

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Skizoprenia

2.1.1. Definisi Skizoprenia

Skizofrenia merupakan kelainan otak yang menyebabkan kemunduran fungsi kognitif, aktivitas, persepsi terhadap realitas dan hubungan interpersonal, serta perubahan perilaku seperti perilaku agresif atau disebut perilaku kekerasan (Lesmana, and Delita, 2023).

Skizofrenia merupakan gangguan proses berpikir yang menyebabkan pecahnya dan keterpisahan antara emosional dan psikomotorik serta distorsi realitas berupa psikosis fungsional (Nur Syamsi Norma Lalla, and Wiwi Yunita, 2022). Berdasarkan pengertian diatas bahwa *skizofrenia* adalah gangguan yang mempengaruhi fungsi kognitif, aktivitas, persepsi terhadap realitas dan menyebabkan pecahnya dan keterpisahan antara emosional dan psikomotorik.

2.1.2. Etiologi

Menurut Viedebeck dan Sheila (2016), *skizofrenia* sebagai penyakit tunggal ada, namun kategori diagnostiknya mencakup sekelompok gangguan yang mungkin memiliki penyebab heterogen tetapi memiliki gejala perilaku yang kurang lebih serupa. Etiologi *skizofrenia* yang pasti belum ditemukan, namun temuan penelitian menunjukkan bahwa etiologi

skizofrenia melibatkan faktor biologis, biokimia, genetik, dan psikososial (I. Biahimo, Firmawaty, and DAI, 2023).

2.1.3. Patofisiologi

Skizofrenia merupakan penyakit multifaktorial. Patofisiologi *skizofrenia* belum diketahui secara pasti dan sangat bervariasi, begitu pula dengan etiologinya.

Beberapa hipotesis yang diajukan antara lain (Kemenkes, 2021):

a. Faktor genetik

Individu dengan riwayat keluarga *skizofrenia* memiliki peningkatan risiko terkena *skizofrenia*. Anak-anak yang orang tuanya menderita *skizofrenia* memiliki risiko 5% terkena penyakit tersebut. Individu dengan saudara kandung atau kembar dizigotik dengan *skizofrenia* memiliki risiko 10% dan kembar monozigot memiliki risiko 40% terkena *skizofrenia*.

b. Gangguan neurotransmitter

Dalam kasus hipotesis dopamin, diamati bahwa hiperaktif dopamin terjadi pada sistem saraf pusat. Peningkatan aktivitas dopamin dalam sistem limbik dikaitkan dengan gejala positif. Antipsikotik yang bertindak sebagai antagonis reseptor dopamin postsinaptik (D2) dapat efektif dalam mengobati gejala positif *skizofrenia*.

Hipotesis serotonin menyatakan bahwa kelebihan serotonin dapat menimbulkan gejala positif dan negatif. Neurotransmitter lain yang terlibat dalam patofisiologi *skizofrenia* termasuk asetilkolin, glutamat, norepinefrin, asam aminobutirat (GABA), dll.

c. Kelainan Morfologi dan Fungsi Otak

Kelainan struktur dan fungsi otak yang sering muncul pada pasien *skizofrenia* antara lain pembesaran ventrikel ke-3 dan lateral, atrofi ventrikel temporal dan medial, girus hipokampus, kerusakan parahippocampal dan area abnormal. Namun, tidak ada kelainan yang khas bagi penderita *skizofrenia*.

2.1.4. Tanda dan Gejala

Menurut Hawari (2014) menyebutkan, gejala – gejala pada pasien *skizofrenia* dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negative.

a. Gejala positif

1. Delusi yaitu ketika keyakinan mereka secara obyektif terbukti tidak rasional, penderita masih mempercayai kebenarannya.
2. Halusinasi, mis. pengalaman panca indera tanpa rangsangan, misalnya penderita mendengar suara/bisikan di telinga padahal sumber suara/bisikan tersebut tidak ada.
3. Pemikiran yang tidak teratur tercermin dari isi pembicaraannya, misalnya pembicaraannya tidak teratur sehingga tidak mungkin mengikuti pemikirannya.
4. Bising, gelisah, tidak bisa diam, berjalan mondar-mandir, agresif, berbicara dengan semangat dan kegembiraan yang berlebihan.
5. Perasaan bahwa dia adalah "orang hebat", perasaan bahwa dia mampu melakukan segalanya, semuanya hebat, dll.

