

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan otak yang serius, kronis, dan melumpuhkan, yang ditandai dengan pikiran yang tidak teratur, waham, delusi, halusinasi, risiko perilaku kekerasan, serta perilaku yang aneh atau katatonik. Penyakit ini menyebabkan perilaku psikotik, pemikiran yang konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, berinteraksi dengan orang lain, serta memecahkan masalah Pardede dkk., (2020). Skizofrenia juga dapat diartikan penyakit yang dimana kepribadian mengalami keretakan, alam pikir, perasaan, dan perbuatan individu terganggu. Pada orang normal, alam pikiran perasaan, dan perbuatan ada kaitannya atau searah, tetapi pada pasien skizofrenia ketiga alam itu terputus, baik satu atau semuanya Simanjuntak, (2018).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa Skizofrenia merupakan gangguan otak yang serius dan kronis yang menyebabkan gangguan dalam berpikir, merasakan, dan berperilaku. Gangguan ini ditandai dengan gejala seperti waham, delusi, halusinasi, serta perilaku yang tidak teratur atau katatonik. Penderita skizofrenia mengalami kesulitan dalam memproses informasi, berinteraksi sosial, dan memecahkan masalah.

2. Penyebab skizofrenia

Menurut Videbeck, (2020) penyebab Skizofrenia antara lain :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Faktor genetik

Faktor genetik memainkan peran utama dalam memicu skizofrenia. Seorang anak yang lahir dari orang tua dengan skizofrenia meskipun diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat gangguan tersebut, tetap memiliki risiko genetik yang diturunkan dari orang tua biologisnya. Anak dengan satu orang tua yang mengidap skizofrenia memiliki risiko sebesar 15% untuk mengalami kondisi serupa. Risiko ini meningkat hingga 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor neuroanatomi

Penderita skizofrenia menunjukkan adanya perubahan pada struktur otak. Kelainan yang terjadi mencakup penurunan jumlah jaringan otak, pembesaran ventrikel, serta penurunan aktivitas di beberapa area otak. Perubahan ini menyebabkan gangguan fungsi di bagian otak yang terdampak, terutama di area frontal dan temporal, yang mengalami penurunan volume.

c) Neurokimia

Dari segi neurokimia, sistem neurotransmitter di otak penderita skizofrenia berbeda dibandingkan dengan individu yang sehat. Gangguan dalam proses pengiriman sinyal persepsi menyebabkan sinyal tidak mencapai sel target dengan sempurna. Akibatnya, penderita skizofrenia sering mengalami gejala seperti halusinasi dan delusi.

2) Faktor psikologis

Dalam faktor psikologis, perkembangan psikososial yang tidak optimal sejak dini memiliki peran penting dalam munculnya skizofrenia. Konflik batin

yang tidak terselesaikan dapat menyebabkan gangguan identitas, kesulitan dalam mengendalikan diri, serta ketidakmampuan dalam menghadapi berbagai permasalahan.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Individu dengan latar belakang sosial ekonomi rendah memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia. Hal ini berkaitan dengan faktor lingkungan yang tidak mendukung, seperti kondisi hidup yang buruk, keterbatasan akses terhadap nutrisi yang cukup, kurangnya perawatan selama masa kehamilan, serta perasaan putus asa yang dapat memicu munculnya skizofrenia.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan skizofrenia mencakup :

1) Biologis

Munculnya respons neurobiologis yang maladaptif dapat menyebabkan gangguan dalam memproses informasi serta kesulitan dalam menyaring rangsangan secara selektif, sehingga individu mengalami kesulitan dalam merespon stimulasi yang diterima.

2) Lingkungan

Tingkat toleransi seseorang terhadap stress yang telah dimiliki sejak lahir, dikombinasikan dengan tekanan dari lingkungan dapat menjadi indikator dalam menilai kondisi mental individu.

3) Pemicu gejala

Pemicu merujuk pada berbagai faktor yang memicu munculnya gejala suatu penyakit. Hal ini terjadi terutama ketika tubuh merespons rangsangan secara tidak tepat, baik dalam aspek kesehatan, perilaku, maupun lingkungan.

