

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia menurut WHO adalah suatu gangguan mental berat dan kronis. Skizofrenia ditandai dengan perubahan proses berpikir, perubahan persepsi, perubahan sikap dan gangguan dalam mengendalikan emosi. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Wahyuningsih 2023).

WHO menyebutkan masalah utama gangguan jiwa di dunia adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan pada otak dan pola pikir, skizofrenia mempunyai karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Gejala positif antara lain: delusi, halusinasi, waham, disorganisasi pikiran dan gejala negatif seperti: sikap apatis, bicara jarang, afek tumpul, menarik diri dari masyarakat dan rasa tidak nyaman (Pramesuari 2022).

2. Jenis Skizofrenia

Menurut Prabowo (2014), menyatakan bahwa terdapat 7 jenis skizofrenia diantaranya yaitu:

- a. Skizofrenia simplex : dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan
- b. Skizofrenia hebefrenik : tidak bertanggungjawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan,

afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren

- c. Skizofrenia Katatonik : gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas
- d. Skizofrenia Paranoid : merupakan subtype yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya
- e. Episode Skizofrenia Akut (*lir schizophrenia*) : kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut
- f. Skizofrenia Psiko-afektif : dengan adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania
- g. Skizofrenia Residual : gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik

3. Etiologi

Penyebab terjadinya skizofrenia menurut Wahyuningsih (2023), yaitu :

- a. Faktor Predisposisi
 - 1) Biologis : perkembangan sistem saraf yang abnormal berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif. Pertama genetik dimana anak kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian skizofrenia yang lebih tinggi dari pada pasangan saudara sekandung yang tidak identik, serta

keturunan pertama memiliki potensi lebih tinggi untuk terkena skizofrenia dibandingkan dengan populasi secara umum. Kedua neurobiologis dimana lesi pada area frontal, temporal dan limbic pada otak berhubungan dengan perilaku psikotik sehingga terjadi peningkatan dopamine neurotransmitter, ketidakseimbangan antara dopamine dan neurotransmitter lain terutama serotonin dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamine dapat menyebabkan skizofrenia.

- 2) Faktor psikologis : teori psikologis ini menyalahkan keluarga sebagai penyebabnya, tidak ada hubungan saling percaya terhadap orang lain sehingga mengakibatkan kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa profesional menurun.
- 3) Faktor sosial budaya : stress dapat memicu timbulnya skizofrenia dan gangguan psikotik lain namun bukan penyebab utama dari skizofrenia.

b. Faktor Presipitasi

- 1) Biologis : stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptive yaitu pertama gangguan dalam komunikasi dan gangguan pada otak yang mengatur proses informasi, yang kedua mekanisme pintu masuk dalam otak yang abnormal (elektrolit terlibat dalam komunikasi saraf) yang mengakibatkan ketidakmampuan menangani stimulus.
- 2) Lingkungan : gangguan perilaku ditentukan oleh kemampuan individu dalam menghadapi stressor dari lingkungan yang buruk.
- 3) Pemicu gejala : pemicu merupakan rangsangan yang sering menimbulkan penyakit. Pemicu biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptive yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu.

4. Gejala

Gejala skizofrenia menurut Prabowo (2014), yaitu :

a. Gejala primer

- 1) Gangguan proses piker (bentuk, langkah da nisi pikiran) yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
- 2) Gangguan afek emosi
- 3) Emosi berlebihan
- 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- 5) Gangguan kemauan : merasa pikiran dan prilakunya dipengaruhi orang lain
- 6) Gejala psikomotor : autism dan mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

b. Gejala sekunder : waham dan halusinasi

B. Konsep Risiko Prilaku Kekerasan

1. Definisi

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk tanggapan yang diterima oleh seseorang dapat berupa marah yang dicurahkan melalui ancaman, mencederai diri sendiri maupun lingkungan sekitar. Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat berupa terjadinya perubahan fungsi kognitif, afektif, perilaku, dan sosial. Orang yang mengalami perilaku kekerasan seringkali mengalami tekanan darah yang meningkat, mudah tersinggung, marah, mengamuk, serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lainnya (Prabowo 2014).

Perilaku kekerasan yaitu penderita yang menunjukkan rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan

tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan.

Perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang karena ditinggal oleh seseorang yang dianggap sangat berpengaruh dalam hidupnya, apabila kondisi tersebut tidak berakhir dapat menyebabkan perasaan harga diri rendah sehingga sulit untuk bergaul dengan orang lain. Ketidakmampuan bergaul dengan orang lain ini tidak diatasi akan timbul halusinasi yang menyuruh untuk melakukan tindakan kekerasan dan hal ini dapat berdampak terhadap risiko tinggi menciderai diri, orang lain dan lingkungan (Wahyuningsih 2023).