6. Pikirannya penuh keraguan atau seolah terancam.

7. Menerima permusuhan.

b. Gejala negatif

1. Bidang emosi (afeksi) bersifat “tumpul” dan “datar”. Gambaran alami dari perasaan ini terlihat di wajahnya yang tanpa ekspresi.

2. Menarik diri atau mengucilkan diri (isolates), tidak mau berkomunikasi atau berhubungan dengan orang lain, suka bermimpi (dream).

3. Kontak emosional sangat “buruk”, sulit diucapkan, diam.

4. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.

5. Kesulitan dengan pemikiran abstrak.

6. Cara berpikir stereotip.

7. Kurangnya kemauan (willingness) dan hilangnya inisiatif, usaha dan usaha, spontanitas, monoton, tidak mau apa-apa dan serba malas (kehilangan semangat).

2.1.5. Tipe – tipe Skizoprenia

Tipe – tipe skizoprenia menurut Istichomah, and R, (2019) adalah :

a. Skizofrenia Paranoid

Jenis skizofrenia yang paling umum disebut skizofrenia paranoid, dan beberapa gejala utamanya termasuk halusinasi dan delusi yang berkaitan dengan kecemasan tertentu. Kontrol emosi dan keinginan menantang bagi mereka yang menderita penyakit ini karena mereka sering merasakan ketidakpercayaan yang luar biasa terhadap orang-orang di sekitar mereka.

b. Skizofrenia Katatonik

Di antara gangguan yang paling langka, skizofrenia katatonik biasanya ditandai dengan gerakan tiba-tiba, aneh, dan terbatas. Pasien mungkin tiba-tiba menjadi diam atau sangat aktif, dan sebaliknya. Mereka juga tidak banyak bicara, namun mereka sering meniru gerakan dan kata-kata orang lain.

c. Skizofrenia Tidak Terdiferensiasi

Gejala yang berbeda dari bentuk skizofrenia lainnya ditampilkan oleh skizofrenia yang tidak berdiferensiasi. Misalnya, mereka yang bingung atau paranoid mungkin tidak banyak bicara atau mengekspresikan diri.

d. Schizoaffective Disorder

Delusi biasanya hadir pada orang dengan gangguan skizoafektif bersama dengan satu atau lebih gangguan mood atau gejala perubahan suasana hati.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan psikologi:

1. Pemeriksaan psikiatri
2. Pemeriksaan psikometri

b. Pemeriksaan lain jika diperlukan seperti:

1. Pemeriksaan darah rutin
2. Pemeriksaan fungsi hepar
3. Pemeriksaan fungsi ginjal
4. Pemeriksaan enzim hepar

5. Pemeriksaan EKG
6. Pemeriksaan CT scan
7. Pemeriksaan EEG

2.1.7. Penatalaksanaan Medis

Farmakologi adalah pengobatan utama untuk skizofrenia. Neuroleptik, kelas antipsikotik, berhasil mengurangi gejala psikotik. Meskipun mereka digunakan untuk mengobati gejala, obat-obatan ini tidak menyembuhkan skizofrenia. Ada dua jenis antipsikotik.(Ayuningtyas, Effendi, and Bahri, 2021):

- a. Obat atipikal
 1. Clozapin
 2. Risperidon
 3. Olanzapine
 4. Quetiapin
- b. Obat tipikal
 1. Thiothixene
 2. Haloperidol
 3. Chlorpromazine
 4. Trifluoperazine

2.2. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

2.2.1. Definisi Resiko Perilaku kekerasan

Risiko perilaku kekerasan adalah aktivitas yang memiliki maksud untuk menyebabkan cedera fisik atau psikologis kepada orang lain. Agresi

verbal dapat diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Ada dua jenis perilaku kekerasan yaitu perilaku kekerasan yang sedang berlangsung dan perilaku kekerasan di masa lalu (Hasannah, and Solikhah, 2019).