3. Klasifikasi skizofrenia

Menurut Fitrikasari dkk., (2022) skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu :

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid adalah tipe skizofrenia yang delusi dan halusinasi tampak sangat menonjol sebagai gejala utama, sedangkan gangguan pada aspek afektif atau kemauan cenderung minimal, bahkan dalam beberapa kasus mungkin tidak muncul sama sekali.

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik adalah tipe skizofrenia yang dampak negatif tercermin dalam suasana hati yang tidak sesuai dengan keadaan sekitar, kecenderungan untuk menarik diri dari interaksi sosial, serta pola perilaku yang tidak terduga dan sulit diprediksi.

c. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik adalah tipe skizofrenia yang penderitanya dapat mengalami perubahan gerakan yang ekstrem, mulai dari pergerakan yang sangat cepat hingga ketidakmampuan untuk bergerak sama sekali. Bahkan, mereka mungkin mempertahankan postur tubuh yang tidak wajar dalam jangka waktu yang lama. Selain itu, kecemasan dan perilaku agresif juga sering menyertai individu dengan jenis skizofrenia ini.

d. Skizofrenia tidak terinci

Skizofrenia tidak terinci adalah tipe skizofrenia yang mengalami gejala tidak memiliki karakteristik yang cukup jelas untuk dimasukkan ke dalam kategori skizofrenia tertentu, seperti skizofrenia paranoid atau katatonik. Penderita skizofrenia tak terinci menunjukkan kombinasi berbagai gejala skizofrenia tanpa ada satu gejala yang paling dominan.

e. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual adalah tipe skizofrenia yang gejala utama sebelumnya yang parah telah berkurang, masih terdapat gejala negatif yang bertahan dalam jangka waktu lama, seperti minimnya motivasi dan ekspresi emosi yang datar.

f. Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks dapat ditandai dengan penurunan yang signifikan dalam keterampilan sosial dan kemampuan bekerja. Penderita mengalami kesulitan dalam memenuhi tuntutan sosial serta kehilangan ketertarikan terhadap berbagai aktivitas.

4. Patofisiologi skizofrenia

Gejala awal skizofrenia umumnya muncul pada masa remaja dan dapat memburuk akibat tekanan hidup, seperti memasuki dunia perkuliahan atau kehilangan orang terdekat. Gejala ini berkembang secara bertahap dengan durasi yang bervariasi pada setiap individu. Setelah mengalami episode pertama dan didiagnosis skizofrenia, kondisi penderita biasanya menunjukkan perbaikan, di mana fungsi tubuh mulai dapat dikendalikan kembali. Namun, skizofrenia memiliki kecenderungan untuk kambuh, yang dapat menyebabkan kondisi penderita semakin memburuk. Penderita skizofrenia juga sangat rentan

terhadap stres, dan seiring waktu, gejala positif akan berkurang, tetapi gejala negatif justru semakin memburuk, menyebabkan penderita kehilangan arah dan tujuan dalam hidup Fitrikasari dkk., (2022).

5. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Tiandini dkk., (2020) tanda dan gejala skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu gejala yang positif dan gejala yang negatif :

a. Gejala positif

- 1) Waham adalah keyakinan yang keliru, bertentangan dengan realitas, namun tetap diyakini dan disampingkan berulang kali. Contohnya termasuk waham dikejar (perasaan terus-menerus dikejar atau diancam), waham curiga (keyakinan bahwa orang lain memiliki niat buruk), dan waham kebesaran (perasaan memiliki kekuatan atau pengaruh yang luar biasa).
- 2) Halusinasi adalah gangguan persepsi indra yang terjadi tanpa adanya rangsangan eksternal. Hal ini dapat melibatkan berbagai indra, seperti mendengar suara (halusinasi pendengaran), melihat sesuatu yang tidak ada (halusinasi penglihatan), merasakan rasa yang aneh (halusinasi pengecap), mencium bau yang tidak nyata (halusinasi penciuman), atau merasakan sentuhan yang tidak ada (halusinasi perabaan).
- 3) Perubahan arus pikir :
 - a) Arus pikiran terputus : tiba-tiba kehilangan kemampuan untuk melanjutkan pembicaraan di tengah percakapan.
 - b) Inkoheren (kata yang digunakan tidak berhubungan) : berbicara dengan cara yang tidak sejalan atau tidak dapat dipahami oleh lawan bicara, sehingga pembicaraan menjadi kacau.