2. Tanda dan Gejala

Menurut Prabowo (2014), terdapat tanda dan gejala pada orang dengan perilaku kekerasan seperti:

- a. Emosi : Tidak mampu menahan emosi, merasa tidak nyaman, rasa terganggu, dan merasa marah
- b. Intelektual : Mendominasi, cerewet, suka bicara kotor, gampang berdebat, dan cenderung meremehkan
- c. Fisik : Wajah nampak kemerahan, mata tajam, nafas pendek, mudah berkeringat, fisik tidak sehat, menggunakan obat-obatan terlarang, tekanan darah mudah mengalami peningkatan
- d. Spiritual : Merasa paling benar, selalu membenarkan diri sendiri, mempunyai kebimbangan, tidak mempunyai etika, berperilaku tidak baik, tidak kreatif

- e. Sosial : Tidak mudah bersosialisasi, dijauhi orang lain, merasa tidak dihargai oleh lingkungan sekitar, mendapatkan omongan dari orang lain
- f. Verbal : Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus
- g. Prilaku : Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif
- h. Perhatian : Bolos, melarikan diri dan melakukan penyimpangan seksual

Menurut PPNI (2016), data mayor dan data minor resiko perilaku kekerasan sebagai berikut:

- a. Data mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mengancam
 - b) Mengumpat dengan kata-kata kasar
 - c) Suara keras
 - d) Bicara ketus
 - 2) Objektif
 - a) Menyerang orang lain
 - b) Melukai diri sendiri atau orang lain
 - c) Merusak lingkungan
 - d) Prilaku agresif atau amuk
- b. Data minor
 - 1) Subjektif : (tidak tersedia)
 - 2) Objektif
 - a) Mata melotot atau pandangan tajam

- b) Tangan mengepal
- c) Rahang mengatup
- d) Wajah memerah
- e) Postur tubuh kaku

3. Rentang Respon

Rentang respon kemarahan dapat berupa assertif, frustrasi, agresif, dan mengamuk (Prabowo 2014).



Keterangan :

- a. Asertif adalah ungkapan marah tanpa membuat orang sakit hati, membuat luka perasaan orang lain, dan bertujuan untuk membuat orang merasa rendah diri.
- b. Frustrasi adalah suatu akibat yang timbul akibat seseorang gagal mencapai sesuatu yang diinginkannya. Frustrasi dapat dialami sebagai sesuatu yang dapat menimbulkan kemarahan.
- c. Pasif adalah suatu perasaan dimana individu tidak mampu untuk menceritakan perasaan yang dialami.
- d. Agresif adalah perilaku yang menyebabkan marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang dengan perilaku agresif biasanya kurang mengetahui segala sesuatu yang didapatkan orang lain.
- e. Amuk adalah perasaan marah yang dialami oleh seseorang serta kehilangan control diri. Orang dengan perasaan marah dapat kehilangan pengaturan pada diri sendiri.

4. Etiologi

Terjadinya perilaku kekerasan dapat dijelaskan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi beberapa faktor (Rokhilah & Aktifah 2022) :

- a. Faktor Predisposisi : faktor pemicu utama atau pencetus terbentuknya masalah
- b. Faktor Psikologis : kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya atau sanksi penganiayaan.
- c. Faktor Social Budaya : seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajarinya. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.
- d. Faktor Biologis : Faktor biologis yaitu faktor yang berasal dari anggota keluarga yang melakukan perilaku kekerasan pada anggota keluarganya, adanya suatu penyakit dan riwayat penggunaan NAPZA.
- e. Faktor Presipitasi : dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi pasien seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidak berdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Situasi lingkungan yang rebut, padat, kritikan yang mengarah pada penginaan, kehilangan orang yang dicintainya atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain. Interaksi yang profokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan.

PPNI (2016) menyatakan bahwa penyebab resiko perilaku kekerasan sebagai berikut, yaitu:

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

5. Respon Prilaku Kekerasan

Menurut Wahyuningsi (2023), Respon umum fungsi adaptif (RUFA) sebagai berikut:

Tabel 1
Tabel Respon Umum Fungsi Adaptif (RUFA)

Domain	Intensif I 1-10	Intensif II 11-20	Intensif III 21-30
Pikiran	Orang lain atau makhluk lain mengancam	Orang lain atau makhluk lain mengancam	Orang lain atau makhluk lain mengancam
Perasaan	Marah dan jengkel terus menerus	Marah dan jengkel seringkali	Marah dan jengkel, sring tenang
Tindakan	Terus-menerus mengancam orang lain (Verbal), terus menerus berusaha mencederai orang lain (fisik), dan komunikasi sangat kacau	Hanya mengancam secara verbal tidak ada tindakan kekerasan fisik. Komunikasi kacau	Kadang-kadang mengancam secara verbal. Komunikasi cukup koheren

