

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. Faktor biologis
 - a) Faktor genetik

Faktor genetik 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 genetik dari orang tua biologis mereka

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukan 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.

d) Faktor 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.

e) Faktor sosiokultural dan lingkungan

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

b. Faktor 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

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

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 di daerah serebral
4. Up take I.¹²³ sangat menurun pada regional parietal, hasil ini sangat

berkorelasi dengan kelainan fungsi kognisi dan selalu dan sesuai dengan hasil observasi penelitian neuropatologi.

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

Aktivitas I. 123 terendah pada refio parietal penderita *alzheimer*. Kelainan ini berkorelasi dengan tingkat kerusakan fungsional dan defisit kognitif. 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. Pengobatan Skizofrenia

Pengobatan 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: *Chlorpromazine* 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*), *Olanzapine* (*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 spiritual.

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 (Wardana, 2020). Stuart and Laraia (2015), menyatakan perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) 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).

Risiko perilaku kekerasan adalah keadaan di mana seseorang memiliki kemungkinan besar untuk melakukan tindakan kekerasan, baik terhadap diri sendiri maupun orang lain, baik secara fisik, verbal, maupun emosional. Risiko ini dapat muncul dalam berbagai konteks seperti gangguan mental, situasi stres berat, penyalahgunaan zat, atau latar belakang trauma.

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, Largactile)*

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 dela 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 spiritual (Doa).

5) Terapi spiritual (Doa)

Terapi Spiritual Doa adalah suatu terapi yang dilakukan dengan cara mendekatkan diri terhadap kepercayaan yang dianutnya. Terapi spiritual dapat bermanfaat untuk menjernihkan pikiran, menyejukkan hati, mengurangi stress, rasa khawatir, marah dan dapat merangsang sistem kerja. Pelaksanaan terapi dukungan spritual menunjukan perilaku *caring* yang dapat memberikan ketenangan, kenyamanan bagi klien sehingga mendekatkan hubungan terapeutik perawat dan klien, dengan memberikan terapi spiritual doa kepada pasien dapat memberikan rasa percaya diri, rasa optimisme (harapan kesembuhan), mendatangkan ketenangan, damai, dan merasakan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa (Dewi, 2020).

Adapun SOP terapi Spiritual disajikan pada tabel 1.

Tabel 1
SOP Terapi Spiritual Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Pemberian terapi spiritual (Doa) untuk mengendalikan amarah dan kekerasan	
Tujuan	1. Dapat membantu pasien merasa lebih tenang sehingga dapat mengontrol amarah dan kekerasan

Setting	1. Terapis dan subyek duduk bersama 2. Ruangan nyaman, tenang dan bersih
Alat	Handphone (mengakses teks doa)
Metode	1. Diskusi dan tanya jawab
Langkah kegiatan	Langkah kegiatan : 1) Persiapan a Lingkungan yang hening, tenang dan bersih b doa 2) Prosedur Pelaksanaan a Mengucapkan salam terapeutik b Salam dari terapis kepada subyek c Duduk bersila dengan tenang dan santai d Tutuplah kedua mata, dan mengatur nafas e Bernafaslah secara ilmiah dan mulai DOA “Om Shanti Om” Ya Tuhan, tenangkan hatiku. Jauhkan aku dari amarah dan kekerasan. Bimbing aku untuk bertindak sesuai Dharma. “Om Shanti, Shanti, Shanti Om” Sumber : Upanishad, Bhagavad Gita 2.63 f Bila ada pikiran yang mengganggu, kembalilah fokuskan pikiran g Lakukan selama 10-15 menit h Jika sudah selesai melakukan terapi, jangan langsung berdiri duduklah terlebih dahulu (1-2 menit), tenangkan pikiran barulah berdiri dan lakukan kegiatan kembali

