

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

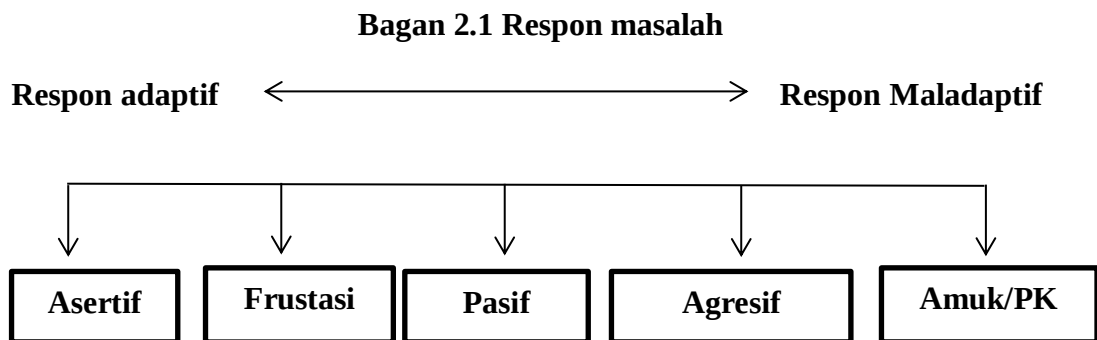
1. Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang dimaksudkan untuk menimbulkan kerugian fisik atau psikologis pada diri sendiri atau orang lain. Tindakan kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan suatu perbuatan yang berpotensi menimbulkan kerugian fisik terhadap dirinya sendiri atau orang lain dan ditandai dengan kemarahan yang tidak terkendali. dan kebisingan yang tidak teratur, (Dermawan, 2018 dalam, Malfasari et al., 2020)

Perilaku kekerasan merupakan suatu reaksi marah yang diungkapkan dengan cara mengancam, menyakiti orang lain atau merusak lingkungan, sering disebut dengan kegelisahan atau kerusuhan, dan ditandai dengan perasaan marah dan permusuhan yang merupakan bentuk perilaku destruktif yang tidak terkendali. (Muhammad et al., 2022)

Perilaku kekerasan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh yang tidak terkontrol. (Sri martini, 2020.) Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Muhith, 2015).

2. Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Sumber : (Muhith, 2015)

Keterangan :

1. Respon Adaptif

- a. Asertif : Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan.
- b. Frustrasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative (Muhith, 2015)

2. Respon Maladaptif

- a. Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan nya.
- b. Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
- c. Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilang nya control diri (Muhith, 2015)

3. Etiologi

a. Faktor predisposisi

Menurut (Yusuf, 2015) terdapat faktor predisposisi dan faktor presipitasi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut :

1) Psikoanalisis

- a) Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting.

2) Psikologis

- a) Berdasarkan teori frustrasi agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan yang tidak tercapai dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

3) Biologis

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas adalah sebagai berikut.

- a) Sistem limbik Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif, dan respons seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.
- b) Lobus temporal, Organ yang berfungsi sebagai penyimpanan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.
- c) Lobus frontal, Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, pengelola, emosi, dan alasan berpikir.

- d) Neurotransmitter, Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin, dopamin, norepinephrin, acetylcholine dan GABA.

4. Perilaku

- a) Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam respons positif terhadap frustrasi.
- b) Penekanan emosi berlebihan pada anak-anak atau godaan orang tua memengaruhi kepercayaan dan percaya diri individu
- c) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

5. Sosial kultural

- a) Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi.
- b) Budaya asertif di masyarakat membantu individu yang memberi respons terhadap marah yang sehat.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusan, ketidak berdayaan, dan percaya diri yang kurang dapat menjadi perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat,

kritikan yang pengaruh pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan, dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain (Martini, 2022)

4. Proses terjadi

Kemarahan timbul apabila seseorang merasa frustrasi, disakiti, atau takut. Kemarahan yang ditangani dengan sesuai dan tepat serta diungkapkan secara asertif dapat membantu individu menyelesaikan konflik dan masalah. Akan tetapi, kemarahan yang disupresi atau tidak ditangani dengan tepat, dapat menimbulkan masalah fisik dan emosional serta dapat juga mengganggu atau merusak relasi dengan sesama (Baradero et al, 2019).