Sumber: (Wahyuningsi, 2023)

6. Penatalaksanaan

- a. Farmakoterapi : Terapi medis yang diberikan kepada pasien seperti obat antipsikotik adalah Chlorpoazine (CPZ), Risperidon (RSP), Haloperidol (HLP), Clozapindan Trifluoerazine (TFP). Psikofarmaka adalah obat dengan tujuan

untuk mengurangi penyebab gangguan jiwa. Penting bagi penderita gangguan jiwa untuk patuh dalam hal minum obat yang diresepkan oleh dokter karena dengan pengobatan efektif mengatasi gangguan jiwa.

b. Non Farmakologis :

- 1) Terapi Electro Convulsive Therapy : terapi listrik kejang adalah suatu metode terapi pengobatan yang menggunakan rangsangan listrik untuk menyebabkan kejang yang menyerupai kejang grandma secara buatan. Terapi listrik kejang dapat diberikan pada pasien skizofrenia yang tidak merenpon dengan baik terapi farmakologi.
- 2) Psikoterapi : dalam terapi ini direkomendasikan untuk mengadakan berbagai permainan atau latihan bersama sebagai bagian dari terapi modalitas. Terapi modalitas ini mencakup terapi gerak atau aktivitas fisik, terapi musik yang melibatkan pendengaran, bermain alat musik dan bernyanyi, terapi relaksasi, serta terapi seni yang memungkinkan ekspresi perasaan melalui karya seni (Prabowo 2014).

C. Terapi Relaksasi Otot Progresif

1. Definisi

Teknik relaksasi otot progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks. Teknik relaksasi otot progresif dilakukan dengan cara mengendorkan atau mengistirahatkan otot-otot, pikiran dan mental (Wijaya dan Nurhidayati, 2020).

2. Tujuan Relaksasi Otot Progresif

Tujuan Terapi Relaksasi otot progresif (Destyany, Fitri & Hasanah 2023):

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah, frekuensi jantung, laju metabolik.
- b. Mengurangi distritmia jantung, dan kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian relaks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, dan fobia ringan.
- g. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

3. Manfaat Relaksasi Otot Progresif

Latihan terapi relaksasi progresif merupakan salah satu teknik relaksasi otot yang telah terbukti dalam program untuk mengatasi keluhan insomnia, ansietas, kelelahan, kram otot, nyeri pinggang dan leher, tekanan darah meningkat, fobia ringan, dan gagap (Wijaya & Nurhidayati 2020).

4. Prosedur Relaksasi Otot Progresif

Prosedur pemberian terapi relaksasi otot progresif sebagai berikut (Wahyuningsih 2023):

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Jelaskan prosedur
- c. Maksud dan tujuan
- d. Posisi berbaring atau duduk di kursi dengan kepala ditopang.

e. Waktu

Empat kelompok utama yang digunakan dalam teknik relaksasi, Antara lain sebagai berikut:

- a. Tangan, lengan bawah, dan otot bisep.
- b. Kepala, muka, tenggorokan, dan bahu termasuk pemusatan pada dahi, pipi, hidung, mata, rahang, bibir, lidah, dan leher. Perhatian diarahkan pada kepala karena secara emosional, otot yang paling penting ada di sekitar area ini.
- c. Dada, lambung, dan punggung bagian bawah.
- d. Paha, bokong, dan kaki.
- e. Anjurkan klien untuk mencari posisi yang nyaman dan ciptakan lingkungan yang nyaman.
- f. Bimbingan klien untuk melakukan teknik relaksasi (prosedur di ulang paling tidak satu kali). Jika area tetap, dapat diulang lima kali dengan melihat respon klien. Teknik relaksasi meliputi :
 - 1) Anjurkan pasien untuk posisi berbaring atau duduk bersandar. (sandaran pada kaki dan bahu).
 - 2) Bimbing pasien untuk melakukan latihan nafas dalam dan menarik nafas melalui hidung dan menghembuska dari mulut seperti bersiul.
 - 3) Kepalkan kedua telapak tangan, lalu kencangkan bisep dan lengan bawah selama lima sampai tujuh detik. Bimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk merasakan, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaksasi 20-30 detik.
 - 4) Kerutkan dahi ke atas pada saat yang sama, tekan kepala mungkin ke belakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya, kemudian anjurkan klien untuk

mengerutkan otot seperti kenari, yaitu cemburut, mata di kedip – kedipkan, monyongkan kedepan, lidah di tekan kelangit - langit dan bahu dibungkukan selama lima sampai tujuh detik. Bimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk memikirkan rasanya, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaks selama 20-30 detik.

- 5) Lengkungkan punggung kebelakang sambil menarik nafas napas dalam, dan keluar lambung, tahan, lalu relaks. Tarik nafas dalam, tekan keluar perut, tahan, relaks.
- 6) Tarik kaki dan ibu jari ke belakang mengarah ke muka, tahan, relaks. Lipat ibu jari secara serentak, kencangkan betis paha dan bokong selama lima sampai tujuh detik, bimbing klien ke daerah yang tegang, lalu anjurkan klien merasakannya dan tegangkan otot sepenuhnya, kemudian relaks selama 20-30 detik.
- 7) Selama melakukan teknik relaksasi, catat respons nonverbal klien. Jika klien menjadi tidak nyaman, hentikan latihan, dan jika klien terlihat kesulitan, relaksasi hanya pada bagian tubuh. Lambatkan kecepatan latihan dan berkonsentrasi pada bagian tubuh yang tegang.
- 8) Dokumentasikan dalam catatan perawat, respon klien terhadap teknik relaksasi, dan perubahan tingkat nyeri pada pasien.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Prilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien (Budiono 2016).

Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan, umumnya dapat dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian, berikut hal-hal yang perlu dikaji menurut Azizah, dkk (2016), meliputi:

- a. Identitas klien
- b. Keluhan utama atau alasan masuk
- c. Faktor predisposisi
- d. Aspek fisik atau biologis
- e. Aspek psikososial
- f. Status mental
- g. Kebutuhan persiapan pulang
- h. Mekanisme koping
- i. Masalah psikososial dan lingkungan
- j. Pengetahuan
- k. Aspek medik

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk

mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

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

Risiko Perilaku Kekerasan merupakan diagnosis aktual dan tergolong dalam jenis diagnosis negatif yang didefinisikan sebagai berisiko membahayakan secara fisik emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Faktor Risikonya antara lain pemikiran waham/delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, Berencana bunuh diri, Disfungsi sistem keluarga, Kerusakan kognitif, Disorientasi atau konfusi, Kerusakan kontrol impuls, Persepsi pada lingkungan tidak akurat, Alam perasaan depresi, Riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, lingkungan tidak teratur, penganiayaan atau pengabaian anak, riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain, impulsive dan ilusi (PPNI 2016).

3. Rencana keperawatan

Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana,

kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan dibuat untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan guna mengatasi etiologi dan menyelesaikan masalah keperawatan. Berikut tabel rencana keperawatan yang telah di tetapkan.

Tabel 2
Rencana Asuhan Keperawatan Resiko Prilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Drupadi RSJ Provinsi Bali

Hari/ tanggal	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
Waktu di isi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan waktu dilakukannya intervensi	Risiko Prilaku Kekerasan (d.0146) Definisi : Kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan Penyebab 1. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah 2. Stimulus lingkungan 3. Konflik interpersonal 4. Perubahan status mental	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...kali kunjungan dalam 15 menit diharapkan Kontrol Diri Meningkat dengan kriteria hasil : (L.09076) 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Prilaku menyerang menurun 3. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun 4. Perilaku agresif/ amuk menurun 5. Suara keras menurun 6. Prilaku merusak lingkungan sekitar menurun	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) <i>Observasi:</i> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). <i>Terapeutik</i> 4. Pertahakan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. 5. Libatkan keluarga dalam perawatan. <i>Edukasi</i> 6. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien. 7. Latih cara mengungkapkan perasaan asertif. 8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita). Promosi Koping (I.09312) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki

1	2	3	4
	5. Putus obat 6. Penyalahgunaan zat atau alkohol		3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social <i>Terapeutik</i> 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 atau rasa malu 6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 7. Fasilitasi dalam memperoleh 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 social 13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia

1	2	3	4
			14. Damping saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan) 15. perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama 16. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat 17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
			<i>Edukasi</i> 1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama 2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 4. Anjurkan keluarga terlibat 5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik 6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif 7. Latih penggunaan teknik relaksasi 8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan 9. Latih mengembangkan penilaian obyektif.

Sumber: (PPNI, 2018).

4. Implementasi keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini (*here and now*). Perawat juga menilai diri-sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Mulyanti 2017).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan yang telah dilakukan dirumuskan, Klien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar dapat melihat adanya perubahan, serta berupaya mempertahankan dan memelihara perubahan tersebut (Mulyanti 2017).