	3) Tahap terminasi a Evaluasi 1 Terapis menanyakan perasaan subyek setelah mengikuti terapi spiritual 2 Terapis memberikan pujian atas keberhasilan dalam melakukan terapi spiritual b Tindak lanjut 1 Terapis menganjurkan subyek untuk menerapkan cara yang telah dipelajari jika perilaku kekerasan yang dirasakan tiba tiba aktif 2 Memasukkan kegiatan terapi spiritual dalam jadwal kegiatan harian subyek c Kontrak yang akan datang 1 Terapis membuat kesepakatan dengan subyek untuk melaksanakan terapi spiritual berikutnya. 2 Terapi membuat kesepakatan waktu dan tempat pelaksanaan terapi spiritual berikutnya.
Evaluasi	Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan subyek sesuai dengan tujuan terapi. Untuk terapi spiritual, kemampuan yang diharapkan adalah dapat mengontrol amarah dan kekerasan.

Sumber : (I Gusti Ayu Vera Laksmi Dewi. 2020).

C. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien

Skizofrenia

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, alamat, pekerjaan, ruang rawat, No RM, 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.

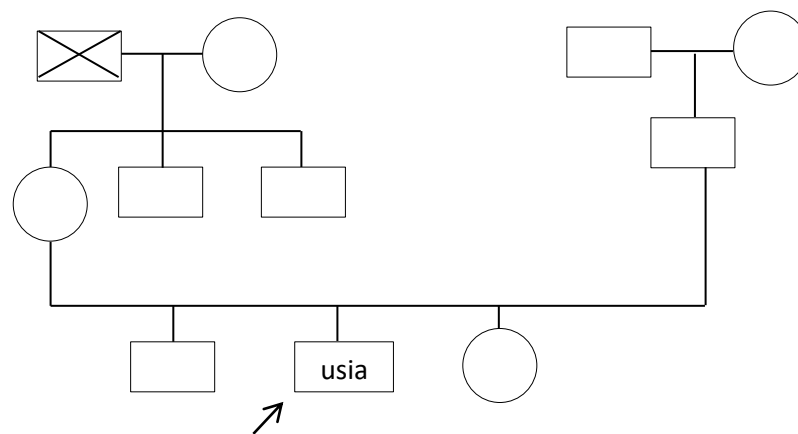
d. Pemeriksaan Fisik

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. Psikososial

Genogram adalah peta atau riwayat keluarga yang menggunakan simbol-simbol khusus untuk menjelaskan hubungan, peristiwa penting, dan dinamika keluarga dalam beberapa generasi. Bayangkan genogram sebagai "pohon keluarga" yang sangat terperinci.



Keterangan :

- a. Perempuan : ○
- b. Laki-Laki : □
- c. Pasien : ↗
- d. Meninggal : ✕
- e. Garis Keturunan : |

Gambar 1. Genogram Anggota Keluarga Pada Keluarga Pasien

f. Biopsikososial

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 terkatup, 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 didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang 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 sosial, 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, sosial 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 sosial : menarik diri, penolakan, kekerasan, ejekan, humor.

2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah adalah pernyataan yang merangkum inti persoalan yang ingin diteliti atau dijelaskan dalam suatu studi. Dalam konteks risiko perilaku kekerasan, rumusan masalah merujuk pada identifikasi dan penjelasan faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan seseorang melakukan tindakan kekerasan, serta dampak yang ditimbulkan (Smith, J., & Doe, A 2020).

3. Pohon Masalah

Pohon masalah risiko perilaku kekerasan, menggambarkan secara visual hubungan sebab-akibat antara berbagai faktor yang menyebabkan perilaku

kekerasan pada pasien. Pohon masalah ini biasanya terdiri dari tiga bagian utama: penyebab, masalah inti (*core problem*), dan akibat (Verdiana F. Nadek 2019).

a. Penyebab:

Faktor-faktor yang memicu atau mendukung perilaku kekerasan, seperti halusinasi pendengaran, gangguan proses pikir (waham), riwayat kekerasan, ketidakmampuan mengendalikan emosi, atau faktor lingkungan.

b. Masalah Inti (*Core Problem*):

Perilaku kekerasan itu sendiri, yaitu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan.

c. Akibat:

Dampak negatif dari perilaku kekerasan, seperti risiko mencederai diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, serta gangguan pada kesehatan fisik dan mental.