Perilaku kekerasan merupakan kemarahan yang tidak pantas, yang melibatkan melakukan hal-hal yang membahayakan diri sendiri, orang lain, atau bahkan lingkungan. Perilaku kekerasan merupakan salah satu jenis perilaku yang dimaksudkan untuk menyebabkan kerugian fisik dan psikologis pada individu (umayyah Uswatun Hasannah, 2019). Berdasarkan pengertian diatas Resiko perilaku kekerasan adalah bentuk ekspresi kemarahan dengan cara verbal atau non verbal untuk melakui diri sendiri maupun orang lain.

2.2.2. Etiologi

Menurut Damayanti (2021) menyebutkan, faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah) dan masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatar belakangi) munculnya masalah.

a. Faktor Prediposisi

1. Faktor genetik

Faktor genetik adalah hal-hal yang terdapat pada faktor biologis, yaitu memiliki anggota keluarga yang selalu melakukan kekerasan bahkan kekerasan, memiliki anggota keluarga dengan gangguan atau

penyakit kesehatan jiwa, riwayat kesehatan atau cedera kepala, dan riwayat penyalahgunaan obat-obatan atau zat.

2. Faktor psikologis

Adanya rangsangan yang berasal dari luar, dalam atau lingkungan dapat menimbulkan reaksi psikologis berupa kemarahan. Ketika keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui hambatan atau bahkan gagal, maka dapat menimbulkan rasa frustrasi pada seseorang. Akumulasi rasa frustrasi dapat mengarah pada perilaku kekerasan. Perilaku merupakan suatu kebutuhan manusia, jika kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi dengan perilaku yang baik atau konstruktif, maka perilaku individu tersebut bersifat destruktif.

3. Faktor sosiokultural

Teori lingkungan sosial menyatakan bahwa lingkungan dapat mempengaruhi sikap individu dalam mengungkapkan kemarahan. Budaya dapat mendukung sikap individu untuk bersikap asertif atau menyikapi secara positif. Dengan demikian, proses sosial dapat membuat seseorang berperilaku kekerasan.

b. Faktor presipitasi

Setiap orang tidaklah sama dan unik, hal ini dapat menjadi pemicu stres individu baik dari dalam maupun luar. Faktor antar individu mencakup hilangnya hubungan dengan orang lain, orang yang dicintai, atau orang terdekat (misalnya perpisahan, perceraian, kematian), kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dan lain-lain. Sedangkan faktor ekstrapersonal

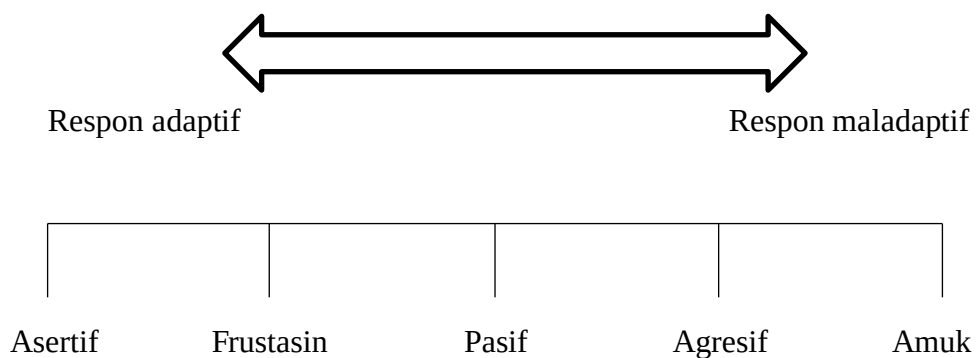
meliputi serangan fisik, lingkungan bising, kritik yang menimbulkan hinaan dan kekerasan (Damayanti, 2021).

