

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherenensi (Direja, 2015).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang di tunjukan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio dkk, 2020) Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Kandar dan Iswanti, 2019).

2. Tanda gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi: Fisik :Mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan tegang, serta postur tubuh kaku. Verbal : mengancam, mengumpat dengan

kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus. Perilaku : Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif. Emosi : tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut, Intelektual : Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan katakata bernada sarkasme. Spiritual : merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sindiran. Perhatian : bolos, melarikan diri (Hasannah, 2019)

Menurut Hawari (2017), gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi dalam 2 (dua) kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat. Salah satu gejala positif yang paling sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah Perilaku kacau.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah risiko perilaku kekerasan, ialah Subjektif: Mengungkapkan perasaan kesal atau marah., keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, klien suka membentak dan menyerang orang lain. Objektif: Mata melotot/pandangn tajam, tangan mengepal dan rahang mengatup, wajah memerah.postur tubuh kaku.mengancam dan mengumpat dengan kata-kata kotor. suara keras.bicara kasar, ketus menyerang

orang lain dan melukai diri sendiri/orang lain. merusak lingkungan. amuk/agresif (Pardede, 2020).

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari skizofrenia (Stuart, 2015), yaitu:

- a. Pemeriksaan darah dan urine, untuk melihat kemungkinan infeksi serta penyalahgunaan alkohol dan NAPZA.
- b. EEG (elektroensefalogram), yaitu pemeriksaan aktivitas listrik otak untuk melihat apakah perilaku kekerasan disebabkan oleh epilepsi.
- c. Pemindaian CT scan dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diagnosa medis skizofrenia, yaitu:

- a. Psikofarmakologi

Menurut Hawari (2017), jenis obat psikofarmaka, dibagi dalam 2 golongan yaitu:

- 1) Golongan generasi pertama (*typical*)

Obat yang termasuk golongan generasi pertama, misalnya: Chlorpromazine HCL (Largactil, Promactil, Meprosetil), Trifluoperazine HCL (Stelazine), Thioridazine HCL (Melleril), dan Haloperidol (Haldol, Govotil, Serenace).

- 2) Golongan kedua (*atypical*)

Obat yang termasuk generasi kedua, misalnya: Risperidone (Risperdal, Rizodal, Noprenia), Olonzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel), dan Clozapine (Clozaril).

b. Psikoterapi

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada klien, baru dapat diberikan apabila klien dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikoterapi pada klien dengan gangguan jiwa adalah berupa terapi aktivitas kelompok (TAK).

c. Terapi somatik

Beberapa jenis terapi somatik, yaitu:

1) Restrain

Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien (Riyadi dan Purwanto, 2015).

2) Seklusi

Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung klien dalam ruangan khusus (Riyadi dan Purwanto, 2015).

3) Foto therapy atau terapi cahaya

Foto terapi atau sinar adalah terapi somatik pilihan. Terapi ini diberikan dengan memaparkan klien sinar terang (5-20 kali lebih terang dari sinar ruangan) (Riyadi dan Purwanto, 2015).

4) ECT (*Electro Convulsif Therapie*)

ECT adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik (Riyadi dan Purwanto, 2015).

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan suatu kelompok atau komunitas dimana terjadi interaksi antara penderita dan dengan para pelatih (sosialisasi), pada masa rehabilitasi ini juga pasien dapat diberikan terapi nafas dalam.

B. Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Menurut Kusumawati dan hartono (2010), perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik pada diri sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol. Stuart and Laraia (2015), menyatakan perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panic) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman secara fisik atau konsep diri. Perasaan terancam ini dapat berasal dari stressor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik.

Perilaku kekerasan merupakan: respon emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman (diejek/dihina), ungkapan perasaan terhadap keadaan yang tidak menyenangkan (kecewa keinginan tidak tercapai, tidak puas), perilaku kekerasan dapat dilakukan secara

verbal diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Kemenkes RI, 2012).. Prilaku kekerasan adalah suatu bentuk prilaku yang bertujuan untuk melukai secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka prilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Prilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung prilaku kekerasan atau riwayat prilaku kekerasan (Dermawan, 2013). Prilaku kekerasan merupakan suatu bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai dimana seseorang melakukan tindakan-tindakan yang dapat membahayakan atau mencederai diri sendiri, orang lain bahkan merusak lingkungan (Prabowo, 2014).