4. Diagnosis 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 risiko 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.

5. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian penentuan langkah - langkah keperawatan guna mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Perencanaan keperawatan terdiri dari standar luaran (*outcome*) dan standar intervensi. Standar luaran (*outcome*) merupakan aspek diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luaran negatif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan

yang bertujuan untuk menurunkan. Sedangkan luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran ini mengarahkan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment atau tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan. Label adalah nama dari intervensi keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi adalah komponen yang menjelaskan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Pada studi kasus ini, intervensi utama yang diberikan adalah pencegahan perilaku kekerasan. Di sajikan dalam table 2.

Tabel 2
Intervensi Keperawatan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada pasien
Skizofrenia dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Tanggal/jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
Hari, tanggal, tahun dan pukul dilakukannya intervensi keperawatan	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) Definisi: Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain Faktor Risiko : 1. Pemikiran waham/delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Kerusakan kognitif 7. Disorientasi atau konfusi 8. Kerusakan kontrol impuls 9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat 10. Alam perasaan depresi 11. Riwayat kekerasan pada	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan selama 15 menit maka diharapkan Kontrol Diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil: Kontrol Diri (L.09076) 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5). 2. Verbalisasi umpatan menurun (5). 3. Perilaku menyerang menurun (5). 4. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun (5). 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5). 6. Perilaku agresif/ amuk menurun (5). 7. Suara keras menurun (5). 8. Bicara ketus menurun (5). 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (5). 10. Verbalisasi isyarat	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) 1. Membina Hubungan Saling Percaya Observasi: 1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). 2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. 3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). Terapeutik: 4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. 5 Libatkan keluarga dalam perawatan. 6 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (terapi spiritual doa). Edukasi: 7 Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 8 Latih cara mengungkapkan perasaan asertif.

1	2	3	4
	hewan	bunuh diri menurun (5).	Kolaborasi :
	12. Kelainan neurologis	11. Verbalisasi ancaman bunuh diri	
	13. Lingkungan tidak teratur	menurun (5).	10. Kolaborasi pemberian obat Antipsikotik
	14. Penganiayaan atau	12. Verbalisasi rencana bunuh diri	
	pengabaian anak	menurun (5).	

Sumber : (PPNI SDKI,2016), (PPNI SIKI, 2018), (PPNI SLKI, 2019)

6. 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 dalam bentuk tabel 3.

Tabel 3
Kajian Teori Implementasi Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku
Kekerasan dengan Terapi Spiritual pada Pasien Skizofrenia
di Rumah Sakit Manah Shanti Mahotama Tahun 2025

Waktu	Implementasi	Respon	TTD
1	2	3	4
Hari,tanggal, tahun dan pukul diberikan implementasi	Observasi: - Membina Hubungan Saling Percaya - 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.	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan objektif	Bukti tindakan sudah diberikan dengan dilengkapi nama terang

1	2	3	4
	- pisau cukur). Terapeutik: - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Libatkan keluarga dalam perawatan. - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (terapi spiritual doa). Edukasi: - Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien - Latih cara mengungkapkan perasaan asertif.		

Sumber : (PPNI SDKI,2018)

7. 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. Evaluasi keperawatan disajikan dalam bentuk tabel 4.

Tabel 4
Kajian Teori Evaluasi Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan
dengan Terapi Spiritual pada Pasien Skizofrenia
di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025

Waktu	Evaluasi	TTD
Hari,tanggal, tahun dan pukul diberikan implementasi	S : respons subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan O : hasil observasi yang dilakukan A : kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau belum P: tindakan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis sebelumnya	Bukti tindakan sudah diberikan dengan dilengkapi nama terang