

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Skizofrenia**

##### **1. Definisi skizofrenia**

Skizofrenia adalah penyakit yang memengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, serta perilaku yang tidak normal dan terganggu. Kata skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata, yaitu “skizo” yang berarti retak atau pecah, dan “frenia” yang berarti jiwa. Jadi, skizofrenia artinya seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (splitting of personality). Berdasarkan penjelasan sebelumnya, bisa disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan masalah kesehatan mental yang terutama mengganggu cara berpikir seseorang, serta menimbulkan ketidakharmonisan antara pikiran, perasaan, dan kesulitan dalam membedakan antara kenyataan dan halusinasi (Cahyani et al., 2024).

Kondisi ini menunjukkan gejala seperti halusinasi, delusi, ucapan yang tidak teratur, dan perilaku yang sangat tidak terduga atau katatonik. Selain itu, orang dengan skizofrenia juga mengalami gejala negatif seperti menurunnya semangat, ekspresi emosi yang berkurang, dan kurangnya keinginan untuk melakukan aktivitas. Gejala lainnya mencakup gangguan pada kemampuan berpikir, seperti kesulitan dalam berencana, mengingat, dan memproses informasi dengan cepat (Hany & Rizvi, 2025).

## **2. Penyebab skizofrenia**

Meskipun penyebab dan cara kerjanya belum diketahui secara pasti, skizofrenia memiliki dasar yang berasal dari biologi, menurut (McGrath et al., 2025) yaitu:

- a. Perubahan pada struktur otak seperti peningkatan ukuran ventrikel serebral, pengurangan tebal korteks, serta pengurangan ukuran hipokampus bagian depan dan area otak lainnya.
- b. Perubahan pada proses kimia saraf, terutama terkait dengan aktivitas neurotransmitter dopamin dan glutamat.
- c. Faktor keturunan memiliki pengaruh besar, yaitu sekitar 60 hingga 80%, dengan banyak faktor genetik dan lingkungan yang berkontribusi.
- d. Stresor dari lingkungan bisa menyebabkan munculnya gejala psikotik atau membuat gejala yang sudah sembuh kambuh pada orang-orang yang rentan. Stresor ini bisa terkait dengan penggunaan narkoba, seperti penggunaan zat-zat tertentu, terutama ganja, atau masalah sosial seperti menjadi pengangguran atau orang miskin, meninggalkan rumah untuk kuliah atau memutus hubungan romantis.

## **3. Klasifikasi skizofrenia**

Klasifikasi skizofrenia dapat diuraikan sebagai berikut:

### **a. Skizofrenia Paranoid**

Skizofrenia paranoid adalah salah satu jenis gangguan mental yang sering terjadi. Ini merupakan salah satu tipe psikosis di mana seseorang kesulitan membedakan antara realita dan pikirannya sendiri. Hal ini berdampak pada cara seseorang berpikir dan berperilaku. Skizofrenia paranoid umumnya muncul saat

seseorang sudah memasuki usia akhir remaja atau awal masa dewasa. Penderita cenderung sulit berpikir secara rasional dan selalu merasa curiga terhadap segala sesuatu. Akibatnya, mereka sering kesulitan dalam melakukan tugas pekerjaan, menjaga hubungan dalam keluarga, berinteraksi dengan orang lain, serta beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik adalah gangguan psikologis yang memengaruhi cara berpikir, berperilaku, dan mengatur emosi seseorang. Penderita kondisi ini sering mengalami halusinasi, baik secara auditori maupun visual. Mereka juga cenderung berbicara tidak teratur, sehingga sulit untuk orang lain memahami apa yang mereka katakan. Gejala lain yang mungkin muncul meliputi perubahan emosi yang tidak stabil, sikap pendiam, serta kecenderungan menarik diri dari berbagai interaksi sosial.

c. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik didominasi oleh gangguan psikomotorik yang sangat berpengaruh, yang bisa beralih antara keadaan ekstrem seperti gerak berlebihan dan pingsan, atau sikap patuh secara otomatis dan penolakan terhadap perintah. Namun, tipe katatonik ini relatif jarang terjadi.

d. Skizofrenia Tak Terinci

Skizofrenia tidak terinci adalah jenis gangguan mental yang parah dengan gejala yang rumit, yang dapat mengganggu fungsi sosial dan psikologis seseorang. Salah satu tanda yang sering ditemukan adalah isolasi sosial karena seseorang cenderung menarik diri dari lingkungan sekitarnya (Apriyani et al., 2025).

