

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu gangguan psikotik yang ditandai oleh kumpulan reaksi yang memengaruhi berbagai aspek fungsi individu. Gangguan ini berdampak pada cara berpikir, kemampuan berkomunikasi, proses penerimaan serta penafsiran realitas, hingga pada ekspresi dan pengalaman emosi (Ningsih et al., 2025). Skizofrenia menurut Syafwan (2025) merupakan gangguan psikiatri kompleks yang ditandai dengan gejala positif (halusinasi, delusi), gejala negatif (penarikan diri sosial, afek tumpul), serta gangguan kognitif signifikan. Manifestasi klinis skizofrenia umumnya meliputi pikiran yang tidak terorganisasi, munculnya waham, halusinasi, serta perilaku yang menyimpang dari norma sosial.

Skizofrenia dapat disimpulkan sebagai suatu gangguan psikotik yang kompleks, ditandai oleh perubahan menyeluruh pada aspek kognitif, afektif, dan perilaku individu. Gangguan ini tidak hanya memengaruhi cara berpikir dan berkomunikasi, tetapi juga mengganggu kemampuan dalam menafsirkan realitas serta mengekspresikan emosi. Secara klinis, skizofrenia ditunjukkan melalui gejala positif berupa halusinasi, delusi, dan perilaku tidak terorganisasi, serta gejala negatif yang mencerminkan penurunan fungsi normal seperti motivasi, energi, dan kapasitas kognitif. Dengan demikian, skizofrenia dapat dipahami sebagai kondisi yang menimbulkan disfungsi

menyeluruh pada individu, sehingga memerlukan penanganan komprehensif dan berkesinambungan.

2. Penyebab Skizofrenia

Menurut Mashudi, (2021), skizofrenia muncul akibat kombinasi faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

a) *Genetik*

Risiko skizofrenia meningkat signifikan pada individu dengan riwayat keluarga. Anak dengan satu orang tua penderita memiliki risiko sekitar 15%, sedangkan bila kedua orang tua menderita skizofrenia, risikonya dapat mencapai 35%.

b) *Neuroanatomi*

Hasil CT Scan menunjukkan adanya pembesaran ventrikel dan atrofi korteks otak. PET Scan memperlihatkan penurunan metabolisme glukosa serta oksigen di korteks frontal. Penelitian konsisten menemukan penurunan volume otak dan fungsi abnormal pada area temporal dan frontal. Selain itu, sistem limbik dan ganglia basalis sering menjadi fokus karena adanya perbedaan struktur dibandingkan otak normal. Perubahan distribusi sel otak juga ditemukan sejak masa prenatal, misalnya tidak adanya sel glia yang biasanya muncul pada trauma otak pasca lahir.

c) *Neurokimia*

Gangguan sistem neurotransmitter menyebabkan sinyal otak tidak tersampaikan dengan baik. Akibatnya, persepsi, pikiran, dan perilaku menjadi terganggu karena proses komunikasi antar sel saraf tidak berjalan normal.

2) Psikologis

Skizofrenia dapat timbul dari kegagalan perkembangan psikososial awal. Anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya berisiko mengalami konflik intrapsikis sepanjang hidup. Gangguan identitas, kesulitan mengontrol diri, serta masalah pencitraan diri menjadi aspek penting dalam teori psikologis ini.

3) Sosiokultural dan Lingkungan

Individu dari kelas sosial ekonomi rendah lebih rentan mengalami skizofrenia. Faktor yang berkontribusi antara lain kemiskinan, perumahan padat, nutrisi tidak memadai, kurangnya perawatan prenatal, keterbatasan sumber daya menghadapi stres, serta perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

1) Biologis

Stresor biologis dapat memicu respons neurobiologis maladaptif, misalnya gangguan komunikasi dan umpan balik otak, serta abnormalitas mekanisme seleksi stimulus yang membuat penderita sulit merespons secara tepat (Azhari, 2023).

2) Lingkungan

Ambang toleransi stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan, sehingga memengaruhi munculnya gangguan pikiran,

3) Pemicu

Gejala Episode baru skizofrenia sering dipicu oleh faktor kesehatan, lingkungan, sikap, maupun perilaku individu. Stimuli ini berperan sebagai prekursor yang memperburuk respons neurobiologis maladaptive.

3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan mental kompleks dengan spektrum gejala yang luas, mencakup aspek kognitif, emosional, dan perilaku individu (Hany et al., 2024). Secara umum, gejala skizofrenia dikelompokkan ke dalam tiga domain utama, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gangguan kognitif (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

a. Gejala Positif

Gejala positif adalah manifestasi yang muncul pada penderita skizofrenia dan tidak ditemukan pada individu sehat. Gejala ini mencerminkan kondisi psikotik, ditandai dengan perubahan dalam cara berpikir, bertindak, maupun memaknai pengalaman (Wang et al., 2023). Bentuk gejala positif meliputi:

1) Halusinasi, yaitu persepsi sensorik tanpa adanya rangsangan nyata.

Halusinasi dapat berupa auditorik, visual, maupun sensorik. Misalnya, pasien mengaku melihat atau mendengar sesuatu yang tidak dialami orang lain (Rosenbrock et al., 2023).