2.2.3. Tanda dan Gejala

Menurut Malfasari (2020), Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

- a. Wajah merah dan tegang
- b. Mata merah /melotot
- c. Tangan terkepal
- d. Rahang terkatup rapat
- e. Berbicara suara melengking, membentak atau menjerit
- f. Ancaman verbal dan fisik
- g. Melempar atau memukul benda
- h. Memecahkan benda
- i. Tidak mampu mengantisipasi perilaku kekerasan/kepemimpinan.
- j. Rentan Respon Marah

Bagan 2. 1 Rentang respon marah



Keterangan

Asertif : Emosi yang diungkapkan sebagai tanda merugikan orang lain

Frustrasi : Apa yang tidak tercapai karena ada hambatan atau tidak terjadi

Pasif : Persisten dalam reaksi dimana klien tidak mampu mengungkapkan perasaan

Agresif: perilaku destruktif atau destruktif yang masih dapat dikendalikan

Amuk: Perilaku destruktif atau destruktif yang tidak dapat dikendalikan
(Damayanti, 2021).

2.2.4. Penatalaksanaan

Seringkali ada beberapa pengobatan untuk pasien yang menderita gangguan emosi atau kemarahan. Perawatan medis termasuk obat anticemas dan obat tidur penenang seperti lorazepam dan clonazepam. Obat penenang ini sering digunakan untuk menenangkan sistem kekebalan tubuh klien. Antidepresan seperti amitriptyline dan triazolone juga termasuk dalam golongan obat ini. Obat ini menghilangkan agresi pada pasien yang menderita masalah kesehatan mental (Damayanti, 2021).

Menurut penelitian Waluyo (2022), Teknik untuk relaksasi pernapasan dalam membantu pasien skizofrenia yang berada pada bahaya bertindak keras dengan mengurangi perasaan marah. Metode ini dapat digunakan bersamaan dengan kesadaran spiritual pasien bahwa kemarahan adalah energi negatif yang perlu dikeluarkan secara bertahap dari pasien. Metode ini melibatkan duduk dan melakukan latihan.

Menurut penelitian Aji, Makualaina, and Rainuny, (2024), Pemberian relaksasi nafas dalam dapat menurunkan emosi marah. Untuk mengontrol emosi marah pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

Menurut Pertiwi, Luthfiyatil Fitri, and Hasanah, (2023), Berdasarkan penerapan yang dilakukan terapi relaksasi napas dalam terbukti efektif untuk menurunkan tanda dan gejala pada pasien resiko perilaku kekerasan yang dimana terjadi penurunan.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan

Menurut Anggit Madhani (2021) dalam (Pangaribuan et al. 2022), keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, nomor MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Alasan masuk

Klien biasanya dirawat karena sering mengamuk tanpa sebab, memukul, menendang, mengancam, menyerang lain, merugikan diri sendiri, mengganggu lingkungan, melakukan kekerasan dan sebelumnya mengalami gangguan jiwa yang berulang karena tidak mau minum obat secara teratur (Pangaribuan et al. 2022).

c. Faktor predisposisi

1. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu dan baru pertama kali berobat atau mengalami gangguan jiwa (Pangaribuan et al. 2022).

2. Biasanya klien terlebih dahulu beralih ke dukun sebagai alternatif dan mereka ditutup dan jika itu tidak membantu maka mereka dirawat di rumah sakit jiwa.
3. Trauma secara keseluruhan, klien mengalami atau melihat penyiksaan/ penolakan fisik, seksual, dari lingkungan.
4. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan jiwa jika ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
5. Secara umum klien pernah mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, seperti penolakan, sakit hati, perasaan teraniaya, ditolak oleh lingkungan.

d. Faktor presipitasi

Setiap orang memiliki stresor yang berbeda yang mengarah pada perilaku kekerasan. Stresor ini mungkin berasal dari dalam (kehilangan cinta, berpisah dengan orang penting lainnya, takut akan penyakit fisik, dan faktor internal lainnya) atau dari luar (serangan fisik, kehilangan, kematian, dan faktor lainnya). Selain itu, pengaturan yang terlalu ramai dapat memicu perilaku agresif. (Pangaribuan et al. 2022).

e. Pengkajian Fisik

1. Ukur dan pantau tanda-tanda vital seperti tekanan darah meningkat, denyut nadi semakin cepat, suhu tubuh, pernapasan tampak cepat.