- c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang diciptakan sendiri, yang hanya dimengerti oleh orang yang berbicara, namun tidak dipahami oleh orang lain.
 - 4) Perubahan perilaku dapat ditandai dengan penampilan atau cara berpakaian yang tidak biasa, gerakan yang dilakukan berulang-ulang atau bersifat stereotipik, serta perilaku sosial atau seksual yang tidak wajar dan tampak tidak memiliki tujuan.
- b. Gejala negatif
- 1) Anhedonia adalah tidak merasakan kegembiraan atau kenikmatan dalam hidup, aktivitas dan hubungan.
 - 2) Apatis adalah ketidakpedulian terhadap orang, aktivitas dan peristiwa.
 - 3) Asosialitas adalah penarikan diri dari pergaulan, sedikit atau tidak ada hubungan sama sekali, tidak adanya kedekatan.
 - 4) Efek tumpul adalah rentang perasaan, nada, atau suasana hati yang terbatas.

B. Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

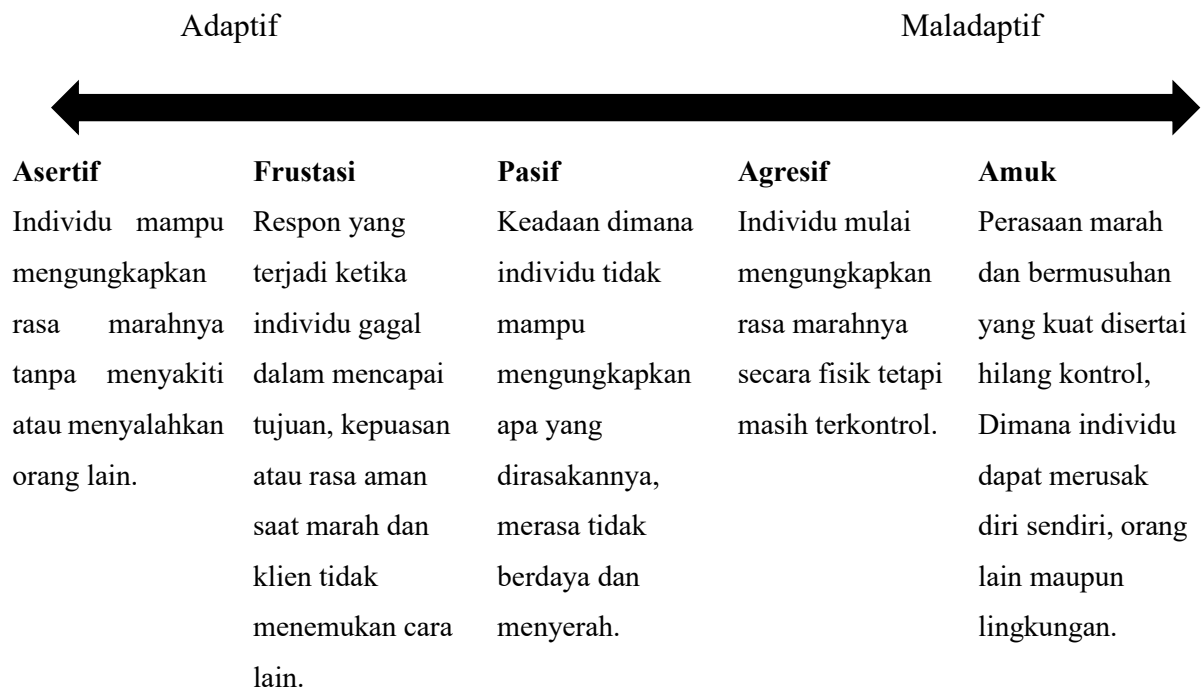
Definisi dari risiko perilaku kekerasan menurut PPNI, (2017) adalah perilaku seseorang yang berisiko membahayakan secara fisik, emosi, dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Risiko perilaku kekerasan juga merupakan respon kemarahan atau tindakan yang cenderung dilakukan oleh seseorang dan berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar Anisa dkk., (2021).

Berdasarkan pengertian di atas penulis menyimpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan suatu tindakan yang akan melibatkan

penggunaan tenaga dan berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Tindakan ini bertujuan untuk melukai dan dipicu oleh adanya konflik serta permasalahan yang dialami seseorang, baik secara fisik maupun psikologis.