Respons marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang (Yusuf, 2015).

Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menentang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah

yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk (Yusuf, 2015)

5. Tanda Dan Gejala

Menurut (Muhith, 2015) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan : Muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, Bicara kasar Suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

a. Data Subjektif

- 1) Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- 2) Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- 3) Klien suka membentak dan menyerang orang lain.

b. Data Objektif

- 1) Mata melotot/pandangan tajam.
- 2) Tangan mengepal dan Rahang mengatup.
- 3) Wajah memerah dan Postur tubuh kaku.
- 4) Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
- 5) Suara keras, Bicara kasar, ketus.
- 6) Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain.

- 7) Agresif dan mau merusak lingkungan. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- c. Mondar mandir
- d. Melempar atau memukul benda / orang lain.

6. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. (wuryaningsih, 2018)

Perilaku yang berkaitan dengan resiko perilaku kekerasan antara lain sebagai berikut, :

a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini, respons fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan yang meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku, dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah

cara yang terbaik. Individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

c. Memberontak

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan terapi

menurut kumar (2020) dalam Ari, A,P et.al 2022, penatalaksanaan pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut.

1) Terapi farmakologi

Pasien dengan perilaku kekerasan memerlukan perawatan dan pengobatan yang tepat. Untuk pengobatan dengan obat neuroleptik dosis tinggi yang efektif, seperti klorpromazin hidroklorida, yang membantu mengontrol kinerja psikomotorik. Jika hal ini tidak memungkinkan, dosis efektif yang lebih rendah dapat digunakan, seperti: B.Trifluoperazin-estalacin. Jika tidak memilikinya, Anda bisa menggunakan obat penenang sebagai pengganti antipsikotik, seperti

neuroleptik. Namun keduanya menghasilkan efek ketegangan, ketakutan, dan kegelisahan.

2) Terapi okupasi

Terapi ini sering di terjemahkan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus di berikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran atau bermain catur. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus di lakukan oleh petugas terhadap rehalibitasi setelah di lakukan seleksi dan di tentukan program kegiatan nya

3) Peran serta keluarga

Merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan pasien. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif, dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif sehingga derajat kesehatan pasien dapat di tingkatkan secara optimal.

4) Terapi somatik

(NUHLIN, 2021), menerapkan bahwa terapi somatik terapi yang di berikan kepada pasien gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang di tunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.

5) Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik atau electronic convulsive therapy (ECT) Adalah bentuk terapi yang di berikan kepada pasien dengan menimbulkan kejang dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang di tempatkan di pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofenia, membutuhkan 20 – 30 kali terapi yang biasanya di laksanakan setiap 2-3 kali sehari dalam seminggu (seminggu 2 kali).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Strategi pelaksanaan pasien perilaku kekerasan

Startegi pelaksanaan dapat dilakukan berupa komunikasi terapeutik kepada pasien perilaku kekerasan maupun pada keluarga. Tindakan keperawatan terhadap pasien dapat dilakukan minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien dan keluarga dapat mengontrol dan mengendalikan perilaku kekerasan. Pada masing-masing pertemuan dilakukan tindakan keperawatan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) sebagai berikut (Nurhalimah, 2016)

- a) Latihan strategi pelaksanaan 1 untuk pasien : latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal.
- b) Latihan strategi pelaksanaan 2 untuk pasien : latihan minum obat.
- c) Latihan strategi pelaksanaam 3 untuk pasien : Latihan cara social atau verbal.
- d) Latihan strategi pelaksanaan 4 untuk pasien : Latihan cara spiritual.