2. Data Mayor dan Data Minor

a. Data mayor

Data Mayor menurut Tim Pokja PPNI (2017) adalah :

1) Data subyektif :

- a) Mengancam
- b) Mengumpat dengan kata- kata kasar
- c) Suara keras
- d) Bicara Ketus

2) Data Obyektif :

- a) Menyerang orang lain
- b) Melukai diri sendiri / orang lain
- c) Merusak Lingkungan
- d) Perilaku Agresif /amuk

b. Data Minor

Data Minor menurut Tim Pokja PPNI (2017) adalah :

- 1) Data Subyektif : -
- 2) Data Obyektif :
 - a. Mata melotot dan pandangan tajam
 - b. Tangan Mengepal
 - c. Rahang mengatup
 - d. Wajah Memerah
 - e. Postur Tubuh kaku

3. Faktor Penyebab Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya perilaku kekerasan dijelaskan secara rinci berdasarkan faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Fitria, 2012), yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang faktor predisposisi perilaku kekerasan, diantaranya sebagai berikut:

1) Teori Biologik

Berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:

- a) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons kekerasan.

- b) Pengaruh biokimia, bahwa berbagai *neurotransmitter* (*epinefrin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin*) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku kekerasan pada seseorang.
- c) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku kekerasan sangat erat kaitannya dengan genetik, termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara, pelaku tindak kriminal.
- d) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsi (epilepsi lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku kekerasan dan tindak kekerasan.

2) Teori Psikologik

- a) Teori psikoanalitik, bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah, agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan dari dalam kehidupan.
- b) Terori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik.

- c) Teori sosiokultural, kontrol di masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal, yaitu sebagai berikut:

- 1) Internal adalah semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilang kontrol dan lain-lain.
- 2) Eksternal adalah penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, krisis dan lain-lain.

4. Penatalaksanaan Prilaku kekerasan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2018) penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan:

a. Observasi

- 1) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (missal benda tajam, tali)
- 2) Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
- 3) Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (missal pisau cukur)

b. Terapeutik

- 1) Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
- 2) Libatkan keluarga dalam perawatan

c. Edukasi

- 1) Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
- 2) Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
- 3) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (misalnya relaksasi, bercerita)

Berdasarkan uraian diatas, teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan diantaranya adalah teknik relaksasi. Alasannya adalah jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang rilaks, maka hasil dan prosesnya akan optimal. Relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah yang pada akhirnya mengendurkan ketegangan jiwa. Salah satu cara terapi relaksasi adalah bersifat respiratoris yaitu dengan mengatur aktivitas bernafas. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafas, menyebabkan sikap mental dan badan yang rilaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku (Wiramihardja, 2007) .

Kustanti dan Widodo (2008), menyatakan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi terhadap perubahan status mental klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan $p\ value = 0,000$. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa teknik relaksasi efektif untuk menurunkan keluhan fisik yang dialami oleh klien perilaku kekerasan. Relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru memberikan

perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional (Smeltzer and Bare, 2002).

Teknik relaksasi juga dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi (Goleman, 2002). Penelitian oleh Zelianti (2011) tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang, menyatakan ada pengaruh yang signifikan antara teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan dengan nilai $p = 0,000$. Relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin. Dilepaskannya hormon endorphen dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawakan penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan, dan kreatifitas (Smeltzer and Bare, 2002).

Adapun SPO Relaksasi Nafas Dalam, yaitu sebagai berikut:

Tabel 1. SPO Relaksasi Nafas Dalam

NO	PROSEDUR
A.	Pengertian
	Suatu bentuk terapi yang mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan cara menghembuskan nafas secara perlahan.
B.	Tujuan
	Untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah <i>atelectasis</i> paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress maupun kemarahan.
C.	Prosedur
1.	Persiapan

a.	Membuat kontrak dengan klien sesuai dengan indikasi
b.	Mempersiapkan alat (kursi, meja), lingkungan yang tenang, nyaman dan bersih serta persiapan pasien.
2.	Orientasi
a.	Mengucapkan salam terapeutik
b.	Menanyakan perasaan klien dan menjelaskan tujuan kegiatan
c.	Menjelaskan prosedur: - Klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3.	Kerja
a.	Pasien menarik nafas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara.
b.	Perlahan-lahan udara dihembuskan sambil membiarkan tubuh menjadi kendur dan merasakan betapa nyaman hal tersebut.
c.	Pasien bernafas beberapa kali dengan irama normal.
d.	Pasien menarik nafas dalam lagi dan menghembuskan pelan-pelan dan membiarkan hanya kaki dan telapak kaki yang kendur. Perawat minta pasien untuk mengkonsentrasikan pikiran pasien pada kakinya yang merasa ringan dan hangat.
e.	Pasien mengulang langkah empat dan mengkonsentrasikan pikiran pada lengan, perut, punggung dan kelompok otot-otot lainnya.
f.	Setelah pasien merasa rileks, pasien dianjurkan bernafas secara pelan-pelan.
4.	Terminasi
a.	Menanyakan perasaan klien setelah selesai diberikan relaksasi nafas dalam
b.	Memberi pujian atas keberhasilan pasien
c.	Menganjurkan agar klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam secara teratur

Sumber: Bidang Perawatan 2010

C. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

a. Identitas

- 1) Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang : nama perawat, nama klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.