2. Ukur tinggi dan berat badan.
3. Apa yang kami amati pada pemeriksaan fisik klien yang melakukan kekerasan (mata melotot, tatapan tajam, tangan terkepal, rahang terkutup, wajah merah).
4. Verbal (mengancam, mengumpat, berkata kasar dan kasar).

f. Psikososial

1. Psikososial

a) Genogram

Genogram disusun hingga 3 generasi dan dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Pada ketiga generasi ini dapat disebut sebagai area yang mudah diingat oleh klien dan keluarganya selama penilaian.

b) Konsep diri

Ada beberapa bagian tubuh pada klien yang tidak dia sukai, dan bagian-bagian ini mempengaruhi bagaimana klien berpikir tentang dirinya sendiri ketika dia berinteraksi dengan orang lain. Dia merasa terhina dan kondisinya diolok-olok.

c) Identitas

Secara umum klien yang berperilaku kekerasan merasa tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan kedudukannya di sekolah, tempat kerja, dan lingkungan tempat tinggalnya.

d) Harga diri

Secara umum klien yang berada dalam bahaya bertindak kasar biasanya memiliki hubungan yang harmonis dan menyenangkan dengan orang lain, mengalami penolakan, atau merasa direndahkan, dipermalukan, atau diejek oleh orang lain baik di dalam maupun di luar keluarga mereka.

e) Peran rumah

Klien sering memiliki masalah dengan tugas yang mereka lakukan dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak dapat menyelesaikan kegiatan dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

f) Ideal diri

Secara umum, klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, status, dan tanggung jawab mereka dalam keluarga, sekolah, tempat kerja, dan komunitas mereka.

g. Hubungan sosial

1. Orang yang bermakna tempat mengadu, bertutur
2. Kegiatan yang diikuti pelanggan bagian dalam kebanyakan dan apakah pelanggan berlaku membuat-buat bagian dalam majelis tercatat
3. Hambatan bagian dalam beruntun-runtun pakai spesies lain/tingkat sangkutan pelanggan bagian dalam asosiasi kebanyakan.

h. Spiritual

1. Nilai dan Keyakinan

Secara umum, klien mengaku tidak mengalami kesehatan mental.

2. Kegiatan Keagamaan

Pada umumnya klien jarang melaksanakan pelayanan keagamaan selama sakit.

i. Status mental

1. Penampilan.

Biasanya kemampuan klien kotor.

2. Pembicaraan.

Klien perilaku kekerasan berbicara cepat, keras, kasar, suasana tinggi dan mudah patah hati.

3. Aktivitas motorik

Kelakuan motorik klien pakai perilaku kekerasan akan muncul tegang, gelisah, kesibukan musir depan berubah – ubah, gemetar, badan mengepal, dan rahang pakai kuat.

4. Alam perasaan

Akan merasa kesedihan dan meratapi apa yang telah dilakukan.

5. Afek

Klien mudah patah hati dan cepat marah-marah tanpa sebab.

6. Interaksi selama wawancara

Biasanya klien pakai terusan perilaku kekerasan akan muncul bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, menatap rival pada siapapun dan mudah patah hati.

7. Persepsi

Klien pakai perilaku kekerasan masih bisa menyambut kesulitan pakai spesifik.

8. Isi Pikir

Menurut dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.

9. Tingkat kesadaran

Klien perilaku kekerasan kadang gampang bingung.

10. Memori

Klien diwaktu polemik bisa merayakan kejadian yang kelahirannya dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

11. Kemampuan penilaian

Klien mengalami kemampuan penilain ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

12. Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari masalah yang dideritanya.

j. Kebutuhan persiapn pulang

1. Makan

Pada klien Resiko Perilaku kekerasan tidak mengalami perubahan.

2. BAB/BAK

Klien Resiko Perilaku kekerasan tidak ada gangguan.

3. Mandi

Klien Resiko Perilaku kekerasan jarang mandi, bercukur, menyikat gigi, mencuci rambut, atau melakukan perawatan pribadi lainnya. Klien hanya menjaga kebersihan pribadi mereka ketika diinstruksikan, dan tubuh mereka sangat kotor dan berbau.

4. Berpakaian

Klien Resiko Perilaku kekerasan jarang berganti pakaian baru dan tidak suka berdandan. Klien tidak mengenakan sepatu dan tidak dapat berpakaian dengan tepat.