Tindakan keperawatan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP Keluarga) sebagai berikut :

- a. Latihan strategi pelaksanaan 1 untuk keluarga : Cara merawat pasien dan melatih latihan fisik.
- b. Latihan strategi pelaksanaan 2 untuk keluarga : Cara memberi minum obat.
- c. Latihan strategi pelaksanaan 3 untuk keluarga : Melatih keluarga cara mengontrol marah dengan cara sosial atau verbal.
- d. Latihan strategi pelaksanaan 4 untuk keluarga : cara mengontrol rasa marah dengan cara spiritual, latih cara spiritual, jelaskan follow up ke Rumah sakit jiwa, dan tanda kambuh.

2) Terapi modalitas

Terapi modalitas keperawatan jiwa dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Muhith, 2015). Jenis-jenis terapi modalitas adalah :

a) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Terapi Aktivitas Kelompok sering digunakan dalam praktik kesehatan jiwa, bahkan merupakan hal yang terpenting dari keterampilan terapeutik dalam ilmu keperawatan. Pemimpin atau leader

kelompok dapat menggunakan keunikan individu untuk mendorong anggota kelompok untuk mengungkapkan masalah dan mendapatkan bantuan penyelesaian masalahnya dari kelompok, perawat juga adaptif menilai respon klien selama berada dalam kelompok.

Jenis Terapi Aktivitas Kelompok yang digunakan pada klien dengan perilaku kekerasan adalah Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi atau Kognitif sesi 1-4. Terapi yang bertujuan untuk membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi, menstimuli persepsi dalam upaya memotivasi proses berfikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaptif. Karakteristiknya yaitu pada penderita gangguan persepsi yang berhubungan dengan nilai-nilai, menarik diri dari realitas dan inisiasi atau ide-ide negatif.

b) Terapi Keluarga

Edukasi keluarga :

- 1) Jangan memancing emosi klien
- 2) Libatkan klien dalam kegiatan yang berhubungan dengan keluarga
- 3) Anjurkan pada klien untuk mengemukakan masalah yang dialami
- 4) Mendengarkan keluhan klien
- 5) Jika terjadi perilaku kekerasan yang dilakukan adalah : bawa klien ke tempat yang tenang dan aman, hindari benda tajam, lakukan fiksasi sementara, rujuk ke pelayanan kesehatan (Afnuhazi,2015).

B. Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Seorang perawat harus berjaga-jaga terhadap adanya peningkatan agitasi pada klien, hierarki perilaku agresif dan kekerasan. Disamping itu, perawat harus mengkaji pula afek klien yang berhubungan dengan perilaku agresif. (Muhith, 2015)

a. Identitas

Identitas klien yang perlu ditulis adalah nama klien, jenis kelamin, umur (biasanya pada usia produktif), pendidikan (segala jenis/tingkat pendidikan berisiko perilaku kekerasan), pekerjaan (tingkat keseriusan/tuntutan dalam pekerjaannya dapat menimbulkan masalah), status (belum menikah, menikah atau bercerai), alamat, kemudian nama perawat.

b. Alasan Masuk

Kemungkinan klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, dan bersifat kasar, kemungkinan keluarga klien telah membawa klien ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk berobat tetapi tidak ada perubahan maka klien dibawa keluarga ke rumah sakit jiwa. Kemungkinan hasil klien di rumah tidak patuh minum obat.

MK : - Resiko Perilaku kekerasan

c. Faktor Predisposisi

- 1) Kemungkinan klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- 2) Kemungkinan klien berobat untuk pertama kalinya ke rumah sakit jiwa sebagai alternatif serta memasingkan diri dan bila tidak berhasil baru dibawa ke rumah sakit jiwa.
- 3) Kemungkinan klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.