#### **4. Patofisiologi skizofrenia**

Patofisiologi skizofrenia memang rumit dan sudah dipelajari dalam waktu yang lama. Meskipun begitu, masih banyak hal yang belum terungkap. Namun, ada beberapa faktor yang diduga saling terkait, seperti faktor genetik, lingkungan, perkembangan saraf, keseimbangan kimia di otak, struktur otak, dan sistem kekebalan tubuh. Gangguan kognitif pada skizofrenia bisa disebabkan oleh faktor genetik dan ketidakseimbangan neurotransmitter. Skizofrenia juga disangka terkait dengan gangguan pengembangan saraf dan proses rusak pada otak. Hal ini juga diperkirakan berhubungan dengan gangguan kognitif. Ada beberapa teori yang menjelaskan menurunnya kemampuan kognitif pada skizofrenia, seperti gangguan pada neurotransmitter dopamin, glutamat, asetilkolin, serotonin, dan GABA. Ketiga jalur ini juga terkait dengan penyebab penyakit skizofrenia. Gejala utama skizofrenia, yaitu gejala positif, negatif, dan kognitif, terkait dengan banyak neurotransmitter, tetapi gangguan pada dopamin di bagian otak yang tidak termasuk korteks tetap menjadi penyebab utama gejala psikotik. Obat-obatan seperti amfetamin meningkatkan efek dopamin dan bisa menyebabkan gejala psikotik pada orang yang sehat. Saat orang dengan skizofrenia mengonsumsi amfetamin, mereka lebih rentan terhadap efek psikotik karena kadar dopamin di bagian otak tertentu meningkat, sintesis dan pelepasan dopamin juga meningkat secara tidak normal setelah mengonsumsi amfetamin. Penelitian menggunakan tomografi emisi positron (PET) menunjukkan bahwa kenaikan kadar dopamin di sinapsis terlokalisasi di daerah striatum (Putra & Marianto, 2023).

## 5. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Muthmainnah, (2024) Skizofrenia adalah gangguan yang memengaruhi berbagai bagian dari pikiran dan melibatkan beberapa fungsi di otak. Tanda & Gejala skizofrenia terbagi menjadi tiga kategori gangguan berikut:

- a. Ciri-ciri positif meliputi melihat hal yang tidak ada (halusinasi) dan berpikir tidak benar (delusi). Ini disebabkan oleh terlalu banyaknya aktivitas dopamin di bagian mesolimbik otak.
- b. Gejala negatif, yang terlihat adalah kurangnya ekspresi emosi, sikap acuh tak acuh, ketidakmampuan merasakan kesenangan, menarik diri dari interaksi sosial, dan berbicara sedikit. Tanda-tanda negatif ini sulit dikenali dan diobati sering terkait dengan perkembangan penyakit yang buruk dan kemampuan yang terganggu. Gejala negatif dibagi menjadi dua jenis, yaitu gejala negatif primer yang merupakan bagian dari penyakit skizofrenia itu sendiri, dan gejala negatif sekunder yang muncul karena penggunaan obat antipsikotik. Gejala negatif utama tersebut dikenal sebagai 5A: *apathy, avolition, alogia and affective blunting or incongruity* serta asosial/anhedonia) yaitu sebagai berikut:
  - 1) Apaty adalah ketidakpedulian terhadap orang lain atau acara yang dilakukan.
  - 2) Avolition adalah kesulitan dalam memulai atau menyelesaikan tugas, sehingga orang dengan gejala ini cenderung menghindari kegiatan dan menghabiskan banyak waktu tanpa melakukan apa-apa.
  - 3) Alogia adalah istilah untuk bicara yang sedikit dan tidak spontan, dimana orang terlihat seperti berbicara singkat dan memberi jawaban pendek.

- 4) Afek tumpul adalah ekspresi emosional yang menurun, seperti kurangnya ekspresi wajah, kontak mata, dan bahasa tubuh. Afek yang tidak sesuai merupakan emosi yang tidak cocok dengan situasi, sehingga membuat orang terlihat aneh atau tidak masuk akal.
- c. Gangguan kognitif adalah masalah dengan fungsi mental seperti perhatian, ingatan, memori, dan kemampuan berpikir yang mengatur tindakan. Pada penyakit skizofrenia, gangguan ini sering terjadi karena kurangnya aktivitas di daerah korteks frontalis, yang disebut hipofrontalitas.

## **B. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**

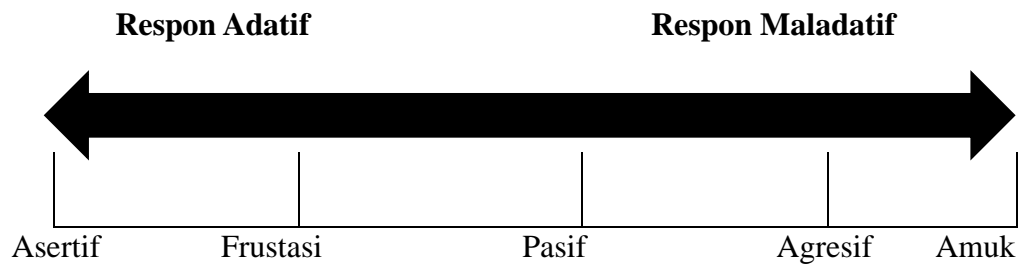
### **1. Pengertian perilaku kekerasan**

Teori yang ada dalam SDKI tahun 2017 menyebutkan bahwa perilaku kekerasan merupakan bentuk diagnosa keperawatan aktual dengan definisi amarah yang ditunjukkan secara berlebihan dan tidak terkontrol melalui kata-kata hingga melukai orang lain dan merusak lingkungan.

Perilaku kekerasan adalah situasi di mana seseorang kehilangan kontrol atas tindakannya yang ditujukan pada dirinya sendiri, orang lain, atau lingkungan. Kekerasan pada diri sendiri bisa berupa melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk pengabaian diri (Muhamad G., 2023).