2. Rentang respon marah

Rentang respon risiko perilaku kekerasan meliputi :



Gambar 1 Rentang respon marah pada klien

Sumber : Kusuma dkk., (2024)

3. Faktor risiko

Faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan menurut PPNI, (2017) :

- Pemikiran waham/delusi
- Curiga pada orang lain
- Halusinasi
- Berencana bunuh diri
- 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 kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain
- p. Impulsif
- q. Ilusi

4. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan

Menurut Keliat (2019), tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut :

- a. Emosi : tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, marah (dendam), dan jengkel
- b. Intelektual : Mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, dan meremehkan
- c. Fisik : muka merah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat
- d. Spiritual : kemahakuasaan, kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kekejaman, kreativitas terlambat.
- e. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan ejekan, dan humor.

5. Penatalaksanaan risiko perilaku kekerasan

Yang diberikan pada klien yang mengalami gangguan jiwa amuk ada 2 yaitu :

a. Medis

- 1) Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
- 2) Haloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan perilaku merusak diri.
- 3) Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
- 4) ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan mengamuk.

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Psikoterapeutik
- 2) Lingkungan terapeutik
- 3) Kegiatan hidup sehari-hari
- 4) Pendidikan Kesehatan

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara menyeluruh mengenai kondisi pasien. Informasi yang dikumpulkan mencakup berbagai aspek, seperti biologis, psikologis, sosial, dan spiritual Widiyawati, (2020).

Pengkajian keperawatan mencakup :

a. Pengumpulan data

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, no masuk rumah sakit, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian dan jam pengkajian. Identitas penanggung jawab meliputi nama, jenis kelamin, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien.

2) Keluhan utama

Pada keluhan utama berisikan kondisi pasien yang dirasakan saat ini hingga harus dirawat di rumah sakit. Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan 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.

3) Faktor predisposisi

- a) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa
- b) Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke rumah sakit jiwa sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.
- c) Trauma. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d) Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

e) Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

4) Pengkajian fisik

a) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.

b) Ukur tinggi badan dan berat badan.

c) Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)

d) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

5) Pengkajian psikososial

a) Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga apa saja saat pengkajian.

b) Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

(1) Citra tubuh

Citra tubuh adalah sikap, persepsi, keyakinan dan pengetahuan individu secara sadar atau tidak sadar terhadap tubuhnya yaitu ukuran, bentuk, struktur,

fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang kontak secara terus menerus baik masa lalu maupun sekarang.

(2) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

(3) Harga diri

Mencakup penilaian terhadap diri sendiri yang berasal dari perbandingan antara hasil yang dicapai serta kemampuan yang dimiliki dengan ideal diri.

(4) Peran diri

Peran diri adalah seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial, tiap individu mempunyai berbagai peran yang terintegrasi dalam pola individu.

(5) Identitas diri

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

c) Hubungan sosial

(1) Orang yang berarti seperti tempat tinggal

(2) Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut

(3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat

d) Spiritual

- (1) Nilai dan keyakinan
- (2) Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
- (3) Kegiatan ibadah
- (4) Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah
- 6) Status mental

Pengkajian status mental pasien risiko perilaku kekerasan berfokus pada:

- a) Penampilan : Biasanya penampilan klien kotor.
- b) Pembicaraan : Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.
- c) Aktivitas motorik : Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.
- d) Alam perasaan : Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan
- e) Efek : Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab
- f) Interaksi selama wawancara : Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.
- g) Persepsi : Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas
- h) Isi Pikir : Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.
- i) Tingkat kesadaran : Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung,

- j) Memori : Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.
- k) Kemampuan penilaian : Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan
- l) Daya fikir diri : Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya
- 7) Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maldaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

b. Daftar masalah keperawatan

Pada daftar masalah keperawatan mencantumkan masalah keperawatan yang dialami oleh pasien sesuai dengan prioritas masalahnya. Adapun daftar masalah keperawatan pada laporan kasus ini adalah :

- 1) Perilaku kekerasan
- 2) Risiko perilaku kekerasan
- 3) Gangguan persepsi sensori auditori

c. Pohon masalah

Pohon masalah merupakan analisa masalah terhadap masalah keperawatan. Dalam menyusun pohon masalah akan ditentukan *core problem*, *causa*, dan *effect*. Cara menentukan *core problem* melibatkan beberapa. Langkah yang sistematis, antara lain :

- 1) Identifikasi masalah aktual. *Core problem* mencerminkan kondisi yang sedang dialami pasien saat proses pengkajian, yakni masalah yang nyata dan sesuai dengan keadaan pasien saat ini.