Masalah keperawatan :

- **Resiko Perilaku kekerasan**
- **Ketidak efektifan penatalaksanaan program terapeutik**
- **Respon pasca trauma**
- **Resiko bunuh diri**
- **Gangguan pertumbuhan dan perkembangan**
- **Gangguan proses keluarga**

- 4) Kemungkinan ada atau tidak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

Masalah Keperawatan :

- **Ketidak efektifan koping keluarga = Ketidak mampuan**
- **Ketidak efektifan koping keluarga = penurunan**

- **Ketidak efektifan koping keluarga = potensial pertumbuhan**

5) Kemungkinan klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

Masalah Keperawatan :

- **Respon pasca trauma**
- **Berduka disfungsi**
- **Gangguan pertumbuhan dan perkembangan**
- **Gangguan proses keluarga**
- **Trauma perkosaan**

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tinggi badan dan berat badan tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu meningkat, dan pernapasan terlihat cepat.
- 2) Perhatikan tanda dan gejala pasien Perilaku Kekerasan biasanya mata melotot, pandangan mata tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah.
- 3) Keluhan fisik lainnya Biasanya Hipertensi, asam urat dan lainnya.

Masalah Keperawatan :

- **Resiko tinggi perubahan suhu tubuh**
- **Defisit volume cairan**

- **Resiko tinggi terhadap infeksi**
- **Perubahan nutrisi : kurang/ lebih dari kebutuhan tubuh**
- **Perubahan nutrisi**
- **Perubahan perlindungan**
- **Perubahan eliminasi feses/ urine**

e. Psikososial

Genogram

Genogram biasanya dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan atau komunikasi pasien dengan keluarga, Pola asuh, dan pengambilan keputusan.

MK : Ketidak efektifan koping keluarga

1) Konsep Diri

a) citra tubuh

Kemungkinan ada anggota tubuh pasien yang tidak disukai pasien yang mempengaruhi keadaan pasien saat berhubungan dengan orang lain sehingga pasien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

MK :

- **Harga diri rendah**
- **Gangguan citra tubuh**

b) Identitas,

Kemungkinan pasien merasa tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, tidak puas dengan jenis kelamin yang sudah ditakdirkan laki-laki atau perempuan seutuhnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

MK :

- **Gangguan identitas diri**
- **Harga diri rendah**

c) Harga diri

Kemungkinan hubungan dengan orang lain tidak terlihat baik, tidak harmonis serta terdapat penolakan atau pasien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun luar lingkungan keluarga.

MK :

- **Harga diri rendah**
- **Gangguan identitas diri**

d) Peran diri

Kemungkinan pasien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya pasien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

MK :

- **Harga diri rendah**

e) Ideal diri

Kemungkinan pasien mampu memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat, harapan terhadap penyakitnya.

MK :

- **Harga diri rendah**
- **Gangguan Identitas diri**

2) Hubungan sosial

- a) Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara
- b) Peran serta dalam kegiatan kelompok kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

MK :

- **Isolasi sosial**
- **Hambatan interaksi sosial**
- **Hambatan komunikasi**
- **Hambatan komunikasi verbal**

3) Spiritual

- a) Nilai dan keyakinan

Kemungkinan pasien meyakini agama yang dianutnya dengan melakukan kegiatan ibadah

b) Kegiatan ibadah

Kemungkinan dalam selama sakit pasien jarang melakukan ibadah.

MK : - Distres spiritual

f. Status Mental

1) Penampilan

Kemungkinan biasanya penampilan pasien kotor dan acakan

MK : - Defisit perawatan diri

2) Pembicaraan

Kemungkinan pada pasien saat dilakukan pengkajian bicara pasien cepat, suara keras dan kasar, gagap, tidak mampu memulai pembicaraan, nada tinggi dan mudah tersinggung.

MK :

- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Hambatan komunikasi**

3) Aktivitas motorik

Kemungkinan pasien akan terlihat tegang, gelisah, gerakan agitasi yang menunjukkan kegelisahan, gerakan tik gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol, gerakan grimasen gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol klien, gerakan

tremor gerakan jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menyalurkan tangan dan merentangkan jari-jari dan gerakan kompulsif gerakan yang dilakukan berulang-ulang.

