih musik yang akan didengarkan pasien
 5. Bantu klien untuk memiliki posisi nyaman
 6. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan musik
 7. Pastikan tape musik dan perlengkapan lainnya dengan baik
 8. Dukung dengan headphone jika diperlukan
 9. Atur volume musik agar nyaman untuk pasien
 10. Berikan terapi musik selama 15 menit
-

4 Terminasi

1. Menanyakan perasaan pasien setelah diberikan terapi
 2. Memberikan pujian atas keberhasilan terapi
 3. Mengevaluasi upaya dalam menerapkan terapi musik klasik
-

Sumber : (Septiyawati, Diploma Tiga Keperawatan and Keperawatan Peln Jakarta, 2021)

C. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien

Skizofrenia

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri,

mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat,2016).

c. Faktor Predisposisi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit. Pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga pasien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Biasanya gejala sisa timbul merupakan akibat trauma yang dialami pasien berupa penganiayaan fisik, kekerasan di dalam keluarga atau lingkungan, tindakan kriminal yang pernah disaksikan, dialami ataupun melakukan kekerasan tersebut.

d. Pemeriksaan Fisik

Biasanya saat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah meningkat, nadi cepat, pernafasan akan cepat ketika pasien marah, mata merah, mata melotot, pandangan mata tajam, otot tegang, suara tinggi, nada yang mengancam, kasar dan kata-kata kotor, tangan menggepal, rahang mengatup serta postur tubuh yang kaku.

e. Biopsiokosial

1) Aspek biologis

Respon fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat. Tachikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatkan kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkutap, tangan dikepal, tubuh kaku, dan refleks cepat. Hal ini disebabkan oleh energy yang dikeluarkan saat marah bertambah.

2) Aspek emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan, dan menuntut.

3) Aspek intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individu didapatkn melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkunganyang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi proses, diklarifikasi, dan diintegrasikan.

4) Aspek sosial

Meliputi interaksi social, budaya, konsep rasa percayadan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien seringkali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

5) Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat

menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa.

Dari uraian tersebut diatas jelaslah bahwa perawat perlu mengkaji individu secara komprehensif meliputi aspek fisik, emosi, intelektual, social dan spiritual yang secara singkat dapat dilukiskan sebagai berikut:

- a) Aspek fisik : terdiri dari : muka merah, pandangan tajam, nafas pendek dan cepat, berkeringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat.
- b) Aspek emosi : tidak adekuat, tidak aman, dendam, jengkel.
- c) Aspek intelektual : mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan.
- d) Aspek social : menarik diri, penolakan, kekerasan, ejekan, humor.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi Kesehatan (PPNI, 2017).

Risiko Perilaku Kekerasan merupakan diagnosis aktual dan tergolong dalam jenis diagnosis negatif yang didefinisikan sebagai berisiko membahayakan secara fisik emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Faktor Risikonya antara lain pemikiran waham/delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, Berencana bunuh diri, Disfungsi sistem keluarga, Kerusakan kognitif, Disorientasi atau konfusi, Kerusakan kontrol impuls, Persepsi pada lingkungan tidak akurat, Alam perasaan depresi, Riwayat kekerasan pada hewan, Kelainan neurologis, Lingkungan tidak teratur, Penganiayaan atau pengabaian anak, Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain, Impulsive dan Ilusi

3. Rencana keperawatan

STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)			STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)
1			2	3
Risiko (D.0146)	Perilaku	Kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: Kontrol Diri (L.09076) - Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5). - Verbalisasi umpatan menurun (5). - Perilaku menyerang menurun (5). - Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun (5). - Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5). - Perilaku agresif/ amuk menurun (5). - Suara keras menurun (5). - Bicara ketus menurun (5). - Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (5). - Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun (5). - Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun (5). - Verbalisasi rencana bunuh diri menurun (5).	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) <i>Observasi:</i> - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). - Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). <i>Terapeutik:</i> - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Libatkan keluarga dalam perawatan. <i>Edukasi:</i> - Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien. - Latih cara mengungkapkan perasaan asertif. - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita). Promosi Koping (I.09312) <i>Observasi</i> - Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan - Identifikasi kemampuan yang dimiliki - Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan - Identifikasi pemahaman proses penyakit - Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan - Identifikasi metode penyelesaian masalah - Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial

15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain	- Vervalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun (5). - Perilaku merencanakan bunuh diri menurun (5).	<i>Terapeutik</i>
16. Impulsive	- Euforia menurun (5).	- Diskusikan perubahan peran yang dialami - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
17. Ilusi	- Alam perasaan depresi menurun (5).	- Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri - Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah atau rasa malu - Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri - Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan - Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan - Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis - Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan - Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan - Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial - Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia - Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan) perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama - Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat - Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
Kondisi Klinis Terkait		<i>Edukasi</i>
1. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual		- Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
2. Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer)		- Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
3. Gangguan perilaku		- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
4. Oppositional defiant disorder		- Anjurkan keluarga terlibat
5. Depresi		- Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
6. Serangan panik		- Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
7. Gangguan Tourette		- Latih penggunaan teknik relaksasi
8. Delirium		
9. Demensia		
10. Gangguan amnestic		
11. Halusinasi		
12. Upaya bunuh diri		
13. Abnormalitas neurotransmitter otak		

(sumber: PPNI, SDKI, SIKI, SLKI, (2017))

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat melakukan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai luaran (outcome) yang telah ditetapkan (PPNI, 2018). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih di butuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien pada saat ini (here and now).

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Mulyanti, 2017). Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan keperawatan. Implementasi keperawatan disajikan pada tabel di bawah ini :.

5. Evaluasi Keperawatan

Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi. Evaluasi keperawatan didasarkan pada luaran (outcome) yang sudah ditetapkan. Evaluasi keperawatan merupakan proses berkelanjutan untuk menilai hasil dari implementasi keperawatan yang sudah diberikan kepada klien (Simanulang, 2020) Menurut PPNI (2018) evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan pedoman SOAP meliputi, subjektif (S) yang merupakan suatu respons subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan, objektif (O) merupakan data dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat, analisa ulang (A) merupakan kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau

belum, dan perencanaan (P) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis sebelumnya.