- 2) Frekuensi keluhan pasien. Keluhan yang paling sering disampaikan oleh pasien menjadi prioritas utama. Data ini didapatkan melalui wawancara, observasi, atau konfirmasi dengan keluarga serta tim kesehatan. Frekuensi keluhan mencerminkan tingkat urgensi masalah yang dialami.
- 3) Potensi risiko. *Core problem* juga diprioritaskan jika memiliki risiko tinggi untuk mencederai pasien, orang lain dan lingkungan sekitar.
- 4) Analisis data pengkajian. Data pengkajian subjektif (keluhan pasien) dan objektif (hasil observasi) dibandingkan dengan teori untuk menentukan *core problem*.

Cara menentukan *causa* atau penyebab dari suatu masalah adalah dengan beberapa langkah berikut :

- 1) Identifikasi masalah. Langkah awal adalah merumuskan masalah dengan jelas. Proses ini dapat mencakup pengumpulan data dan informasi yang relevan, seperti laporan kejadian atau data kinerja, untuk memahami masalah yang sedang dihadapi.
- 2) Kumpulkan data dan informasi. Kumpulkan data yang relevan untuk dianalisis. Data harus lengkap dan akurat agar proses analisis dapat berjalan dengan optimal. Informasi ini dapat berupa statistik, laporan kejadian, atau catatan yang berhubungan dengan permasalahan.
- 3) Verifikasi akar penyebab. Setelah mengidentifikasi beberapa kemungkinan penyebab, langkah selanjutnya adalah memverifikasi akar masalah dengan data tambahan atau analisis lebih lanjut. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa penyebab yang ditemukan benar-benar relevan dan berkontribusi terhadap permasalahan.

Adapun cara menentukan *effect* dalam pohon masalah, yaitu :

- 1) Observasi langsung. Amati perilaku pasien dan interaksi mereka dengan lingkungan sekitar
- 2) Pengumpulan data subjektif dan objektif. Kumpulkan informasi dari wawancara dengan pasien dan observasi klinis.
- 3) Pemetaan efek dalam diagram. Gunakan diagram pohon masalah untuk memetakan efek yang dihasilkan dari *core problem* dan *causa*.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI, (2017) 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.

Penulisan diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda atau gejala, yang disebut sebagai penulisan tiga bagian atau three part, yakni masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda atau gejala. Sedangkan penulisan diagnosis risiko dituliskan dengan dua bagian atau two part, yakni masalah dibuktikan dengan faktor risiko dan penulisan diagnosis promosi kesehatan juga dituliskan dengan dua bagian atau two part, yakni masalah dibuktikan dengan tanda atau gejala PPNI, (2017).

Diagnosis yang diangkat dalam laporan kasus ini adalah risiko perilaku kekerasan yang ditentukan berdasarkan kondisi pasien akibat skizofrenia.

3. Intervensi Keperawatan

Dalam Menyusun intervensi keperawatan terdapat tiga komponen utama, yakni diagnosis keperawatan, luaran keperawatan, dan intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menggambarkan kondisi kesehatan setelah pemberian intervensi keperawatan, menggunakan indikator atau kriteria hasil suatu permasalahan. Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan berdasarkan pengetahuan klinis yang bertujuan untuk tercapainya luaran keperawatan yang diharapkan PPNI, (2018).

Adapun intervensi keperawatan untuk diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan diuraikan pada tabel 1.

Tabel 1
Intervensi Keperawatan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3	4
	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	Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama enam kali pertemuan, maka diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi : 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan

1	2	3	4
4. Berencana bunuh diri	3. Perilaku menyerang menurun	(mis. pisau cukur)	Terapeutik :
5. Disfungsi sistem keluarga	4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun	1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin	
6. Kerusakan kognitif	5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun	2. Libatkan keluarga dalam perawatan	
7. Disorientasi atau konfusi	6. Perilaku agresif/amuk menurun	Edukasi :	
8. Kerusakan kontrol impuls	7. Suara keras menurun	1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien	
9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat	8. Bicara ketus menurun	2. Latih cara mengungkapkan perasaan asertif	
10. Alam perasaan depresi	9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun	3. Latih cara mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi dan bercerita)	
11. Riwayat kekerasan pada hewan	10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun	Promosi Koping (I.09312)	
12. Kelainan neurologis	11. Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun	Observasi	
13. Lingkungan tidak teratur	12. Verbalisasi rencana bunuh diri menurun	1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan	
14. Penganiayaan atau pengabaian anak	13. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun	2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki	
15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain	14. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun	3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan	
16. Impulsif	15. Euforia menurun	4. Identifikasi	
	16. Alam perasaan depresi menurun		

1	2	3	4
	17. Ilusi		pemahaman proses penyakit 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial Terapeutik : 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri 5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu 6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 7. Fasilitas dalam memperoleh

1	2	3	4
			informasi yang dibutuhkan
		8.	Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
		9.	Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
		10.	Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
		11.	Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
		12.	Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
		13.	Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
		14.	Damping saat berduka (penyakit kronis, kecacatan
		15.	Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
		16.	Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat

1	2	3	4
			17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam Edukasi : 1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan sama 2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 4. Anjurkan keluarga terlibat 5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih konstruktif 6. Latih penggunaan teknik relaksasi 7. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan 8. Latihan mengembangkan penilaian obyektif Kolaborasi : Memberikan obat sesuai program dokter yaitu obat anti psikotik Dukungan : Pasien dapat dapat menggunakan

1	2	3	4
dukungan keluarga			

Sumber : PPNI, (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Mustamu dkk., (2023) Implementasi keperawatan merupakan tahap dalam proses asuhan keperawatan yang mencakup perencanaan maupun pelaksanaan keperawatan yang telah disusun, perawat maupun pasien bekerjasama untuk menjalankan tindakan yang akan diperlukan sehingga mencapai tujuan maupun hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan. Selain itu, implementasi keperawatan juga merujuk pada tindakan konkret dalam menjalankan intervensi keperawatan yang telah dirancang untuk memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh. Proses ini dimulai ketika perawat mulai melaksanakan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Durasi pelaksanaannya dapat bervariasi, mulai dari beberapa jam, beberapa hari, hingga berlanjut selama beberapa minggu atau bahkan bulan, tergantung pada kebutuhan dan kondisi pasien Yunike dkk., (2022). Implementasi keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan akan disajikan sesuai dengan tabel 2.

Tabel 2
Implementasi Keperawatan

No	Diagnosis	Waktu	Intervensi	Respon	TTD

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang bertujuan untuk menentukan apakah intervensi yang diberikan sudah berhasil dengan terjadinya peningkatan kondisi pasien. Menurut Mustamu dkk., (2023) Evaluasi Keperawatan adalah adalah proses yang terstruktur dan terencana yang dilakukan diakhir tahap keperawatan yang untuk membandingkan hasil kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan metode SOAP. Adapun komponen dalam evaluasi keperawatan yaitu :

a. S (Subjek)

Data yang berisikan ungkapan kondisi pasien setelah diberikan tindakan keperawatan

b. O (Objektif)

Data yang berisikan hasil pengukuran atau observasi perawat kepada pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

c. A (Analisis)

Menganalisis data subjektif dan objektif untuk menentukan masalah atau diagnosis keperawatan, baik yang masih ada maupun yang baru muncul.

d. P (Planning)

Merupakan perancangan rencana keperawatan yang harus dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana keperawatan sebelumnya.

Hasil evaluasi pada pasien risiko perilaku kekerasan diharapkan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Menurut PPNI (2019), adapun

kriteria hasil yang dijadikan acuan evaluasi pasien dengan risiko perilaku kekerasan adalah verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun, verbalisasi umpatan menurun, perilaku menyerang menurun, perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun, perilaku merusak lingkungan sekitar menurun, perilaku agresif / amuk menurun, suara keras menurun, bicara ketus menurun, verbalisasi keinginan bunuh diri menurun, verbalisasi isyarat bunuh diri menurun, verbalisasi ancaman bunuh diri menurun, verbalisasi rencana bunuh diri menurun, verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun, perilaku merencanakan bunuh diri menurun, euphoria menurun, alam perasaan depresi menurun.

Evaluasi keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan akan disajikan sesuai dengan tabel 3

Tabel 3
Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosis	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD
			S O A P	