MK :

- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Intoleransi aktivitas**
- **Resiko tinggi cedera**

4) Alam perasaan

Kemungkinan pasien akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan. merasakan ketakutan dan khawatir.

MK :

- **Harga diri rendah**
- **Ansietas**
- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Ketidakberdayaan**

5) Afek

Kemungkinan Afek yang terjadi pada klien ada datar yaitu tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus, Afek tumpul hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat, Afek labil emosi yang berubah dengan cepat, dan afek tidak sesuai emosi yang tidak sesuai

MK :

- **Resiko cedera**

- **Hambatan komunikasi verbal**

- **Hambatan komunikasi**

6) Interaksi

Kemungkinan pasien akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

MK :

- **Resiko perilaku kekerasan**

- **Hambatan interaksi social**

- **Hambatan komunikasi**

- **Resiko tinggi membahayakan diri/ mutilasi diri/ penganiayaan diri**

7) Persepsi

Kemungkinan pasien mengalami halusinasi, dan persepsi nya yaitu isi dari halusinasi, frekuensi, faktor pencetus, waktu terjadi, perasaan, respon. Jika klien tidak mengalami halusinasi kemungkinan klien masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

MK :

- **Gangguan Persepsi Halusinasi**

8) Proses Pikir

Kemungkinan Klien berbicara dengan kategori Sirkumtansial, tangensial, Kehilangan asosiasi, Flight of idea, Blocking, Perseverasi.

MK : - Gangguan proses pikir

9) Isi Pikir

Kemungkinan pasien mengalami pikiran yang selalu muncul walau berusaha menghilangkannya, ketakutan yang patologis dan keyakinan terhadap adanya gangguan

MK : - Gangguan proses pikir

10) Tingkat kesadaran

Kemungkinan pasien disorientasi orang, tempat dan waktu, mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar, tampak bingung dan kacau.

MK :

- **Gangguan proses pikir**
- **Resiko perilaku kekerasan**

11) Memori

Kemungkinan pasien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi atau tidak dapat mengingat dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang maupun daya ingat jangka pendek seperti menceritakan penyebab pasien masuk ke rumah sakit jiwa.

MK : - Gangguan proses pikir

12) Kemampuan penilaian

Kemungkinan pasien kurang mengalami kemampuan penilaian dan tidak mampu mengambil keputusan.

MK :

- **Harga Diri Rendah**
- **Gangguan proses piker**

13) Daya tilik diri

Kemungkinan klien mengingkari penyakit yang diderita dan menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan kondisinya saat ini.

MK : Gangguan proses pikir

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Kemungkinan pasien tidak ada mengalami penurunan nafsu makan.

MK : - Perubahan nutrisi kurang / lebih dari kebutuhan tubuh

2) BAB/BAK

Kemungkinan pasien tidak ada mengalami gangguan eliminasi.

MK : - Gangguan pola eliminasi urine / feses

3) Mandi

Kemungkinan pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang keramas, bercukur dan berhias. Badan pasien sangat bau dan kotor dan pasien hanya melakukan kebersihan dirinya bila disuruh.

MK : - Gangguan pemeliharaan kesehatan

4) Berpakaian

Kemungkinan pasien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Pasien tidak mampu menggunakan pakaian yang sesuai dan pasien tidak menggunakan alas kaki atau sandal.

MK :

- **Defisit perawatan diri**
- **Gangguan pemeliharaan kesehatan**

5) Istirahat atau tidur

Kemungkinan pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdo'a. Begitupun sebaliknya saat bangun tidur pasien tidak ada merapikan tempat tidurnya, dan tidak ada mandi. Frekuensi tidur pasien biasanya berubah-ubah kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

MK : - Gangguan pola tidur

6) Penggunaan obat

Kemungkinan pasien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan pasien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat putus minum obat.