- 2) Delusi/Waham, yakni keyakinan yang salah, tidak realistis, dan bertentangan dengan kenyataan (*fixed false belief*). Jenis delusi dapat berupa paranoid, kebesaran (*grandiose*), atau referens. Keyakinan ini sulit dikoreksi meskipun diberikan bukti yang berlawanan (Hany et al., 2024)
- 3) Gangguan pikir dan bicara, ditandai dengan asosiasi yang tidak koheren, bicara meloncat-loncat (*flight of ideas*), atau penggunaan kata yang tidak lazim (*neologisme*) (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).
- 4) Perilaku abnormal, berupa kesulitan dalam aktivitas sehari-hari, penampilan atau kebersihan diri yang tidak wajar, hingga kondisi katatonia, yaitu keadaan kaku, tidak responsif, atau mempertahankan posisi tertentu dalam waktu lama (Ankit & Paroma, 2023).

b. Gejala Negatif

Gejala negatif menggambarkan berkurangnya fungsi normal yang seharusnya ada pada individu sehat. Manifestasi yang sering ditemukan antara lain: afek datar, avolition atau apatis (hilangnya motivasi), alogia (berkurangnya kemampuan berbicara), anhedonia (ketidakmampuan merasakan kesenangan), serta perilaku asosial berupa penarikan diri dari interaksi sosial (Correll & Schooler, 2020).

c. Gangguan Kognitif

Gangguan kognitif merupakan salah satu faktor utama yang menghambat kemampuan penderita dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Gejala ini meliputi penurunan daya ingat, berkurangnya konsentrasi, keterbatasan pemahaman, serta kesulitan dalam mengekspresikan pikiran (McCutcheon et al., 2023).

d. Gejala Afektif dan Agresif

Selain tiga domain utama, penderita skizofrenia juga dapat menunjukkan gejala afektif dan agresif. Gejala afektif mencakup gangguan emosi seperti depresi, iritabilitas, kecemasan, rasa bersalah, dan ketegangan. Sementara itu, gejala agresif ditandai dengan perilaku yang berpotensi melukai diri sendiri maupun orang lain, termasuk kekerasan fisik, verbal, seksual, penyerangan, hostilitas, perusakan benda, hingga tindakan melukai diri (Hany et al., 2024).

4. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*), skizofrenia dibedakan menjadi beberapa tipe berikut (I. A. Putri & Maharani, 2022):

a. Skizofrenia Paranoid

Ditandai oleh halusinasi dan/atau waham yang menonjol. Gejala khas berupa suara halusinasi yang mengancam atau memberi perintah, serta halusinasi auditorik non-verbal seperti bunyi pluit, dengungan, atau tawa.

b. Skizofrenia Terdisorganisasi/Hebephrenik

Umumnya muncul pada usia remaja hingga dewasa muda (15–25 tahun). Diagnosis ditegakkan melalui pengamatan berkelanjutan selama 2–3 bulan. Ciri khasnya meliputi perilaku tidak bertanggung jawab, mannerisme, kecenderungan menyendiri, afek dangkal atau tidak wajar, sering disertai cekikikan atau senyum sendiri.

c. Skizofrenia Residual

Didominasi oleh gejala negatif, seperti aktivitas menurun, afek tumpul, sikap pasif, kurang inisiatif, komunikasi non-verbal yang buruk, perawatan diri yang tidak memadai, serta penurunan fungsi sosial.

d. Skizofrenia Katatonik

Ditandai oleh perilaku motorik khas, misalnya mempertahankan posisi tubuh aneh, kegelisahan ekstrem, reaktivitas berlebihan terhadap lingkungan, serta fenomena seperti *command automatism* (kepatuhan otomatis terhadap perintah) dan pengulangan kata atau kalimat.

e. Skizofrenia Tak Terinci

Diagnosis ini digunakan bila gejala memenuhi kriteria umum skizofrenia, namun tidak sesuai dengan kategori paranoid, hebefrenik, residual, maupun katatonik.

B. Perilaku Kekerasan

1. Definisi Perilaku Kekerasan

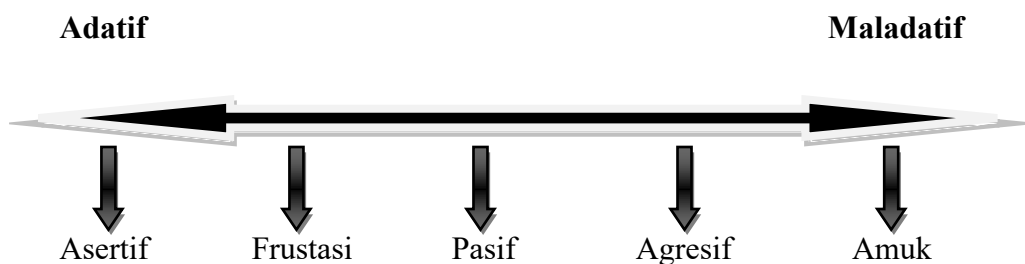
Definisi perilaku kekerasan menurut PPNI (2017), yaitu Kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan/ atau merusak lingkungan. Perilaku kekerasan merupakan bentuk respons individu terhadap ancaman yang dirasakan, baik dari dalam diri maupun lingkungan sekitar. Respons ini biasanya muncul dalam wujud kemarahan yang diekspresikan secara verbal maupun fisik. Ancaman internal dapat berupa kecemasan, rasa takut, kekecewaan, ketidakpuasan, atau kebutuhan yang tidak terpenuhi. Sedangkan ancaman eksternal bisa berupa kritik, perlakuan merendahkan, maupun

serangan dari orang lain. Akibat dari perilaku ini dapat menimbulkan cedera atau kerusakan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Tukatman et al., 2023).

Perilaku kekerasan dapat dipahami sebagai bentuk respons individu terhadap adanya stresor atau ancaman, baik yang bersumber dari dalam diri seperti kecemasan, ketakutan, kekecewaan, ketidakpuasan, maupun kebutuhan yang tidak terpenuhi dari lingkungan sekitar, misalnya kritik, perlakuan merendahkan, atau serangan orang lain. Respons tersebut muncul dalam wujud kemarahan yang diekspresikan secara verbal maupun fisik, dan berpotensi menimbulkan kerugian atau cedera bagi diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

2. Rentang Respon Marah

Respons kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif-maladaptif. Rentang respon kemarahan dapat digambarkan sebagai berikut (Avelina et al., 2022):



Gambar 1 Rentang Respon Marah

(Sumber: Avelina et al., *Keperawatan Jiwa*, 2022)

a. Respon marah adaptif mencakup:

1) Asertif

Kemampuan individu untuk mengungkapkan rasa marah atau ketidaksetujuan secara terbuka tanpa menyalahkan atau melukai orang lain. Cara ini biasanya memberikan rasa lega.