## 2. Rentang respon marah

Rentang respon perilaku kekerasan meliputi:



Gambar 1. Rentang respon marah

*Sumber: Kusuma, dkk (2024)*

Keterangan:

a. Asertif:

Individu mampu mengungkapkan rasa marahnya tanpa menyakiti atau menyalahkan Individu lain.

b. Frustrasi:

Reaksi yang muncul ketika seseorang tidak berhasil mencapai tujuan, merasa tidak puas atau kurang aman saat marah dan klien tidak dapat menemukan solusi untuk masalah tersebut.

c. Pasif:

Keadaan dimana individu tidak mampu mengungkapkan apa yang dirasakan, merasa tidak berdaya dan mudah menyerah/putus asa

d. Agresif:

Seseorang mulai mengungkapkan rasa marahnya secara fisik tetapi terkontrol.

e. Amuk:

Kemarahan dan permusuhan yang sangat besar bisa membuat seseorang kehilangan kendali. Dalam keadaan ini, seseorang dapat melukai diri sendiri, orang lain, atau bahkan lingkungan sekitar.

### **3. Penyebab perilaku kekerasan**

Proses munculnya perilaku kekerasan pada pasien akan dibahas dengan menerapkan konsep adaptasi stres Stuart yang mencakup faktor-faktor predisposisi dan presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu:

1) Faktor Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor *herediter* yaitu mengenai faktor biologis mencakup kehadiran faktor keturunan seperti anggota keluarga yang sering menunjukkan atau melakukan perilaku kekerasan, terdapatnya anggota keluarga yang menderita gangguan mental, adanya sejarah penyakit atau cedera pada kepala, serta riwayat penggunaan NAPZA (narkotika, psikotropika, dan zat aditif lainnya).

2) Faktor Psikologis

Pengalaman kemarahan adalah reaksi mental terhadap rangsangan dari luar, dalam diri, atau dari lingkungan. Tindakan kekerasan muncul sebagai akibat dari penumpukan ketidakpuasan. Ketidakpuasan muncul ketika harapan seseorang untuk meraih sesuatu menemui kegagalan atau terhambat. Salah satu kebutuhan manusia adalah "berperilaku", apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi

melalui berperilaku konstruktif, maka yang akan muncul adalah individu tersebut berperilaku destruktif

### 3) Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menjelaskan bahwa suasana sosial memiliki dampak besar pada cara seseorang menunjukkan kemarahan. Aturan budaya bisa mendorong orang untuk merespons dengan tegas atau bahkan dengan agresif. Perilaku kekerasan bisa dipelajari secara langsung melalui proses interaksi sosial (*social learning theory*).

#### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi perilaku kekerasan pada masing-masing orang bersifat berbeda-beda, tidak sama antara satu individu dengan yang lainnya. Penyebab ini bisa muncul dari faktor internal maupun eksternal individu. Faktor internal mencakup kehilangan hubungan dengan orang yang dicintai atau penting (seperti putus cinta, perceraian, kematian), hilangnya rasa kasih sayang, kekhawatiran tentang kesehatan fisik, dan sebagainya. Sementara itu, faktor eksternal meliputi serangan fisik, lingkungan yang terlalu bising, kritik yang bersifat menghina, serta tindakan kekerasan. (Rohman Hikmat et al., 2025).

Menurut PPNI, 2018 penyebab perilaku kekerasan yaitu:

- a. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
- b. Stimulus lingkungan
- c. Konflik interpersonal
- d. Perubahan status mental
- e. Putus Obat
- f. Penyalahgunaan zat/ alkohol

#### 4. Tanda dan gejala perilaku kekerasan

Menurut Pardede, J.A. and Laia, (2020) tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah perilaku kekerasan:

- a. Emosi: tidak aman, mengungkapkan perasaan kesal atau marah dan dendam.
- b. Intelektual: berdebat, sarkasme, mengancam, mengumpat, menyerang/melukai diri sendiri atau orang lain membentak dan meremehkan.
- c. Fisik: wajah memerah, mata melotot, pandangan tajam, keringat, postur tubuh kaku, tekanan darah meningkat, tangan mengepal, dan rahang mengatup.

Menurut PPNI, (2018) data mayor dan minor dari masalah perilaku kekerasan, yaitu:

Tabel 1  
Tanda dan gejala mayor minor

<b>Subyektif Mayor</b>	<b>Objektif Mayor</b>
<b>1</b>	<b>2</b>
1. Mengancam	1. Menyerang orang lain
2. Mengumpat dengan kata-kata kasar	2. Melukai diri sendiri/orang lain
3. Suara ketus	3. Merusak lingkungan
4. Bicara ketus	4. Perilaku agresif/amuk
<b>Subyektif Minor</b>	<b>Objektif Minor</b>
<b>(Tidak tersedia)</b>	1. Mata melotot atau pandangan tajam
	2. Tangan mengepal

1	2
	3. Rahang mengatup
	4. Wajah memerah
	5. Postur tubuh kaku

*Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017)*

## **5. Penatalaksanaan perilaku kekerasan**

Penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada klien dengan perilaku kekerasan yaitu:

### **a. Penatalaksanaan medis**

- 1) ECT (*Elektro Convulsive Therapy*), merupakan tindakan medis yang dilaksanakan dengan mengalirkan aliran listrik rendah ke bagian otak
- 2) Haloperidol, untuk mengontrol perilaku merusak diri
- 3) Nozinan, untuk mengontrol perilaku psikososial
- 4) Thrihexiphenidil, untuk mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.