MK :

- **Ketidak Patuhan**
- **Ketidak efektifan penatalaksanaan program terapeutik**

7) Pemeliharaan kesehatan

Kemungkinan pasien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

MK : - Defisit perawatan diri

8) Aktifitas dalam rumah

Kemungkinan pasien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

MK :

- **Perubahan pemeliharaan kesehatan**
- **Perilaku mencari bantuan kesehatan**

9) Aktivitas di luar rumah

Kemungkinan klien melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, dan belanja untuk keperluan sehari-hari.

MK : - Perilaku mencari bantuan kesehatan

h. Mekanisme koping

Kemungkinan pasien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat yang ada di rumah.

MK : - Perilaku kekerasan

i. Masalah psikologis

Kemungkinan pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan sekitarnya.

MK : Isolasi sosial

j. Pengetahuan

Kemungkinan pasien kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

MK :

- **Defisit Pengetahuan**
- **Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik**

k. Aspek Medik

Diagnosis medik yaitu Skizofrenia dengan pengobatan biasanya alprazolam, lorazepam, diazepam, klobazam.

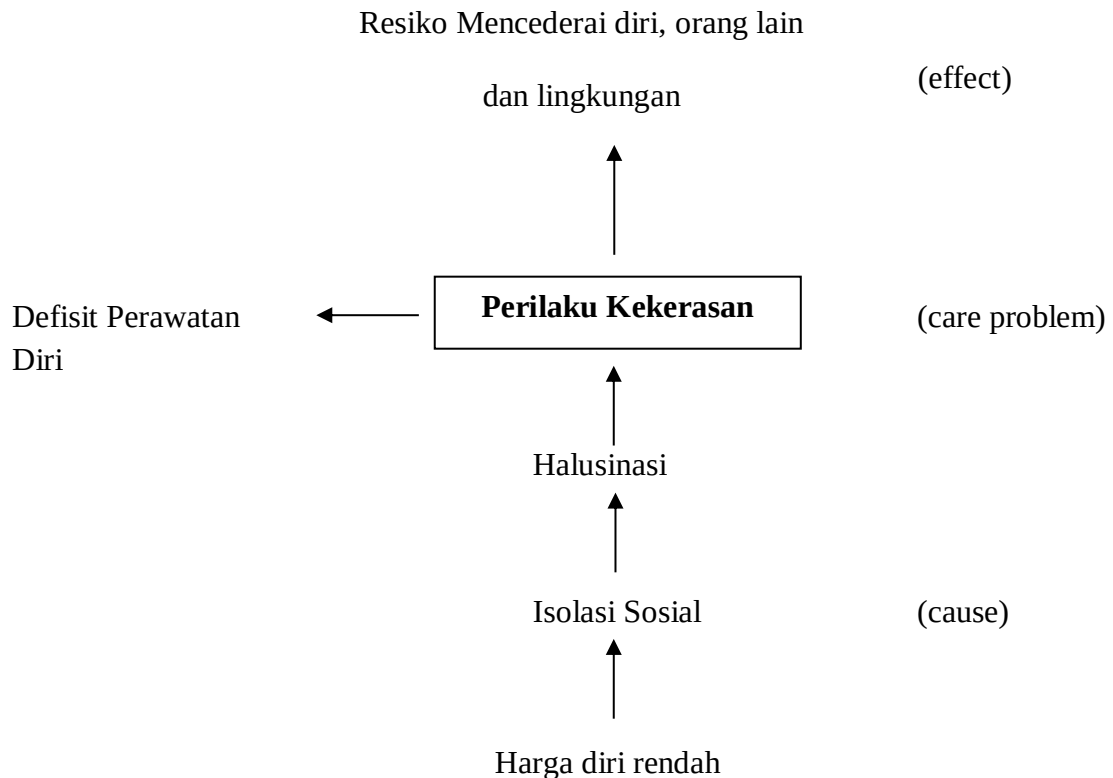
2. Daftar Masalah Keperawatan

Kemungkinan masalah keperawatan yang akan muncul adalah sebagai berikut :