2) Frustrasi

Muncul ketika seseorang gagal mencapai tujuan, kepuasan, atau rasa aman. Dalam kondisi ini, individu sering kali tidak menemukan alternatif lain untuk mengatasi situasi.

b. Respon marah maladaptif meliputi:

1) Pasif

Keadaan di mana individu tidak mampu mengekspresikan perasaan yang dialami, biasanya untuk menghindari tuntutan nyata.

2) Agresif

Perilaku yang menyertai kemarahan berupa dorongan untuk menuntut sesuatu yang dianggap benar, namun dilakukan dengan cara destruktif meski masih dalam batas kontrol.

3) Amuk dan kekerasan

Bentuk marah yang disertai perasaan bermusuhan sangat kuat hingga kehilangan kendali, sehingga dapat menimbulkan kerusakan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.

3. Penyebab Perilaku Kekerasan

Penyebab dari perilaku kekerasan menurut Avelina et al., (2022), yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah kondisi yang sudah ada sebelum perilaku kekerasan muncul, yang membuat seseorang lebih rentan terhadap tindakan tersebut.

1) Biologis

Unsur biologis dapat berupa riwayat keluarga dengan gangguan mental atau perilaku agresif, adanya trauma pada kepala, serta kebiasaan penyalahgunaan zat. Faktor-faktor ini meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami perilaku kekerasan. Misalnya, individu dengan keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa tertentu lebih berisiko menunjukkan perilaku serupa.

2) Psikologis

Dari sisi psikologis, akumulasi rasa frustrasi, kesulitan dalam mengendalikan emosi, pengalaman traumatis di masa lalu seperti pelecehan seksual atau kekerasan dalam keluarga, serta kepribadian yang tertutup dapat menjadi latar belakang yang memperbesar kerentanan terhadap perilaku kekerasan.

3) Sosial Budaya

Lingkungan sosial dan budaya juga berperan. Norma yang menoleransi atau bahkan mendorong agresivitas, paparan kekerasan melalui interaksi sosial maupun media, kondisi ekonomi yang kurang mendukung, serta pola asuh yang tidak tepat dapat membentuk individu yang lebih mudah

mengekspresikan kekerasan. Sebagai contoh, anak yang tumbuh dalam keluarga dengan pola kekerasan cenderung meniru perilaku tersebut.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah pemicu yang menyebabkan perilaku kekerasan muncul pada waktu tertentu.

1) Internal Individu

Pemicu dari dalam diri dapat berupa kehilangan orang yang berarti, kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan fisik, masalah dalam konsep diri, atau penghentian konsumsi obat pada pasien dengan gangguan mental. Situasi ini dapat memicu munculnya perilaku agresif.

2) Eksternal Individu

Faktor luar yang dapat memicu kekerasan meliputi serangan fisik, lingkungan yang terlalu bising, kritik yang menyakitkan, ketidakharmonisan dalam lingkungan sosial, maupun ancaman terhadap status sosial seseorang. Kondisi-kondisi tersebut dapat menimbulkan reaksi kekerasan secara langsung.

4. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dikenali melalui beberapa aspek berikut (Tukatman et al., 2023):

- a. Fisik: ditunjukkan dengan pandangan tajam atau melotot, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah tegang dan memerah, serta postur tubuh yang tampak kaku.
- b. Verbal: berupa ancaman, kata-kata kasar atau kotor, berbicara dengan nada keras, ketus, dan tidak sopan.

- c. Perilaku: meliputi tindakan menyerang atau melukai diri sendiri maupun orang lain, merusak lingkungan, serta perilaku amuk atau agresif.
 - d. Emosi: ditandai dengan perasaan tidak nyaman, tidak aman, terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mudah marah, ingin berkelahi, menuntut, dan menyalahkan.
 - e. Intelektual: terlihat dari penggunaan kata-kata bernada sarkastik, mendominasi pembicaraan, cerewet, kasar, suka berdebat, dan meremehkan orang lain.
 - f. Spiritual: ditunjukkan dengan keyakinan diri yang berlebihan, merasa berkuasa, tidak bermoral, serta adanya keragu-raguan dalam nilai spiritual.
- Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2017) data mayor dan minor dari masalah perilaku kekerasan, yaitu:

Tabel 1
Gejala Dan Tanda Mayor Dan Minor Perilaku Kekerasan

Gejala dan Tanda Mayor	
1	2
Subjektif	Objektif
1. Mengancam	1. Menyerang
2. Mengumpat dengan kata-kata kasar	2. Melukai diri sendiri/orang lain
3. Suara keras	3. Merusak lingkungan
4. Bicara ketus	4. Perilaku agresi/amuk
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Mata melotot atau pandangan tajam

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

(Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia 2017)

5. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan pada klien dengan gangguan jiwa yang disertai perilaku amuk dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu medis dan keperawatan (Aura et al., 2025).

a. Medis

- 1) *Nozinan*: digunakan untuk mengontrol perilaku psikososial.
- 2) *Haloperidol*: berfungsi mengendalikan gejala psikosis serta perilaku merusak diri.
- 3) *Trihexyphenidyl*: membantu mengurangi perilaku merusak diri sekaligus menenangkan hiperaktivitas.
- 4) *ECT (Electro Convulsive Therapy)*: diberikan untuk menenangkan klien apabila kondisi mengarah pada perilaku amuk.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Psikoterapeutik: intervensi yang berfokus pada dukungan psikologis dan terapi komunikasi.
- 2) Lingkungan terapeutik: menciptakan suasana aman dan kondusif bagi klien.
- 3) Kegiatan hidup sehari-hari: membantu klien dalam aktivitas rutin agar lebih terstruktur.

- 4) Pendidikan kesehatan: memberikan pemahaman kepada klien dan keluarga mengenai kondisi serta cara penanganannya.