- 2) Usia dan No. Rekam Medik.

b. Alasan Masuk

Biasanya alasan utama pasien untuk masuk ke rumah sakit yaitu pasien sering mengungkapkan kalimat yang bernada ancaman, kata-kata kasar, ungkapan ingin memukul serta memecahkan perabotan rumah tangga. Pada saat berbicara wajah pasien terlihat memerah dan tegang, pandangan mata tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan. Biasanya tindakan keluarga pada saat itu yaitu dengan mengurung pasien atau memasung pasien. Tindakan yang dilakukan keluarga tidak dapat merubah kondisi ataupun perilaku pasien

c. Faktor Predisposisi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit. Pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga pasien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Biasanya gejala sisa timbul merupakan akibat trauma yang dialami pasien berupa penganiayaan fisik, kekerasan di dalam keluarga atau lingkungan, tindakan kriminal yang pernah disaksikan, dialami ataupun melakukan kekerasan tersebut.

d. Pemeriksaan Fisik

Biasanya saat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah meningkat, nadi cepat, pernafasan akan cepat ketika pasien marah, mata merah, mata melotot, pandangan mata tajam, otot tegang, suara tinggi, nada yang mengancam, kasar dan kata-kata kotor, tangan menggepal, rahang mengatup serta postur tubuh yang kaku.

e. Biopsiokosial

1) Aspek biologis

Respon fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat. Tachikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatkan kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan refleks cepat. Hal ini disebabkan oleh energy yang dikeluarkan saat marah bertambah.

2) Aspek emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan, dan menuntut.

3) Aspek intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individu didapatkn melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi proses, diklarifikasi, dan diintegrasikan.

4) Aspek sosial

Meliputi interaksi social, budaya, konsep rasa percayadan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien seringkali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga

orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

5) Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa.

Dari uraian tersebut diatas jelaslah bahwa perawat perlu mengkaji individu secara komprehensif meliputi aspek fisik, emosi, intelektual, social dan spiritual yang secara singkat dapat dilukiskan sebagai berikut:

- a. Aspek fisik : terdiri dari : muka merah, pandangan tajam, nafas pendek dan cepat, berkeringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat.
- b. Aspek emosi : tidak adekuat, tidak aman, dendam, jengkel.
- c. Aspek intelektual : mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan.
- d. Aspek social : menarik diri, penolakan, kekerasan, ejekan, humor.

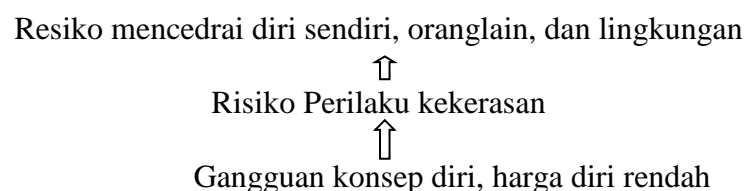
2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ialah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik actual maupun potensial dan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab. Data-data yang mendukung analisa data menurut :

- a. Data subjektif : klien mengatakan jengkel dengan orang lain, mengupkankan rasa permusuhan yang mengancam, klien meras tidak nyaman, klien merasa tidak berdaya, ingin berkelahi, dendam.
- b. Data objektif : tangan dikepal, tubuh kaku, ketegangan otot seperti rahang terkutup, nada suara tinggi, waspada, pandangan tajam, reflek cepat, aktivitas motor meningkat, mondar-mandir, merusak secara langsung benda-benda yang berada dalam lingkungan, menolak, muka merah, nafas pendek.

Dengan melihat data subyektif dan data obyektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi klien dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab sampai pada efek dari masalah tersebut. Dari hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnose keperawatan.

Gambar 1.Pohon Masalah



Diagnosa Keperawatan yang muncul adalah :

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Risiko Mencederai diri
3. Harga Diri Rendah

3. Perencanaan Keperawatan

Menurut Tim Pokja PPNI (2018) intervensi keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan:

- a. Observasi

- 1). Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (missal benda tajam, tali)
- 2).Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
- 3).Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (missal pisau cukur)

b.Terapeutik

- 1).Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
- 2).Libatkan keluarga dalam perawatan

c.Edukasi

- 1).Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
- 2)Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
- 3)Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (misalnya relaksasi, bercerita)

4.Implementasi Keperawatan

Menurut Tim Pokja PPNI (2018) implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai acuan Tim Pokja PPNI (2018) :

S : Respon subjektif keluarga terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradik dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil analisa pada respon keluarga.