5. Istirahat dan tidur

Klien Resiko Perilaku kekerasan tidak melakukan hal-hal seperti berdoa atau menyikat kaki cucu mereka. Selain itu, lakukan hal-hal seperti menyikat gigi, merapikan tempat tidur, dan mandi atau mencuci muka setelah tidur. Klien kadang-kadang tidur nyenyak, kadang-kadang bertindak tidak menentu atau tidak sama sekali.

6. Penggunaan obat

Resiko Perilaku kekerasan pada klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

7. Pemeliharaan kesehatan

Klien Resiko Perilaku kekerasan berada dalam bahaya karena bertindak kasar karena dia tidak peduli tentang bagaimana menjaga kesehatannya atau bagaimana memperlakukannya dengan tepat.

8. Aktifitas didalam rumah

Klien Resiko Perilaku kekerasan mampu mengatur, menyiapkan, dan menyajikan makanan, membersihkan diri sendiri, mencuci pakaian, dan menangani biaya harian.

k. Mekanisme koping

Secara umum klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan perilaku tidak menentu, marah ketika keinginannya tidak dipenuhi, memukul anggota keluarga, dan menghancurkan barang-barang rumah tangga.

l. Masalah psikologis

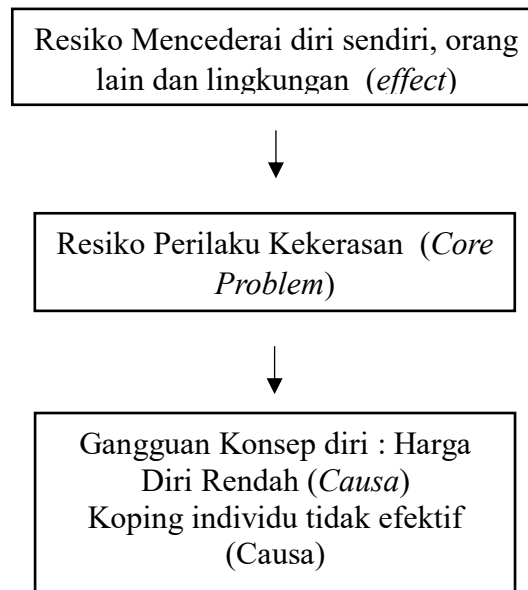
Secara umum klien merasa ditinggalkan dan mengalami gangguan komunikasi dengan lingkungan.

m. Pengetahuan

Secara umum klien yang melakukan kekerasan tidak memiliki informasi tentang penyakitnya dan klien tidak mengetahui akibat dari penghentian pengobatan dan tindakannya.

2.3.2 Pohon masalah

Bagan 2. 2 Pohon Masalah



Sumber: (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati 2015)

2.3.3 Diagnosa keperawatan

Menurut Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, (2015) mengatakan diagnosa keperawatan yang terdapat pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah :

- a. Harga diri rendah,
- b. Koping Individu tidak efektif
- c. Resiko perilaku kekerasan
- d. Resiko mencenderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

2.3.4 Perencanaan keperawatan

Menurut SDKI PPNI, SLKI PPNI dan SIKI PPNI (2017), perencanaan tindakan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan adalah:

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Harga diri rendah (D.0087)	Harga Diri (L.09069) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka harga diri klien: - penilaian diri positif meningkat - konsentrasi meningkat - percaya diri - berbicara meningkat - kontak mata meningkat	Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Batasi jumlah pengunjung - Bicara dengan nada rendah dan tenang. Edukasi - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif	Observasi - Untuk mengetahui mengendalikan perilaku klien. Terapeutik - Melatih kedisiplinan terhadap kegiatan - Agar klien mampu mengikuti aktivitas sesuai keinginan nya - Agar klien lebih nyaman - Agar klien tidak takut. Edukasi - Agar keluarga mampu membuat pembentukan kognitif terhadap klien.
2.	Resiko Perilaku kekerasan (D. 0146)	Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka control diri klien: - Verbalisasi acaman kepada orang lain menurun	Promosi koping (I.09312) Observasi - Identifikasi kegiatan jangka pendek dan jangka panjang sesuai tujuan - Identifikasi metode penyelesaian masalah - Identifikasi kebutuhan dan	Observasi - Untuk menerapkan kegiatan klien sesuai tujuan - Untuk mengetahui penyelesaian masalah klien - Untuk menerapkan bagaimana hubungan klien