C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan 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 (Susanto et al., 2023).

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 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 dibawa 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.

Masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan

4) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang memicu timbulnya pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya berupa pengalaman konflik, penolakan, kritik, putus hubungan, kehilangan pekerjaan, maupun perubahan kondisi fisik yang menimbulkan tekanan emosional. Situasi tersebut sering kali memperburuk harga diri yang sudah rendah, sehingga klien mengalami kesulitan dalam menghadapi masalah. Ketidakmampuan mengelola stres dan tekanan psikososial ini kemudian menjadi pemicu munculnya respons agresif, baik secara verbal maupun fisik, yang menandai perilaku kekerasan.

Masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan

5) Pengkajian fisik

Pada klien dengan perilaku kekerasan, hasil pengkajian fisik umumnya menunjukkan adanya perubahan tanda vital, seperti peningkatan tekanan darah, nadi yang lebih cepat, suhu tubuh meningkat, serta pernapasan yang tampak lebih cepat dari normal. Selain itu, pemeriksaan antropometri berupa tinggi badan dan berat badan tetap dilakukan sebagai bagian dari pengkajian menyeluruh. Manifestasi fisik yang sering ditemukan meliputi mata melotot dengan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, dan wajah tampak memerah. Di samping itu, ekspresi verbal juga dapat muncul dalam bentuk ancaman, kata-kata kasar, atau ucapan yang ketus, yang mencerminkan kondisi emosional pasien saat mengalami perilaku kekerasan.

6) 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) Hubungan sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, upaya yang biasanya dilakukan ketika menghadapi masalah, serta kelompok masyarakat yang diikuti. Selain itu, ditelusuri keterlibatan pasien dalam kegiatan kelompok, hambatan yang dialami saat berhubungan dengan orang lain, dan minat pasien dalam berinteraksi sosial.

Masalah keperawatan: Isolasi sosial

7) Mekanisme koping

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

Masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan

8) Status mental

a) Pembicaraan

Amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindari, tidak mampu memulai pembicaraan.

b) Aktivitas motorik

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, gerakan tubuh sering tampak tegang dan tidak terarah, seperti tangan mengepal atau digerakkan tanpa tujuan jelas. Kontak mata biasanya tajam dan menantang, disertai ekspresi wajah yang menunjukkan kemarahan atau ancaman. Gerakan motorik ini mencerminkan kondisi emosional pasien yang sedang berada dalam keadaan agresif.

c) Alam perasaan

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, alam perasaan umumnya didominasi oleh rasa marah, jengkel, tersinggung, dan mudah tersulut emosi.

d) Afek

Afek pasien biasanya tampak tegang, ekspresi wajah menunjukkan kemarahan, sering memerah, dengan respons emosional yang keras dan tidak terkendali.

Masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan

e) Interaksi selama wawancara

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, interaksi selama wawancara sering kali menunjukkan sikap tidak kooperatif, di mana pasien sulit menjawab pertanyaan secara spontan. Pasien juga mudah tersinggung, kontak mata kurang, serta cenderung menunjukkan kecurigaan terhadap pewawancara maupun orang lain. Pola interaksi ini mencerminkan adanya hambatan dalam komunikasi dan hubungan sosial yang dipengaruhi oleh kondisi emosional pasien.

Masalah keperawatan: Isolasi sosial

f) Presepsi sensori

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, perlu dikaji adanya halusinasi, baik berupa mendengar suara, melihat sesuatu, merasakan sentuhan, maupun mengecap rasa yang tidak nyata. Selain itu, penting untuk menanyakan isi halusinasi serta frekuensi kemunculannya, karena hal ini dapat memengaruhi intensitas emosi dan memicu munculnya respons agresif.

Masalah keperawatan: Gangguan Presepsi Sensori

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) Isolasi Sosial
- 2) Perilaku kekerasan
- 3) Gangguan persepsi sensori

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:

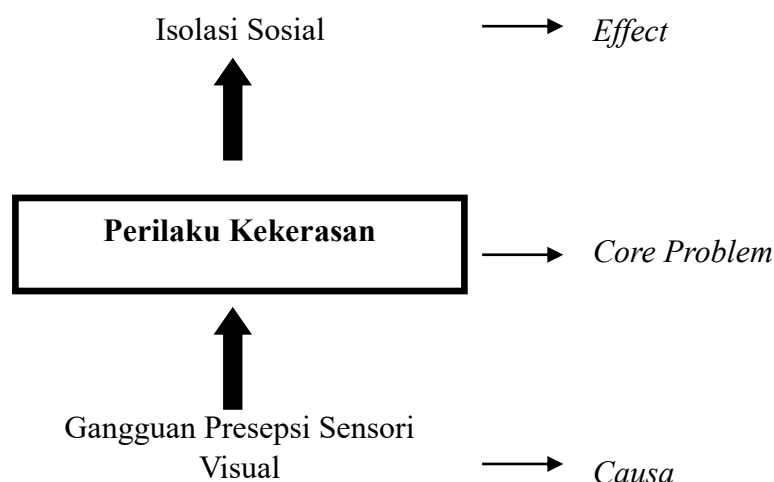
- 1) Identifikasi masalah. Langkah awal adalah merumuskan masalah dengan jelas. Proses ini dapat mencakup pengumpulan data dan informasi yang relevan, seperti laporan kejadian atau data kinerja, untuk memahami masalah yang sedang dihadapi.

- 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*

Adapun *problem tree* dari pasien dengan perilaku kekerasan



Gambar 2 Pohon masalah Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI (2017), diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Tujuan utama diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon individu, keluarga, maupun komunitas terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan.

Dalam penulisannya, diagnosis aktual disusun dengan format tiga bagian (*three part*), yaitu masalah yang berhubungan dengan penyebab dan dibuktikan oleh tanda atau gejala. Diagnosis risiko ditulis dengan format dua bagian (*two part*), yakni masalah yang dibuktikan dengan faktor risiko. Sementara itu, diagnosis promosi kesehatan juga menggunakan format dua bagian, yaitu masalah yang dibuktikan dengan tanda atau gejala.