### **b. Penatalaksanaan keperawatan**

- 1) Terapi relaksasi nafas dalam & memukul bantal untuk mengurangi stres dan menyalurkan emosi secara aman.
- 2) Edukasi dan memastikan pasien patuh minum obat untuk memberi pemahaman dan memastikan pasien minum obat teratur.
- 3) Latihan komunikasi asertif untuk melatih pasien menyampaikan perasaan dengan baik tanpa menyakiti.
- 4) Latihan mendekatkan diri dengan Tuhan melalui berdoa untuk memberi ketenangan dan meningkatkan coping. (Sari Feronika et al, 2024)

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan yang mencakup pengumpulan, memverifikasi, mengorganisir, menganalisis, dan mencatat data secara teratur. Tujuan utama dari pengkajian adalah membangun gambaran lengkap mengenai kesehatan fisik, psikososial, dan emosional klien agar masalah kesehatan yang nyata atau mungkin terjadi dapat teridentifikasi. Perawat melakukan pengkajian untuk mengetahui kemampuan fungsional klien, adanya gangguan fungsi, aktivitas sehari-hari, serta pola hidup yang dianut (Sulistia, 2024).

#### **a. Pengumpulan Data**

##### **1) Identitas**

Identitas terdiri atas nama klien, tanggal lahir klien, usia klien, jenis kelamin, alamat, agama, suku/bangsa, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan nama orang yang bertanggung jawab terhadap klien.

##### **2) Keluhan utama atau alasan masuk**

Keluhan utama sesuai dengan diagnosis awal ketika klien pertama kali masuk ke rumah sakit.

##### **3) Faktor predisposisi**

###### **a) Riwayat penyakit sebelumnya**

Tanyakan kepada klien jika mereka pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Jika ya, cari tahu apa penyebab mereka dirawat dan bagaimana pengobatan yang klien terima.

b) Riwayat psiksosial

Tanyakan kepada klien jika mereka pernah mengalami penyiksaan fisik, atau hal-hal lainnya yang terkait dengan seksual, penolakan, kekerasan, serta tindakan yang melanggar hukum sepanjang hidup klien. Selanjutnya, tanyakan apakah ada pengalaman buruk di masa lalu yang telah klien lalui.

c) Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan apakah ada riwayat gangguan jiwa sebelumnya pada keluarga klien.

4) Faktor presipitasi

a) Umumnya, klien sering kali telah mengalami masalah mental sebelumnya dan pernah mendapatkan perawatan, atau baru pertama kali menghadapi masalah mental.

b) Umumnya, klien pertama kali mencari bantuan ke dukun sebagai pilihan lain, dan jika cara itu tidak berhasil, mereka akan dibawa ke rumah sakit jiwa.

c) Trauma. Seringkali klien telah mengalami atau melihat kekerasan fisik, pelecehan seksual, atau penolakan dari orang-orang di sekitarnya.

d) Sering kali terdapat anggota keluarga yang memiliki masalah mental, jika ada hubungan dengan keluarga, gejala, perawatan dan pengobatan.

5) Pemeriksaan fisik

a) Mengukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan meningkat, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.

b) Mengukur berat badan dan tinggi badan

- c) Apa yang kita lihat pada klien dengan perilaku kekerasan selama dilakukannya pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah).
- d) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

Masalah keperawatan:

6) Pengkajian fokus psikososial

a) Genogram

Genogram disusun dengan mencakup tiga generasi yang bisa menunjukkan keterkaitan klien dengan anggota keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga apa saja saat pengkajian.

b) Konsep diri

Umumnya terdapat bagian tubuh klien yang tidak disukai oleh klien, yang memberi kesan kepada keadaan klien apabila berinteraksi dengan orang lain, menyebabkan klien merasa dipermalukan dan diejek mengenai keadaan tersebut.

(1) Citra tubuh

Citra tubuh merupakan pandangan, pemahaman, keyakinan, dan pengetahuan seseorang, baik yang disadari maupun tidak, mengenai tubuhnya, yaitu ukuran, bentuk, struktur, fungsi, batasan, makna, serta objek yang berinteraksi secara terus-menerus, baik dari masa lalu maupun saat ini.

Masalah keperawatan:

(2) Ideal diri

Umumnya, klien mempunyai ekspektasi yang besar terhadap bentuk tubuh, posisi, dan peran mereka baik di dalam keluarga, sekolah, tempat kerja, dan komunitas.

Masalah keperawatan:

(3) Harga diri

Mencakup evaluasi diri yang berasal dari membandingkan hasil yang diperoleh dengan kemampuan yang dimiliki serta cita-cita diri.

Masalah keperawatan:

(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.

Masalah keperawatan:

(5) Identitas diri

Umumnya, klien yang mengalami perilaku kekerasan merasa tidak senang dengan pekerjaannya, tidak puas dengan posisi mereka, baik di sekolah, di tempat kerja, maupun di lingkungan tempat tinggal.