- Verbalisasi umpatan menurun - Suara keras menurun - Berbicara ketus menurun - Perilaku melukai diri sendiri menurun - Perilaku melukai orang lain/ lingkungan menurun	keinginan terhadap dukungan sosial		
		Terapeutik	Terapeutik
		- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri - Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis - Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan - Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan - Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat (latihan tarik nafas dalam)	- Agar klien merasa lebih aman dan nyaman - Agar klien dapat menghindari kekerasan pada diri sendiri - Agar klien dapat menerima realita yang ada - Untuk mengetahui bagaimana pengambilan keputusan klien - Untuk menghindari keputusan sesaat klien - Untuk membantu klien dalam mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam
		SP 1	SP 1
		- Melatih pengendalian fisik pasien. berarti 1 yaitu pernapasan dalam.	- Menentukan tindakan yang sesuai untuk mengontrol perilaku kekerasan pada klien
		SP 2	SP 2

- Ajari pasien untuk mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu. memukul bantal	- Membantu klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasannya
SP 3	SP 3
- Ajari pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal	- Membantu klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasannya
SP 4	SP 4
- Ajarkan pasien mengendalikan perilaku kekerasan melalui spiritual	- Membantu klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasannya
SP 5	SP 5
- Ajari pasien mengendalikan pasien setelah pengobatan.	- Mengetahui reaksi setelah minum obat
Edukasi	Edukasi
- Anjurkan keluarga terlibat	- Agar klien dapat dukungan daari keluarga
- Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif	- Agar tidak memecahkan masalah secara sepihak
- Latih penggunaan Teknik relaksasi	- Agar klien dapat mengontrol dengan relaksasi
- Latih mengembangkan penilaian obyektif	- Agar klien dapat obyektif.

(SDKI, 2017), (SLKI, 2017), (SIKI, 2017).

Adapun perencanaan tindakan keperawatan jiwa pada pasien dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati 2015) antara lain :

- a. Rencana tindakan keperawatan untuk keluarga.
 1. Strategi pelaksanaan 1 (SP 1) untuk keluarga.
 - a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
 - b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialami klien beserta proses terjadinya.
 - c) Menjelaskan cara-cara merawat klien perilaku kekerasan.
 2. Strategi pelaksanaan 2 (SP 2) untuk keluarga.
 - a) Melatih keluarga mempraktikan cara merawat klien perilaku kekerasan.
 - b) Melatih keluarga melakukan cara merawat klien perilaku kekerasan.
 3. Strategi pelaksanaan 3 (SP 3) untuk keluarga.
 - a) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat.
 - b) Menjelaskan follow up klien setelah pulang.

2.3.5 Pelaksanaan

Implementasinya akan selaras dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata pelaksanaannya seringkali banyak melenceng dari rencana, hal ini disebabkan karena perawat tidak terbiasa

menggunakan rencana tertulis pada saat melakukan operasi medis. Sebelum melaksanakan tindakan perawatan yang direncanakan, pengasuh harus memastikan secara singkat apakah rencana tindakan tersebut masih tepat dan perlu sesuai dengan kondisi klien (*here and now*). Selain itu, perawat sendiri menilai apakah keterampilan interpersonal, intelektual, teknis cocok untuk prosedur yang dilakukan dan menilai kembali apakah aman bagi klien. Bila tidak ada hambatan dapat dilakukan pengobatan (Pangaribuan et al. 2022).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk mengevaluasi dampak layanan pada klien. Tanggapan keluarga terhadap tindakan pengobatan yang diterapkan terus dievaluasi. Suatu proses atau evaluasi formatif dilakukan setelah setiap tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP (Damayanti, 2021).

S : Respon subjektif keluarga terhadap intervensi keperawatan yang dilaksanakan.

O : Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang diterapkan.

A : Analisis kembali data subjektif dan objektif dan tentukan apakah masalah masih ada atau muncul masalah baru atau ada data yang tidak sesuai dengan masalah yang ada

P : Perencanaan atau pemantauan berdasarkan hasil analisis respon keluarga.