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Ketidakefektifan coping keluarga
- c. Respon pasca trauma
- d. Resiko bunuh diri
- e. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
- f. Ketidakefektifan coping keluarga
- g. Harga diri rendah
- h. Gangguan identitas diri

- i. Gangguan citra tubuh
- j. Isolasi sosial
- k. Distress spiritual
- l. Hambatan interaksi sosial
- m. Hambatan komunikasi
- n. Distress spiritual
- o. Defisit perawatan diri
- p. Ansietas
- q. Gangguan persepsi halusinasi
- r. Gangguan proses pikir
- s. Gangguan pola tidur
- t. Perilaku kekerasan
- u. Defisit pengetahuan
- v. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik

3. Pohon Masala



Bagan 2.2 pohon masalah

Sumber : (Yusuf, 2015)

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik aktual maupun potensial dan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab.

Berdasarkan pohon masalah dari teori (Nursali, Damaiyanti, 2018) bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh halusinasi pendengaran, akan berakibat terjadi mencederai orang lain. Kemungkinan diagnosa yang akan muncul pada pasien perilaku kekerasan ini adalah sebagai berikut :

- a. Perilaku kekerasan
- b. Halusinasi
- c. Isolasi sosial
- d. Harga diri rendah
- e. Defisit perawatan diri

5. .Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Strategi Pelaksanaan (SP) Pasien Dengan Perilaku Kekerasan	Strategi Pelaksanaan (SP) Keluarga Dengan Perilaku Kekerasan
1.	Perilaku Kekerasan	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. - Perkenalkan diri. - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. - Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat. - Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi. - Tunjukkan sikap empati. - Penuhi kebutuhan dasar pasien. 2. Fase Kerja - Penyebab rasa marah yang menyebabkan PK. - Tanda dan gejala yang dirasakan. - Perilaku kekerasan yang dilakukan - Akibat dari PK. - Serta latih pasien cara mengontrol secara fisik :	SP 1 : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya PK 3. Jelaskan cara merawat PK 4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

		- Tarik nafas dalam, pukul kasur atau bantal. - Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.	
		SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian. 2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik berikan pujian. 2. Jelaskan 6 benar cara minum obat. 3. Latih cara memberikan / membimbing minum obat 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.
		SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat berikan pujian 2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (2 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien fisik dan memberikan obat. Berikan pujian 2. Latih cara membimbing: cara bicara yang baik 3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
		SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik & minum obat, verbal dan berikan pujian.	SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, memberikan obat,

		- Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan). - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.	latihan berbicara yang baik & kegiatan spiritual. Berikan pujian. - Jelaskan follow up ke RSJ, tanda kambuh, rujukan. - Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
2.	Halusinasi	SP 1 : - Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. - Perkenalkan diri. - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. - Membuat kontrak asuhan apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat. - Jelaskan perawat akan merasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi. - Tunjukkan sikap empati. - Penuhi kebutuhan dasar pasien. 2 Fase Kerja - Identifikasi halusnasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, dan respon. - Jelaskan cara mengontrol halusinasi	SP 1 : - Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien - Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi - Jelaskan cara merawat halusinasi - Latih cara merawat halusinasi : menghardik - Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

		: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan. - Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. - Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik	
		SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien menghardik, beri pujian 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3. Latih cara memberikan / membimbing minum obat 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
		SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & minum obat. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukan dalam jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan dalam merawat / melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi 3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