Masalah keperawatan:

7) Hubungan sosial

a) Seseorang yang penting seperti tempat untuk berbagi keluhan

Masalah keperawatan:

b) Aktivitas yang diikuti oleh klien di komunitas dan apakah klien terlibat secara aktif dalam kelompok

Masalah keperawatan:

- c) Kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain/tingkat partisipasi klien dalam hubungan sosial

Masalah keperawatan:

- 8) Spiritual
  - a) Nilai dan keyakinan
  - b) Umumnya, klien menyatakan bahwa dia tidak merasakan adanya masalah mental
  - c) Aktivitas ibadah
  - d) Umumnya, saat sakit, klien jarang melakukan kegiatan ibadah
- 9) Status mental

Pengkajian status mental pasien perilaku kekerasan berfokus pada:

- a) Penampilan: Umumnya penampilan klien tidak bersih.

Masalah keperawatan:

- b) Pembicaraan: Umumnya pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

Masalah keperawatan:

- c) Aktivitas motorik: Klien dengan perilaku kekerasan biasanya menunjukkan gerakan tegang dan gelisah, ekspresi wajah berubah-ubah, gemetar, tangan terkepal, dan rahang rapat.

Masalah keperawatan:

- d) Alam perasaan: Umumnya, akan mengalami kesedihan dan penyesalan atas tindakan yang telah dilakukan

Masalah keperawatan:

- e) Afek: Klien umumnya menunjukkan kecenderungan mudah tersinggung dan seringkali mengalami ledakan kemarahan tanpa adanya pemicu yang jelas.

Masalah keperawatan:

- f) Interaksi selama wawancara: Klien dengan perilaku kekerasan biasanya tampil dengan sikap bermusuhan dan penuh kecurigaan, kurang kooperatif, menghindari kontak mata dengan pewawancara, serta memiliki respons yang cepat tersinggung.

Masalah keperawatan:

- g) Persepsi: Umumnya, klien dengan perilaku kekerasan tetap mampu memberikan jawaban atas pertanyaan secara jelas.

Masalah keperawatan:

- h) Isi Pikir: Umumnya klien memiliki keyakinan bahwa dirinya tidak mengalami penyakit dan berada dalam kondisi yang baik.

Masalah keperawatan:

- i) Tingkat kesadaran: klien dengan perilaku kekerasan umumnya menunjukkan kebingungan pada beberapa kesempatan.

Masalah keperawatan:

- j) Memori: Klien biasanya mampu mengingat kejadian yang dialami, namun seringkali mengalami gangguan pada daya ingat jangka panjang.

Masalah keperawatan:

- k) Kemampuan penilaian: Klien umumnya mengalami penilaian yang kurang baik, baik dalam tingkat ringan maupun sedang, sehingga sulit untuk mengambil keputusan.

Masalah keperawatan:

- l) Daya fikir diri: Klien umumnya mengingkari penyakit yang dideritanya.

Masalah keperawatan:

#### 10) Mekanisme koping

Seringkali klien menunjukkan reaksi maladaptif, seperti bertindak sembarangan, marah kalau harapannya tidak dipenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak peralatan di rumah.

Masalah keperawatan:

#### 11) Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya bersisi tentang masalah klien di dalam dukungan kelompok, hubungan dengan lingkungan, pekerjaan, dan ekonomi.

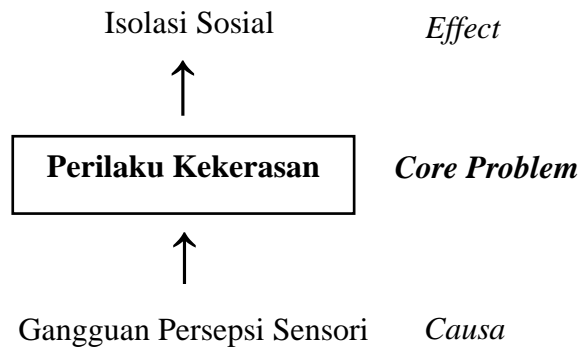
#### 12) Daftar masalah keperawatan

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

- a) Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- b) Perilaku kekerasan
- c) Gangguan persepsi sensori

#### 13) Pohon masalah

Pohon masalah adalah analisis tentang permasalahan dalam keperawatan. Saat membuat pohon masalah, akan ditentukan *core problem*, *causa*, dan *effect*.



Gambar 2. Pohon Masalah Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia

Cara untuk menentukan *core problem* melibatkan beberapa Langkah yang sistematis, antara lain:

a) Identifikasi masalah aktual.

*Core problem* menunjukkan keadaan yang sedang dialami pasien saat pengkajian, yaitu masalah yang nyata dan relevan dengan situasi pasien saat ini.

b) Frekuensi keluhan pasien.

Keluhan yang paling sering disampaikan oleh pasien menjadi prioritas utama. Data ini didapatkan melalui wawancara, observasi, atau konfirmasi dengan keluarga dan tim medis. Seberapa sering keluhan muncul menunjukkan seberapa penting masalah yang dihadapi.

c) Potensi risiko.

*Core problem* juga diprioritaskan jika memiliki risiko tinggi untuk mencederai pasien, orang lain dan lingkungan sekitar.

d) 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:

- a) 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.
- b) Kumpulkan data dan informasi. Kumpulkan informasi yang berkaitan untuk dianalisis. Data perlu utuh dan tepat agar proses analisis dapat berjalan dengan baik. Informasi ini bisa berupa angka, laporan peristiwa, atau catatan yang berhubungan dengan masalah.
- c) Verifikasi akar penyebab. Setelah menemukan beberapa kemungkinan alasan, langkah berikutnya adalah memeriksa akar masalah dengan data tambahan atau analisis lebih jauh. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa alasan yang telah ditemukan benar-benar berkaitan dan memberikan dampak terhadap masalah yang ada.

Adapun cara untuk menetapkan *effect* dalam pohon masalah, adalah sebagai berikut:

- a) Observasi langsung. Perhatikan tingkah laku pasien serta interaksi mereka dengan lingkungan.
- b) Pengumpulan data subjektif dan objektif. Dapatkan informasi melalui wawancara dengan pasien dan observasi klinis.
- c) Pemetaan efek dalam diagram. Manfaatkan diagram pohon masalah untuk menggambarkan *efek* yang muncul dari *core problem* dan *causa*.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Menurut PPNI, (2017) Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang bagaimana klien merespon masalah keperawatan atau pengalaman hidup yang mereka alami, baik yang sedang terjadi maupun yang mungkin terjadi. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengenali reaksi klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas, terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Penulisan diagnosis yang tepat meliputi berbagai elemen seperti masalah, penyebab, dan tanda atau gejala. Ini dikenal sebagai penulisan tiga bagian atau three part, di mana masalah berkaitan dengan penyebab yang didukung oleh tanda atau gejala. Di sisi lain, penulisan diagnosis risiko terdiri dari dua bagian atau two part, yaitu masalah yang didukung oleh faktor risiko. Sementara itu, penulisan diagnosis promosi kesehatan juga mengikuti format dua bagian, di mana masalah didukung oleh tanda atau gejala. (PPNI, 2017).

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

## **3. Intervensi keperawatan**

Dalam Menyusun intervensi keperawatan ada tiga elemen penting yang harus diperhatikan, yaitu diagnosis keperawatan, hasil keperawatan, dan tindakan keperawatan. Hasil keperawatan menunjukkan keadaan kesehatan setelah dilakukannya tindakan keperawatan, dengan memakai indikator atau kriteria dari suatu masalah. Tindakan keperawatan mencakup semua aktivitas yang dilakukan berdasarkan pengetahuan klinis dengan tujuan untuk mencapai hasil yang

diharapkan dalam keperawatan PPNI, (2018) Adapun intervensi keperawatan untuk diagnosis keperawatan perilaku kekerasan diuraikan pada tabel 2.

Tabel 2  
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4	5
1.	<b>Perilaku Kekerasan (D.0132)</b>	<b>Kontrol Diri (L.09076)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8 kali pertemuan, maka diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5) 2. Verbalisasi	1. Lakukan bina hubungan saling percaya (BHSP) <b>Dukungan Manajemen Pengendalian Marah (L.09290) Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab atau pemicu kemarahan 2. Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan 3. Monitor potensi agresi tidak konstruktif	1. Meningkatkan rasa aman dan nyaman dengan pasien <b>Dukungan Manajemen Pengendalian Marah (L.09290) Observasi</b> 1. Mengetahui faktor penyebab dan pemicu kemarahan 2. Membantu pasien memahami cara mengekspresikan emosi yang sesuai secara sosial 3. Mengurangi

1	2	3	4	5
		umpatan	melakukan	risiko cedera
		Menurun	tindakan sebelum	dan menjaga
		(5)	agresif	keselamatan
		3. Perilaku	4. Monitor	pasien serta
		menyeran	kemajuan	lingkungan
		g	dengan	4. Mendeteksi dini
		menurun	membuat data,	agresi
		(5)	Jika perlu	membantu
		4. Perilaku	<b>Terapeutik</b>	mencegah
		melukai	1. Gunakan	perilaku
		diri	pendekatan yang	kekerasan.
		sendiri/ora	senang atau	<b>Terapeutik</b>
		ng	meyakinkan	1. Sikap tenang
		lain	2. Fasilitasi	perawat
		menurunkan	mengekspresika	menurunkan
		(5)	n marah sesuai	emosi dan
		5. Perilaku	adaptif	mencegah
		merusak	3. Cegah	kemarahan
		lingkungan	kerusakan fisik	2. Membantu
		sekitar	akibat ekspresi	pasien
		menurun	marah (mis.	menyalurkan
		(5)	menggunakan	emosi secara
		6. Perilaku	senjata)	sehat sehingga
		agresif/	4. Cegah	tidak
		amuk	kerusakan fisik	merugikan diri
		menurun	akibat ekspresi	sendiri maupun
		(5)	marah (mis.	orang lain
		7. Suara	menggunakan	3. Mengurangi
		keras	senjata)	risiko cedera
		menurun	5. Cegah aktivitas	dan menjaga
		(5)	pemicu agresi	keselamatan

1	2	3	4	5
		8. Bicara ketus Menurun (5)	(mis. meninju tas, mondar-mandir, berolahraga berlebihan)	pasien serta lingkungan sekitar.
		9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (5)	6. Lakukan kontrol eksternal (mis. pengekangan, time-out, dan seklusi), Jika perlu	4. Mengontrol lingkungan untuk meminimalkan potensi tindakan destruktif.
		10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun (5)	7. Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif	5. Menghindari perilaku yang dapat meningkatkan eskalasi emosi menjadi agresi.
		11. Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun (5)	8. Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah	6. Digunakan sebagai upaya terakhir untuk menjaga keamanan ketika pasien berpotensi membahayakan
		12. Verbalisasi rencana bunuh diri menurun (5)		
		13. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun (5)	<b>Edukasi</b> 1. Jelaskan makna fungsi marah, frustrasi, dan respons marah 2. Anjurkan	7. Dukungan meningkatkan motivasi dan konsistensi pasien dalam menggunakan teknik

1	2	3	4	5
		14. Perilaku merencanakan akan bunuh diri menurun (5)	meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat	pengendalian diri.
		15. Euforia menurun (5)	3. Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif	8. Penguatan meningkatkan motivasi pasien untuk mempertahankan dan mengulang perilaku
		16. Alam perasaan depresi menurun (5)	4. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. latihan asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran energi)	pengendalian marah yang adaptif.
			<b>Edukasi</b>	<b>Edukasi</b>
			1. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu	1. Membantu pasien memahami bahwa marah adalah emosi normal, namun perlu dikelola dengan cara yang tepat
			<b>Dukungan</b>	2. Dukungan sosial dapat mencegah eskalasi emosi menjadi perilaku agresif
			1. Dukungan dari tenaga kesehatan, keluarga dan teman untuk membantu	3. Memberikan keterampilan

1	2	3	4	5
			meningkatkan kontrol diri	koping 4. Membantu pasien mengontrol emosi secara adaptif <b>Kolaborasi</b> 1. Terapi farmakologis membantu menstabilkan emosi dan mengurangi gejala yang memicu kemarahan <b>Dukungan</b> 1. Lingkungan suportif meningkatkan rasa aman dan kontrol diri pasien.

*Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018), Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017), Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2022)*

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien berpindah dari kondisi kesehatan yang kurang baik ke kondisi yang lebih baik, sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan.

Implementasi ini adalah langkah pertama dari rencana aksi yang ditujukan untuk mencapai tujuan tertentu. Proses pelaksanaan dimulai setelah rencana aksi disusun dan berbentuk perintah pembunahan yang digunakan untuk mendukung klien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan. Dengan demikian, rencana aksi yang jelas dilakukan untuk mengubah faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Secara umum, pelaksanaannya dapat menjadi tiga kategori utama. (Sulistia, 2024).

Tabel 3  
Implementasi Keperawatan

<b>Diagnosis</b>	<b>Waktu</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Respon</b>	<b>TTD</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 1	1. Bina hubungan saling percaya 2. Membuat kontrak waktu, tempat, dan topik dengan pasien	<p><b>S:</b></p> <p>1. Pasien mampu mengucapkan salam perkenalan, dan memperkenalkan diri</p> <p>2. Pasien mampu menentukan waktu, tempat untuk bertemu.</p> <p><b>O:</b></p> <p>Pasien tampak curiga, gelisah, dengan berbicara ketus dan wajah memerah</p>	Perawat

1	2	3	4	5
Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 2	1. Mengidentifikasi penyebab atau pemicu kemarahan 2. Memonitor potensi agresif tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif	<b>S:</b> Pasien mampu mengatakan penyebab kemarahan <b>O:</b> Pasien tampak curiga, gelisah, dengan berbicara ketus dan wajah memerah	Perawat
Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 3	1. Mencegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah 2. Dukungan dari tenaga kesehatan, keluarga dan teman untuk membantu meningkatkan kontrol diri	<b>S:</b> 1. Pasien mampu mengatakan pemicu marah dan tindakan kekerasan yang ia lakukan 2. Pasien mampu mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan, keluarga dan teman untuk membantu meningkatkan kontrol diri <b>O:</b> 1. Pasien mampu	Perawat

1	2	3	4	5
			menceritakan masalahnya dan cara mengahnyanya	
			2. Pasien tampak curiga, gelisah, dengan berbicara ketus dan wajah memerah	
Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 4	1. Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladatif dengan metode relaksasi nafas dalam dan memukul bantal 2. Bertanya perasaan pasien setelah melakukan teknik relaksasi 3. Memberikan penguatan positif atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah	<b>S:</b> Pasien dapat mengatakan merasa lebih baik setelah melakukan teknik relaksasi <b>O:</b> Pasien tampak kooperatif, tenang dan tidak menunjukkan tanda-tanda agresi	Perawat
Perilaku kekerasan	Temu 5	1. Ajarkan strategi untuk mencegah	<b>S:</b> Pasien dapat	Perawat

1	2	3	4	5
berhubungan dengan gangguan persepsi sensori		ekspresi marah maladaptif dengan metode kontrol perilaku kekerasan dengan obat 2. Kolaborasi pemberian obat	mengatakan kapan saja minum obat dan jadwal minum obat <b>O:</b> Pasien tampak kooperatif, tenang dan tidak menunjukkan tanda-tanda agresi	
Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 6	1. Monitor peningkatan kondisi pasien 2. Ajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat dengan latihan asertif	<b>S:</b> Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan asertif <b>O:</b> Pasien tampak kooperatif	Perawat
Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 7	1. Monitor peningkatan kondisi pasien 2. Ajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat dengan kontrol perilaku	<b>S:</b> Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual <b>O:</b> Pasien mampu mengontrol	

1	2	3	4	5
		kekerasan secara spiritual	perilaku kekerasan dengan cara spiritual	
Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 8	<p>1. Menanyakan kepada pasien strategi pengendalian marah mana yang lebih nyaman pasien lakukan</p> <p>2. Memberikan penguatan positif atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah</p>	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan bisa melakukan salah satu strategi pengendalian marah</p> <p><b>O:</b> Pasien tampak tenang saat menjawab dan pasien tampak memahami strategi pengendalian marah</p>	Perawat

## 5. Evaluasi keperawatan

Menurut Sulistia, (2024) Evaluasi adalah Aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terfokus. Ketika pasien dan profesional kesehatan menilai seberapa baik pasien mencapai tujuan mereka dan seberapa efektif rencana perawatan keperawatan tersebut. Evaluasi dapat dikategorikan menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan tepat setelah perawat melaksanakan rencana keperawatan untuk memeriksa seberapa baik tindakan keperawatan tersebut berjalan.

Di sisi lain, evaluasi sumatif terjadi ketika semua tindakan keperawatan dalam proses perawatan telah selesai. Dalam pengembangan evaluasi keperawatan, terdapat empat bagian yang dikenal sebagai metode SOAP, yang meliputi:

- a. S (*Subjektive*) adalah informasi dari keluhan pasien yang diungkapkan sebagai pernyataan.
- b. O (*Objektive*) mengacu pada data dari observasi, asesmen, dan pemeriksaan pasien.
- c. A (*Assessment*) adalah perbandingan antara data subjektif dan data objektif, yang bertujuan untuk mengevaluasi seberapa banyak tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan telah tercapai.
- d. P (*Planning*) adalah rencana perawatan keperawatan berkelanjutan yang akan diimplementasikan.

Tabel 4  
Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosis	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD
1	2	3	4	5
1.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 1	<p><b>S:</b> Pasien mampu mengucapkan salam perkenalan, dan memperkenalkan diri, Pasien mampu menentukan waktu, tempat untuk bertemu.</p> <p><b>O:</b> Pasien tampak curiga, gelisah, dengan berbicara ketus dan wajah memerah</p> <p><b>A:</b> Tujuan 1 bina hubungan saling percaya tercapai</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan kedua (perilaku menyerang menurun)</p>	Perawat
2.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 2	<p><b>S:</b> Pasien mampu mengatakan penyebab kemarahan</p> <p><b>O:</b> Pasien tampak curiga, gelisah, dengan berbicara ketus dan wajah memerah</p> <p><b>A:</b> Tujuan 2 perilaku menyerang tercapai</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan ketiga (perilaku menyerang menurun)</p>	Perawat

1	2	3	4	5
3.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 3	<p><b>S:</b> Pasien mampu mengatakan pemicu marah dan tindakan kekerasan yang ia lakukan, Pasien mampu mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan, keluarga dan teman untuk membantu meningkatkan kontrol diri</p> <p><b>O:</b> Pasien mampu menceritakan masalahnya dan cara mengahnya</p> <p><b>A:</b> Tujuan 3 perilaku menyerang tercapai</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan keempat (perilaku agresif/amuk menurun)</p>	Perawat
4.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 4	<p><b>S:</b> Pasien dapat mengatakan merasa lebih baik setelah melakukan teknik relaksasi</p> <p><b>O:</b> Pasien tampak kooperatif, tenang dan tidak menunjukkan tanda-tanda agresi</p> <p><b>A:</b> Tujuan 4 perilaku agresif/amuk tercapai</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan kelima (euforia menurun)</p>	Perawat
5.	Perilaku kekerasan	Temu 5	<p><b>S:</b> Pasien dapat mengatakan</p>	Perawat

1	2	3	4	5
	berhubungan dengan gangguan persepsi sensori		<p>kapan saja minum obat dan jadwal minum obat</p> <p><b>O:</b> Pasien tampak kooperatif, tenang dan tidak menunjukkan tanda-tanda agresi</p> <p><b>A:</b> Tujuan 5 euforia menurun tercapai</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan keenam (euforia menurun)</p>	
6.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 6	<p><b>S:</b> Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan asertif</p> <p><b>O:</b> Pasien tampak kooperatif</p> <p><b>A:</b> Tujuan 6 euforia menurun, tercapai</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan ketujuh (perilaku menyerang menurun)</p>	Perawat
7.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori	Temu 7	<p><b>S:</b> Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p> <p><b>O:</b> Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p>	Perawat

1	2	3	4	5
			<p><b>A:</b> Tujuan 7 perilaku menyerang menurun, tercapai</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan kedelapan (verbalisasi umpatan menurun, alam perasaan menurun)</p>	
8.	<p>Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori</p>	Temu 8	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan bisa melakukan salah satu strategi pengendalian marah</p> <p><b>O:</b> Pasien tampak tenang saat menjawab dan pasien tampak memahami strategi pengendalian marah</p> <p><b>A:</b> Tujuan 8 verbalisasi umpatan menurun, alam perasaan menurun, tercapai</p> <p><b>P:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lanjutkan pemantauan kondisi emosi dan perilaku pasien</li> <li>2. Pertahankan terapi relaksasi dan latihan asertif sebagai teknik manajemen emosi</li> <li>3. Lakukan evaluasi berkala untuk mencegah kekambuhan</li> </ol>	Perawat