Berdasarkan analisis pohon masalah, diperoleh rumusan diagnosis perilaku kekerasan sebagai masalah utama dapat menimbulkan efek berupa isolasi sosial.

Perilaku kekerasan merupakan diagnosis keperawatan aktual yang terdiri atas komponen masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), serta tanda dan gejala (*sign and symptom*). Perilaku kekerasan di definisikan sebagai kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan/ atau merusak lingkungan. Tanda dan gejala perilaku kekerasan diidentifikasi melalui data subjektif dan objektif. Tanda dan gejala mayor pada data subjektif meliputi mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus. Tanda dan gejala mayor pada

data objektif meliputi menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk. Tanda dan gejala minor pada data subjektif tidak tersedia. Tanda dan gejala minor pada data objektif meliputi mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku (PPNI, 2017).

Isolasi sosial termasuk dalam kategori diagnosis keperawatan aktual. Isolasi sosial didefinisikan dengan ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain. Tanda dan gejala mayor pada data subjektif meliputi merasa ingin sendirian, merasa tidak aman di tempat umum. Tanda dan gejala mayor pada data objektif meliputi menarik diri, tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan. Tanda dan gejala minor pada data subjektif meliputi merasa asyik dengan pikiran sendiri, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas, merasa berbeda dengan orang lain. Tanda dan gejala minor pada data objektif meliputi afek datar, afek sedih, riwayat ditolak, menunjukkan permusuhan, tidak mampu memenuhi harapan orang lain, kondisi difabel, tindakan tidak berarti, tidak ada kontak mata, perkembangan terlambat, tidak bergairah/lesu (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan utama yang muncul yaitu, Perilaku kekerasan berhubungan dengan gangguan persepsi sensori dibuktikan dengan pasien tampak gelisah, perilaku agresif, berbicara keras, wajah tampak merah, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, mengumpat kata-kata kasar, postur tubuh kaku, bicara ketus, dan melukai diri sendiri

3. Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun intervensi keperawatan terdapat tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, luaran keperawatan, dan intervensi keperawatan. Diagnosis keperawatan menjadi dasar penentuan masalah, sedangkan luaran keperawatan menggambarkan kondisi kesehatan yang diharapkan setelah intervensi diberikan, dengan menggunakan indikator atau kriteria hasil tertentu. Intervensi keperawatan sendiri mencakup seluruh tindakan yang dilakukan berdasarkan pengetahuan klinis, dengan tujuan mencapai luaran yang telah ditetapkan (PPNI, 2018).

Tujuan umum pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah membantu pasien mengendalikan emosi dan dorongan agresif sehingga pasien mampu mengekspresikan perasaan dengan cara yang lebih adaptif, mengurangi tindakan yang membahayakan diri maupun orang lain, serta meningkatkan kemampuan berinteraksi secara aman dengan lingkungan sosial. Tujuan khusus pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu, BHSP untuk membangun hubungan terapeutik antara perawat dan pasien, pemberian intervensi Manajemen pengendalian marah membantu pasien mengurangi intensitas emosi negatif, meningkatkan kontrol diri, serta mencegah perilaku agresif yang merugikan diri sendiri maupun orang lain dan terapi relaksasi bertujuan untuk meredakan ketegangan fisik sekaligus menurunkan tekanan mental.

Adapun intervensi keperawatan yang digunakan untuk menangani diagnosis perilaku kekerasan dijabarkan secara lebih rinci dalam tabel 2.

Tabel 2
Intervensi Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4	5
1	Perilaku kekerasan (D.0132) berhubungan dengan gangguan persepsi sensori dibuktikan dengan pasien tampak gelisah, perilaku agresif, berbicara keras, wajah tampak merah, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 8 x 15 menit maka kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Mampu menyampaikan salam, mampu menyebutkan nama, asal, hobi 2. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun	1. Bina Hubungan Saling Percaya 2. Intervensi Utama a. Manajemen Pengendalian Marah (I.09290) 1) Observasi a) Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan b) Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan c) Monitor	1. Untuk membangun rasa aman dan saling percaya antara pasien terhadap perawat 2. Intervensi utama a. Manajemen pengendalian marah (I.09290) 1) Observasi a) Untuk mengetahui faktor pencetus agar intervensi dapat diarahkan secara tepat

1	2	3	4	5
mengatup, wajah memerah, mengumpat, postur tubuh kaku, dan bicara ketus	(5)	3. Verbalisasi umpatan menurun (5)	potensi agresi tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif	b) Untuk memahami persepsi pasien tentang cara mengekspresik an marah yang di anggapnya tepat
		4. Perilaku menyerang menurun (5)	d) Monitor kemajuan dengan membuat data, jika perlu	c) Untuk mencegah prilaku kekerasan sebelum terjadi dengan deteksi dini tanda- tanda agresif.
		5. Perilaku melukai diri sendiri/oran g lain menurun (5)	2) Terapeutik a) Gunakan pendekatan yang tenang atau meyakinkan	d) Untuk mengevaluasi efektivitas intervensi secara objektif berdasarkan data perkembangan pasien.
		6. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5)	b) Fasilitasi mengekspresik an marah secara adaptif	
		7. Perilaku agresif/amu k menurun (5)	c) Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis.Menggun akan senjata)	2) Terapeutik a) Untuk menurunkan kecemasan
		8. Suara Keras menurun	d) Cegah aktivitas	

1	2	3	4	5
		(5)	pemicu agresif (mis. Meninju tas,mondar- mandir,berolah raga berlebihan)	pasien dan mencegah eskalasi kemarahan
		e)	Lakukan kontrol eksternal (mis.pengekan ga, time- out,dan seklusi),jika perlu	b) Untuk memberikan saluran ekspresi emosi yang aman dan tidak merugikan diri sendiri atau orang lain
		f)	Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif	c) Untuk melindungi pasien dan orang lain dari cedera fisik akibat prilaku kekerasan
		g)	Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian amarah	d) Untuk menghindari stimulus yang dapat memperkuat perilaku agresif
		3) Edukasi		e) Untuk mengendalikan

1	2	3	4	5
			a) Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respons marah	perilaku pasien yang tidak terkendali demi keselamatan bersama
			b) Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat	f) Untuk memperkuat kemampuan pasien dalam mengelola kemarahan secara mandiri
			c) Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif	g) Untuk meningkatkan motivasi dan rasa percaya diri pasien dalam mengendalikan marah
			d) Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kual (mis, latihan asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran	3) Edukasi a) Untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang emosi marah sebagai hal yang normal

1	2	3	4	5
			energi)	namun perlu dikelola
			4) Kolaborasi	
			a) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu	b) Untuk memastikan pasien mendapat dukungan saat mengalami kesulitan mengendalikan diri
			5) Memfasilitasi dukungan	
			a) Melibatkan <i>support system</i> (keluarga)	
			3. Intervensi Pendukung	c) Untuk membekali pasien dengan keterampilan konkret dalam mengelola amarah
			b. Manajemen Halusinasi (I.09288)	
			1) Observasi	d) Untuk membantu pasien menyalurkan emosi secara sehat dan konstruktif
			a) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi	
			b) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan	4) Kolaborasi
			c) Monitor Isi	a) Untuk mendukung stabilisasi

1	2	3	4	5
			halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri)	emosi pasien melalui terapi farmakologis jika diperlukan
			2) Terapeutik	5) Memfasilitasi dukungan
			a) Pertahankan lingkungan yang aman	a) Untuk meningkatkan dukungan emosional dan sosial pasien berinteraksi lebih efektif
			b) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)	b. Manajemen halusinasi (I.09288)
			c) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi	1) Observasi a) Untuk mendeteksi dini adanya halusinasi agar intervensi dapat segera diberikan
			d) Hindari perdebatan tentang	b) Untuk mengurangi stimulus yang dapat memicu atau

1	2	3	4	5
			validitas halusinasi	memperberat halusinasi
		3) Edukasi		c) Untuk
	a) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi			mengetahui Tingkat resiko dan menentukan Tindakan keselamatan yang tepat
	b) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik			2) Terapeutik
	c) korektif terhadap halusinasi			a) Untuk melindungi pasien dari cedera akibat respons terhadap halusinasi
	d) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)			b) Untuk mengendalikan situasi saat pasien beresiko membahayakan diri sendiri atau orang lain
	e) Ajarkan pasien dan keluarga			c) Untuk membantu pasien

1	2	3	4	5
			cara	memahami
			mengontrol	pengalamanny
			halusinasi	a dan
			4) Kolaborasi	mengurangi
			a) Kolaborasi	distresnakibatn
			pemberian obat	hausinasi
			antipsikotik	d) Menghindari
			dan	peningkatan
			antiansietas,	kecemasan dan
			jika perlu.	mempertahank
			5) Memfasilitasi	an hubungan
			dukungan	terapeutik
			a) Melibatkan	3) Edukasi
			<i>support system</i>	a) Untuk
			(keluarga)	meningkatkan
				kesadaran
				pasien
				terhadap
				pemicu dan
				pola
				halusinasinya
				b) Untuk
				memberikan
				dukungan
				sosial dan
				membantu
				pasien menguji
				realitas
				c) Untuk

1	2	3	4	5
				mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi dan mengurangi frekuensinya. d) Untuk memberdayakan pasien dan keluarga dalam mengelola gejala secara mandiri 4) Kolaborasi a) Untuk mengendalikan gejala halusinasi secara medis dan mencegah kekambuhan 5) Memfasilitasi dukungan a) Untuk meningkatkan dukungan emosional dan sosial pasien berinteraksi

1	2	3	4	5
				lebih efektif

(Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017: PPNI, Standar Luaran Keperawatan 2018: PPNI, Standar Intervensi Keperawatan, 2017: PPNI)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan menuju kondisi yang lebih optimal. Tahap ini merupakan realisasi dari rencana keperawatan yang telah disusun, mencakup perawatan langsung maupun tidak langsung. Dengan kata lain, implementasi keperawatan adalah rangkaian kegiatan nyata yang dilakukan perawat untuk mendukung klien mencapai status kesehatan yang lebih baik, sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan (Ekaputri et al., 2024).

Tabel 3
Implementasi Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan

Temu/Waktu	Diagnosis	Implementasi	Respon	TTD
1	2	3	4	5
Pertemuan 1	Perilaku Kekerasan (D.0132)	1. Membina Hubungan Saling Percaya (BHSP) 2. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 3. Menanyakan	S : - Pasien memperkenalkan dirinya, menjawab salam, mampu mengungkapkan perasaannya saat ini, menerima	 Tomi

1	2	3	4	5
		perasaan pasien saat ini	maksud tujuan dan kedatangan perawat, menyetujui kontrak waktu, tempat, dan topik pembicaraan	
	4. Menjelaskan maksud dan tujuan dan tujuan kedatangan		yang telah di sepakat bersama	
	5. Membuat kontrak waktu, tempat, dan topik pembicaraan dengan pasien		O : - Pasien tampak kooperatif selama interaksi berlangsung, melakukan kontak mata, dan menjawab pertanyaan dengan jelas, mampu memperkenalkan diri dengan sangat baik, menunjukkan ekspresi pandangan tajam, memberikan respon verbal	

1	2	3	4	5
			maupun nonverbal	
Pertemuan 2	Perilaku Kekerasan (D.0132)	1. Menanyakan perasaan pasien saat ini 2. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan saat berinteraksi dengan pasien 3. Membantu pasien untuk menggali dan mengenali faktor-faktor yang memicu kemarahan	S : - Pasien mengungkapkan bagaimana keadaan perasaannya saat ini - Pasien menceritakan pengalamannya saat diajak berbicara dengan pendekatan tenang - Pasien menyatakan bersedia dibantu untuk mengenali faktor yang memicu kemarahannya O : - Pasien tampak kooperatif dalam mengungkapkan keadaan dan	 Tomi

1	2	3	4	5
			perasaannya saat ini - Pasien terlihat mau terbuka untuk menceritakan pengalamannya - Pasien tampak berusaha mengenali faktor yang bisa memicu amarahnya	
Pertemuan 3	Perilaku Kekerasan (D.0132)	1. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan saat berinteraksi dengan pasien 2. Menjelaskan kepada pasien tentang makna marah, fungsi marah sebagai sinyal, serta perbedaan antara respon marah adaptif dan maladaptif 3. Memantau tanda-	S : - Pasien menceritakan pengalamannya saat diajak berbicara dengan pendekatan tenang - Pasien mengatakan mengerti penjelasan makna marah, fungsi marah sebagai sinyal, serta perbedaan antara respon	 Tomi

1	2	3	4	5
		tanda potensi agresi dan melakukan tindakan pencegahan sebelum pasien bersifat agresif	marah adaptif dan maladaptif yang diberikan oleh perawat - Pasien mengatakan sering melihat bayangan dan membuatnya merasa kesal - Pasien mengatakan merasa lebih aman karena tidak ada benda- benda yang membahayakan di sekitarnya	
	4. Menjaga lingkungan sekitar pasien agar tetap aman dan nyaman			
			O : - Pasien terlihat mau terbuka untuk menceritakan pengalamannya - Pasien mau mendengarkan penjelasan dari perawat tentang makna marah, fungsi marah sebagai sinyal,	

1	2	3	4	5
			serta perbedaan antara respon marah adaptif dan maladaptif	
			- Pasien terlihat sering mondar mandir tanpa tujuan	
			- Pasien tampak nyaman dengan lingkungan sekitar	
Pertemuan 4	Perilaku Kekerasan (D.0132)	1. Mendukung pasien untuk menerapkan strategi pengendalian marah dengan mengajari relaksasi napas dalam	S : - Pasien mengatakan mau mengikuti arahan dari perawat dari awal sampai akhir untuk menerapkan strategi pengendalian marah dengan relaksasi napas dalam	 Tomi
		2. Menanyakan perasaan pasien setelah melakukan terapi		
		3. Memantau dan menyesuaikan tingkat aktivitas serta stimulasi lingkungan sesuai	- Pasien mengatakan merasa lebih lega dari	

1	2	3	4	5
		dengan kondisi pasien	sebelumnya setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam	
			- Pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan terlalu berat dan mengusahan melakukan kegiatan yang ringan agar tidak terdistraksi dengan halusinyasi yang membuat pasien marah	
			- Pasien mengatakan sering melihat bayangan dan membuatnya merasa kesal dan melakukan perilaku kekerasan	

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O :

- Pasien tampak kooperatif saat mengikuti arahan selama melakukan terapi
- Pasien tampak tangannya sudah tidak mengepal seperti pertama kali bertemu
- Pasien tampak tidak melakukan aktivitas terlalu berat

Pertemuan 5	Perilaku Kekerasan (D.0132)	1. Memonitor kemajuan kondisi pasien	S :	
		2. Mencegah pasien melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain saat marah, seperti	- Pasien mengatakan sudah bisa mengendalikan amarahnya - Pasien mengatakan pernah memukul diri sendiri ketika merasa kesal dan setelah	Tomi

1	2	3	4	5
		meninju benda keras, mondar- mandir tanpa tujuan, atau berolahraga berlebihan	berdiskusi mengenai perilaku tersebut tidak benar, pasien mengatakan tidak akan lagi memekul memilih untuk melakukan teknik relaksasi ketika merasa kesal	
		3. Kolaborasi pemberian obat	- Pasien mengatakan sudah rutin meminum obat	
			O :	
			- Pasien tampak sudah mulai bisa mengendalikan emosinya	
			- Pasien terlihat meminum obat yang diberikan oleh perawat	
Pertemuan 6	Perilaku Kekerasan (D.0132)	1. Menggunakan pendekatan yang tenang, nada suara rendah, dan	S : - Pasien berbagi cerita saat diajak berbicara	 Tomi

1	2	3	4	5
		sikap meyakinkan saat berkomunikasi dengan pasien	dengan pendekatan tenang - Pasien mengatakan ketika amarahnya muncul pasien memilih untuk meluapkan amarahnya dengan cara menggambar atau menulis	
		2. Memfasilitasi pasien untuk mengekspresikan kemarahan secara adaptif, misal dengan mengungkapkan perasaan melalui menggambar atau menulis sesuai suasana hati saat ini.	O : - Pasien tampak mau mengungkapkan apa yang dirasakan - Pasien tampak menggambar sesuatu ketika merasa emosinya muncul kembali	
Pertemuan 7	Perilaku Kekerasan (D.0132)	1. Memonitor kemajuan kondisi pasien 2. Menanyakan	S : - Pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi	 Tomi

1	2	3	4	5
		perasaan pasien saat ini	napas dalam secara mandiri ketika merasa kesal	
		3. Membantu pasien mencegah melakukan Tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain saat marah, seperti menjauhkan benda-benda berbahaya	- Pasien mengungkapkan kondisi perasaannya saat ini - Pasien mengatakan merasa terbantu dalam mengontrol perilaku dirinya	
		4. Mengajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah yang tidak sehat, seperti	- Pasien mengatakan mau di ajarkan bagaimana cara mencegah amarah yang tidak sehat	
			O :	
			- Pasien tampak melakukan teknik yang sudah di ajarkan secara mandiri	
			- Pasien tampak mau mengungkapkan	

1	2	3	4	5
			perasaannya	
			- Pasien tampak ingin bisa mengontrol perilaku dirinya	
			- Pasien tampak kooperatif saat diajarkan cara mencegah marah yang negatif dapat muncul	
Pertemuan 8	Perilaku Kekerasan (D.0132)	1. Mendukung pasien untuk menerapkan strategi pengendalian marah yang telah dipelajari sebelumnya	S : - Pasien mengatakan bahwa ia mengingat strategi pengendalian marah	 Tomi
		2. Memberikan pujian atau penguatan positif setiap pasien berhasil mengendalikan amarah dengan cara yang sehat	- Pasien mengatakan merasa dihargai - Pasien mengatakan akan meminta bantuan jika ia tidak mampu mengendalikan emosinya	
		3. Menganjurkan pasien untuk	O :	

1	2	3	4	5
		meminta bantuan perawat selama ketegangan meningkat	- Pasien tampak kooperatif - Pasien tampak senang saat usahanya di beri penguatan positif - Pasien tampak mengerti mengenai apa yang di anjurkan perawat	

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penting dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan menilai keberhasilan intervensi melalui peningkatan kondisi pasien. Menurut (Polopadang & Hidayah, 2019), evaluasi keperawatan adalah proses terstruktur dan terencana yang dilakukan pada akhir tahap keperawatan untuk membandingkan hasil kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi ini biasanya menggunakan metode SOAP, yang terdiri atas:

- 1) S (Subjektif): data berupa ungkapan pasien mengenai kondisi setelah menerima tindakan keperawatan.

- 2) O (Objektif): data hasil pengukuran atau observasi perawat terhadap pasien setelah intervensi dilakukan.
- 3) A (Analisis): pengolahan data subjektif dan objektif untuk menentukan masalah atau diagnosis keperawatan, baik yang masih ada maupun yang baru muncul.
- 4) P (Planning): perencanaan tindak lanjut keperawatan, apakah rencana sebelumnya dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan.

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan

Diagnosis	Waktu	Evaluasi	TTD
1	2	3	4
Perilaku Kekerasan (D.0132)	Temu 1	Subjektif: - “Pagi nama saya J dari klungkung, umur 43 tahun, pekerjaan tukang kayu” - Pasien mengata menerima maksud dan tujuan kedatangan perawat Objektif: - Pasien tampak mau diajak berkenalan dan mampu melakukan bina hubungan saling percaya Assessment: Kriteria hasil 1 tercapai Planning: Lanjutkan intervensi temu 2	 Tomi
Perilaku Kekerasan (D.0132)	Temu 2	Subjektif: - Pasien menceritakan pengalamannya saat diajak berbicara denngan pendekatan tenang Objektif: - Pasien tampak kooperatif dalam mengungkapkan keadaan dan	 Tomi

1	2	3	4
		perasaannya saat ini - Pasien terlihat mau terbuka untuk menceritakan pengalamannya Assessment: Kriteria hasil 2 tercapai Planning: Lanjutkan intervensi temu 3	
Perilaku Kekerasan (D.0132)	Temu 3	Subjektif: - Pasien mengatakan mengerti penjelasan makna marah, fungsi marah sebagai sinyal, serta perbedaan antara respon marah adaptif dan maladaptif yang diberikan oleh perawat Objektif: - Pasien mau mendengarkan penjelasan dari perawat tentang makna marah, fungsi marah sebagai sinyal, serta perbedaan antara respon marah adaptif dan maladaptif Assessment: Kriteria hasil 3 tercapai Planning: Lanjutkan intervensi temu 4	 Tomi
Perilaku Kekerasan (D.0132)	Temu 4	Subjektif: - Pasien mengatakan mau mengikuti arahan dari perawat dari awal sampai akhir untuk menerapkan strategi pengendalian marah dengan relaksasi napas dalam Objektif: - Pasien tampak tangannya sudah tidak mengepal seperti pertama kali bertemu Assessment: Kriteria hasil 4 tercapai	 Tomi

1	2	3	4
Planning:			
Lanjutkan intervensi temu 5			
Perilaku Kekerasan (D.0132)	Temu 5	Subjektif: - Pasien mengatakan pernah memukul diri sendiri ketika merasa kesal dan setelah berdiskusi mengenai perilaku tersebut tidak benar, pasien mengatakan tidak akan lagi memukul memilih untuk melakukan teknik relaksasi ketika merasa kesal	 Tomi
Objektif:			
- Pasien tampak sudah mulai bisa mengendalikan emosinya			
Assessment:			
Kriteria hasil 5 tercapai			
Planning:			
Lanjutkan intervensi temu 6			
Perilaku Kekerasan (D.0132)	Temu 6	Subjektif: - Pasien mengatakan ketika amarahnya muncul pasien memilih untuk meluapkan amarahnya dengan cara menggambar atau menulis -	 Tomi
Objektif:			
- Pasien tampak menggambar sesuatu ketika merasa emosinya muncul kembali			
Assessment:			
Kriteria hasil 6 tercapai			
Planning:			
Lanjutkan intervensi temu 7			
Perilaku Kekerasan (D.0132)	Temu 7	Subjektif: - Pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri ketika merasa kesal	 Tomi

1	2	3	4
		Objektif: - Pasien terlihat sering memprektekkan ulang secara mandiri teknik napas dalam Assessment: Kriteria hasil 7 tercapai Plenning: Lanjutkan intervensi temu 8	
Perilaku Kekerasan (D.0132)	Temu 8	Subjektif: - Pasien mengatakan bahwa ia mengingat strategi pengendalian marah - Pasien mengatakan akan meminta bantuan jika ia tidak mampu mengendalikan emosinya Objektif: - Pasien tampak kooperatif, suara keras menurun - Pasien tampak senang saat usahanya di beri penguatan positif Assessment: Kriteria hasil 8 tercapai Planning: Terminasi intervensi dan mempertahankan kemampuan yang sudah dicapai pasien	



Tomi