		SP 4: 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat & bercakap-cakap. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan harian.	SP 4: 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien menghardik, memberikan obat & bercakap-cakap. Beri pujian 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
3.	Isolasi Sosial	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. - Perkenalkan diri. - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. - Membuat kontrak asuhan apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat. - Jelaskan perawat akan merasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi. - Tunjukkan sikap empati. - Penuhi kebutuhan dasar pasien. 2. Fase Kerja - Identifikasi penyebab isolasi social : siapa yang	SP 1 : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya isolasi social 3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial 4. Latih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besok

		serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat dan apa sebabnya. - Keuntungan punya teman dan bercakap- cakap - Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap- cakap - Latihan cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan.	
		SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian. 2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian.	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian 2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat bersama) di rumah 3. Latih cara membimbing pasien dan member pujian 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besok.
		SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) & bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian. 2. Latih cara berbicara saat melakukan	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian

		kegiatan harian (2 kegiatan baru) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.	2. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan social seperti berbelanja, meminta sesuatu dll. 3. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besok. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besok
		SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian. Beri pujian. 2. Latih cara berbicara social: meminta sesuatu, menjawab pertanyaan 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan > 5 orang. Orang baru berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.	SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.
4	Harga diri rendah	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien - Perkenalkan diri - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini - Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu dan tempat - Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang	SP 1 : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian tanda dan gejala dan proses terjadinya harga diri rendah 3. Diskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit 4. Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal positif pada pasien

		akan diperoleh untuk kepentingan terapi - Tunjukkan sikap empati - Penuhi kebutuhan dasar pasien 2. Fase Kerja - Kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan) - Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) - Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih - Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara). - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan 2 kali sehari	5. Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan pertama yang dimiliki pasien: bimbing dan beri pujian 6. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal
		SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih 3. Latih kegiatan kedua (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: dua kegiatan masing-masing dua kali per hari	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan dilatih pasien . Beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
		SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-masing dua kali per hari	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih . Beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang dipilih 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian

		SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan pertama, kedua , dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih 3. Latih kegiatan keempat (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan: empat kegiatan masingmasing dua kali per hari	SP 4: 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua dan ketiga. Beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih 3. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian
5	Defisit Perawatan diri	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien - Perkenalkan diri - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini - Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu dan tempat - Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi - Tunjukkan sikap empati - Penuhi kebutuhan dasar pasien 2. Diskusikan 1. Identifikasi masalah perawatan diri : Kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri 4. Latih cara menjaga kebersihan diri: mandi dan	SP 1 1. diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya deficit perawatan diri. 3. Jelaskan cara merawat deficit perawatan diri 4. Latih dua merawat : kebersihan diri dan berdandan. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memeberikan pujian.

		anti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku 5. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi (2X1 hari), Cuci rambut (2x1 Minggu), Potong kuku (1x1 minggu)	
		SP 2 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan 3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : Sisiran, rias muka untuk perempuan ; Sisiran, cukuran untuk pria 4. Masukan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan	SP 2 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, beri pujian 2. Latih 2 (yang lain) cara merawat : makan & minum, BAB & BAK 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.
		SP 3 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan, beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat makan/minum. 3. Latih cara makan dan minum yang baik. 4. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan dan makan/minum yang baik.	SP 3 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri dan berdandan, beri pujian 2. Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan, makan/minum pasien 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.
		SP 4 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan/minum, beri pujian 2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik 3. Latih BAB/BAK yang baik 4. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK	SP 4 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan/minum, beri pujian 2. Bimbing keluarga merawat BAB/BAK pasien

			3. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
--	--	--	---

6. Implementasi Keperawatan

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.

Tindakan keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan terdiri dari : SP 1 (pasien) : membantu klien mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal atau kasur. SP 2 (pasien) : membantu klien dalam meminum obat secara teratur. SP 3 (pasien) : Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta dengan baik. SP 4 (pasien) : baik membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa.

7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat:

- a. Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan.
- b. Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal:
 - 1) Secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
 - 2) Secara sosial/verbal: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik
 - 3) Secara spiritual
 - 4) Terapi psikofarmaka
- c. Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan (Nurhalimah, 2016)

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

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

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah di laksanakan.

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

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

Jika intervensi tidak berhasil maka dilanjutkan dengan evaluasi SOAPIER :

I : Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakuakn sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan).

E : Evaluasi adalah respond klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

R : Reassesment adalah pengkajian ulang yang dilaukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi.