

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

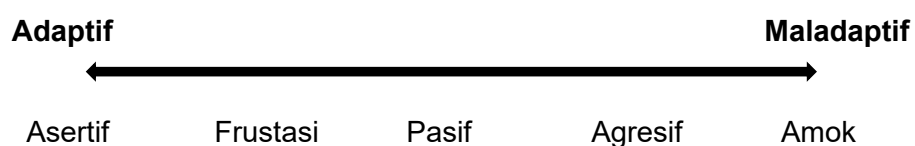
1. Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan sebuah tindakan yang berpotensi membahayakan baik orang lain maupun diri sendiri secara fisik, emosi dan atau seksual (PPNI, 2016). Hal ini berbeda dengan keadaan atau kondisi perilaku kekerasan, dimana perilaku kekerasan merupakan sebuah emosi marah yang dirasakan oleh seseorang dan ditunjukkan secara berlebihan dan tidak terkendali baik itu secara lisan atau bahkan mencederai orang lain atau merusak sekitarnya.

Sebagian dari pasien yang dimasukkan ke rumah sakit jiwa akibat dari perilaku kekerasan selama di lingkungan rumah maupun masyarakat. Perilaku kekerasan yang dilakukan pada diri sendiri dapat berupa perilaku bunuh diri atau melakukan penelantaran diri, sedangkan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain yang merupakan resiko tindakan kekerasan yang dilakukan kepada orang lain untuk tujuan menyakiti seperti memukul orang lain, merusak benda dirumah atau bahkan membunuh (Pongdatu et al., 2023).

2. Rentang Respon Perilaku

Pengertian marah menurut (Stuart Laraia, 2005) yaitu sebuah emosi kesal yang muncul sebagai respon terhadap ansietas (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dialami oleh seseorang sebagai ancaman. Perilaku kekerasan termasuk dari bagian rentang respon marah yang paling maladaptif yakni amuk. Menurut (Yosep, 2009) kondisi amuk ini berupa perasaan marah dan bermusuhan yang sangat kuat, dapat berupa perilaku yang destruktif yang tidak dapat dikontrol oleh orang tersebut karena kehilangan kontrol atas emosinya.



Gambar 2.1 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan

Keterangan :

a. Adaptif

- 1) Asertif : amarah yang diekspresikan tanpa menyakiti orang lain
- 2) Frustasi : ketidakberhasilan dalam menggapai keinginan

b. Maladaptif

- 1) Pasif : tanggapan konstan mengenai ketidakmampuan untuk mengungkapkan perasaan
 - 2) Agresif : perilaku yang merusak tetapi masih dapat dikendalikan
 - 3) Amok : vandalisme yang tidak terkendali
- (Pongdatu et al., 2023)

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang melatarbelakangi munculnya sebuah masalah. Masalah perilaku kekerasan disebabkan oleh banyak faktor yang menjadi latar belakang sehingga seseorang melakukan perbuatan yang diluar kontrol. Menurut Stuart (2013) dalam (Pongdatu et al., 2023) perilaku kekerasan dilatarbelakangi oleh:

1. Faktor Biologi

a) Teori Dorongan Naluri

Menurut teori ini tindakan agresif didahului karena keinginan atas sebuah kebutuhan manusia yang sangat kuat

b) Teori Psikomatik

Perilaku kekerasan merupakan hasil respon psikologis akibat dari stimulus yang berasal dari internal dan eksternal individu.

Sistem limbik mempunyai peran sebagai pusat untuk mengatur sistem informasi dan memori, mengekspresikan dan menghambat perasaan marah.

2. Faktor psikologis

a. Teori Agresif Frustasi

Perasaan frustasi yang bertumpuk dan terakumulasi akan dapat mendorong seseorang untuk bertindak agresif dan muncul sebagai sebuah perilaku kekerasan. Frustasi timbul karena tidak

tercapainya sebuah keinginan ataupun cita-cita. Perilaku kekerasan yang dilakukan akan menurunkan rasa frustrasi yang ada

b. Teori Perilaku

Menurut teori belajar sosial, perilaku kekerasan dapat dihasilkan dari proses belajar terhadap kekerasan yang sering didapatkan saat di rumah maupun di luar rumah. Sumber internal berasal dari reinforcement yang didapatkan ketika melakukan kekerasan, sedangkan sumber eksternal berasal dari melihat, mengobservasi orang lain yang menjadi panutan (japat dari orangtua, teman, guru, artis dan lain-lain) yang berhubungan dengan perilaku kekerasan. (Sebastian & Debnath, 2020).

c. Teori Eksistensia

Teori ini berfokus pada manusia terkait keberadaannya untuk dapat memberikan manfaat dan mengenal diri sendiri. Perilaku destruktif akan muncul ketika seseorang tidak mampu memenuhi eksistensinya secara konstruktif.

3. Faktor Sosial Kultural

Faktor sosial yang mampu memunculkan perilaku kekerasan diantaranya yaitu kebutuhan hidup yang tidak mampu dipenuhi oleh seseorang, status perkawinan yang mengalami masalah, faktor orang tua tunggal dalam sebuah keluarga, tidak adanya pekerjaan/penghasilan, serta hubungan interpersonal dan struktur keluarga yang tidak baik. Sedangkan faktor kultural dapat tergambar sebagai berikut :

1) Norma

Norma yang berlaku di masyarakat kadang bersifat mengikat sehingga dapat menekan ekspresi marah yang baik pada seseorang. Ketika hal ini terjadi, maka seseorang akan berusaha untuk memilih cara maladaptif yang lain.

2) Budaya Asertif

Individu dapat memiliki respon marah yang sehat ketika berada dalam masyarakat yang memiliki budaya yang asertif, yaitu sikap mampu melakukan komunikasi yang jujur dan sekaligus tegas, tetapi juga dapat menghargai dan menjaga perasaan orang lain,

ketika berpendapat dilakukan tanpa menyerang dan merendahkan orang lain.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat juga disebut sebagai faktor yang memicu terjadinya masalah. Faktor presipitasi adanya perilaku kekerasan dapat berasal dari dalam dan luar individu.

1. Faktor internal diantaranya yakni adanya kelemahan pada diri individu, rasa percaya diri yang menurun, adanya ketakutan terhadap penyakit fisik yang mungkin akan dialami, serta kehilangan kontrol atas perilakunya.
2. Faktor eksternal dapat berasal dari adanya kehilangan orang yang dicintai, kehilangan sesuatu yang dimiliki, terdapatnya serangan fisik dari orang lain, serta kritik yang disampaikan oleh orang lain terhadap dirinya.

4. Manifestasi Klinis

Tanda gejala dapat dilihat dari beberapa aspek seperti emosi, intelektual, fisik, spiritual maupun sosialnya.

- 1) Emosi berupa perasaan yang merasa tidak adekuat, tidak aman, adanya perasaan terganggu, adanya perasaan dendam, jengkel
- 2) Intelektual terlihat dari sikap mendominasi, banyak berbicara, menggunakan kata yang kasar untuk menyindir, suka berdebat, meremehkan orang lain
- 3) Fisik dapat diketahui dari muka kemerahan, mata memandang dengan tajam, napas yang pendek, keringat lebih, sakit secara fisik, penggunaan obat terlarang tekanan darah lebih tinggi
- 4) Spiritual dapat muncul sebagai perasaan mempunyai kuasa, merasa benar diri, adanya keraguan, moral yang tidak baik, bejat
- 5) Sosial yaitu adanya perilaku menghindari lingkungan sekitar, pengasingan, menolak, melakukan kekerasan, mengejek

Sumber data dapat diperoleh dari ungkapan pasien yang dikuatkan dengan perilaku yang didapat dari observasi oleh perawat. Berdasarkan sumber datanya, tanda gejala dapat dijelaskan sebagai berikut

a) Data subjektif

- a. Melakukan ancaman kepada orang lain
 - b. Mengeluarkan kata kasar kepada orang lain
 - c. Suara lebih tinggi /keras
 - d. Bicara ketus
- b) Data objektif
- a. Wajah menjadi lebih merah dan terlihat tegang
 - b. Mata memandang dengan tajam
 - c. Rahang dikatupkan dengan kuat
 - d. Tangan mengepal
 - e. Melakukan perusakan barang dengan melempar dan lain- lain
 - f. Mencederai diri sendiri atau orang lain
 - g. Melakukan perusakan lingkungan sekitar
- (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017).

5. Proses Terjadinya Masalah

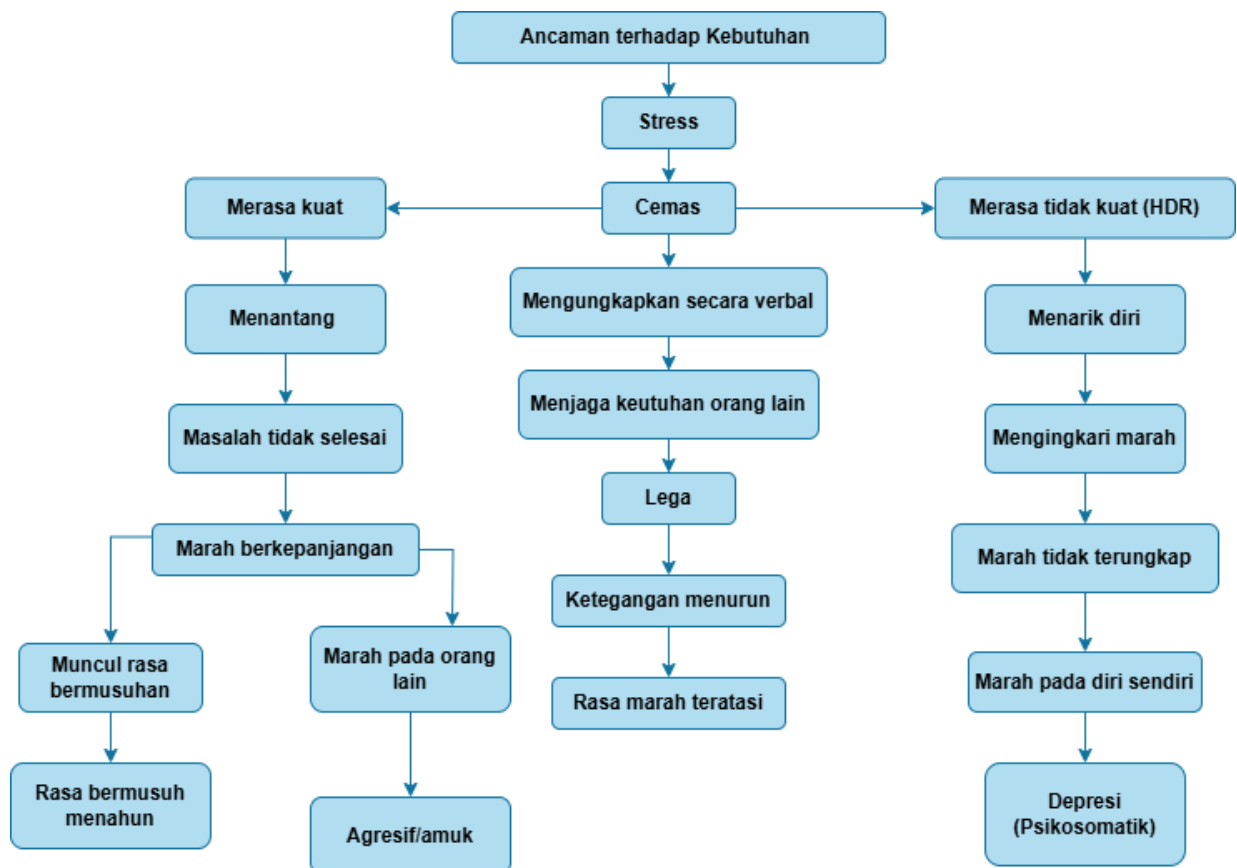
Perilaku marah terjadi berawal dari adanya sebuah ancaman atau kebutuhan yang tidak terpenuhi pada diri seseorang, yang hal itu akan memunculkan emosi stres dan kecemasan. Kecemasan yang ada dapat menyebabkan timbulnya kemarahan. Pada seseorang yang merasa mempunyai kekuatan dan posisi, marah akan muncul sebagai sikap menantang, dan ketika masalah yang ada tidak selesai menjadi sehingga menjadi masalah berkepanjangan membuat muncul rasa bermusuhan. Pada seseorang dengan posisi yang merasa tidak kuat, tidak mempunyai kekuatan untuk menantang orang lain, akan membuat dia menghindari ataupun mengingkari marah menjadikan marah yang tidak terungkap/ tersampaikan.

Bentuk dari sebuah kemarahan baik yang diingkari maupun marah berkepanjangan akan membentuk emosi rasa bermusuhan yang menahun jika tidak diselesaikan dengan baik, sehingga suatu saat akan meledak dan muncul dapat sebagai depresi akibat marah pada diri sendiri maupun agresif mengamuk jika dilampiaskan kepada orang lain (Pongdatu et al., 2023).

Afnuhazi (2015), perilaku kekerasan dapat terjadi apabila seseorang mempunyai harapan tinggi yang tidak terpenuhi, sehingga mengakibatkan harga diri rendah. Klien yang sudah mengalami kendala konsep harga diri

rendah merasa marah serta jengkel terhadap dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar yang menimbulkan klien berperilaku secara tidak konstruktif, semacam memukul dirinya sendiri, membanting-banting benda apapun ataupun mencederai orang lain, sehingga klien memiliki sikap yang menyimpang yakni perilaku kekerasan.

6. Pathway



Gambar 2.2 Pathway Resiko Perilaku Kekerasan

7. Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan upaya seseorang dalam rangka merespon, menyelesaikan stres yang dihadapi. Seorang perawat perlu memberikan edukasi tentang mekanisme koping yang bisa diambil pasien dalam menghadapi stres sehingga mampu mengekspresikan marah yang asertif. Mekanisme koping yang sering digunakan dalam menghadapi emosi

marah yaitu mekanisme pertahanan ego yaitu displacement, sublimasi, proyeksi, represi dan reaksi formasi (Sutejo, 2019).

Penjelasan dari mekanisme koping sebagaimana berikut ini : (Maryam, 2017).

- a) *Displacement* disebut juga dengan pemindahan, merupakan upaya seseorang dalam mengalihkan emosi negatifnya kepada orang lain yang dianggap tidak mengancam dirinya
- b) Sublimasi dilakukan ketika seseorang menyalurkan emosi negatifnya kepada benda atau aktivitas yang bermanfaat dan dapat diterima orang lain. Sublimasi menjadi hal yang positif karena tidak mengganggu orang lain dan menunjukkan kedewasaan seseorang.
- c) Proyeksi dilakukan seseorang dengan menyalahkan orang lain tentang kesulitannya sendiri, berusaha menjadikan orang lain sebagai sumber kesalahan atas keinginannya yang tidak baik
- d) Represi yaitu melupakan sesuatu hal yang tidak menyenangkan dan hanya mengingat situasi yang dianggap menyenangkan dari ingatannya.
- e) Reaksi formasi merupakan tingkah laku yang diambil berkebalikan dengan emosi negatif yang dirasakan.

Pada tingkatan yang wajar, marah tidak dapat dikatakan sebagai sesuatu hal yang negatif. Hal ini menjadi bersifat negatif ketika dilakukan secara berlebihan, dengan intensitas yang tinggi sehingga menjadi hal yang merusak dan berbahaya bagi diri maupun orang lain. Emosi marah sudah ada sejak dilahirkan berkaitan dengan kondisi yang menyebabkan frustrasi dan kekerasan.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan perilaku kekerasan bisa juga dengan melakukan terapi restrain. Restrain adalah aplikasi langsung kekuatan fisik pada individu, tanpa injin individu tersebut, untuk mengatasi kebebasan gerak, terapi ini melibatkan penggunaan alat mekanis atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien. Terapi restrain dapat diindikasikan untuk melindungi pasien atau orang lain dari cedera pada saat pasien lagi marah ataupun amuk (Malfasari, 2020).

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat di berikan seperti obat antipsikotik adalah Chlorpoazine (CPZ), Risperidon (RSP) Haloperidol (HLP), Clozapin dan Trifluoerazine (TFP). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik : nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok (Estika, 2021).

a. Terapi Medis

Psikomarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian kepatutan minum obat adalah mengonsumsi obat yang diresepkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita memenuhi aturan dalam penggunaan obat (Pardede, Keliat, & Yulia, 2015) dan menurut Dermawan & Rusdi (2013) penatalaksanaan medis pada resiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

- 1) Haloperidol : untuk mengendalikan sikap mengganggu diri
- 2) Trihexifenidil : untuk mengendalikan sikap mengganggu diri serta menenangkan dengan dicoba *Electro Conclusive Therapy* (ETC).

b. Tindakan Keperawatan

Mengajarkan stimulasi persepsi perilaku kekerasan berdasarkan standar pelaksanaan untuk mengenal penyebab perilaku kekerasan dengan latihan fisik :

Dengan menerapkan strategi SP 1- 4 pada klien :

- a. SP 1 : Latihan mengontrol emosi menggunakan cara fisik 1 relaksasi nafas dalam dan Latihan mengontrol emosi menggunakan cara fisik 2 yaitu memukul bantal dan kasur
 - b. SP 2 : Mengekspresikan marah secara verbal yaitu bertutur kata secara baik-baik
 - c. SP 3 : Latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual
 - d. SP 4 : Minum obat secara teratur
- (Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

Melakukan SP pada keluarga :

- 1) Bagikan pemecahan terhadap problem yang dialami keluarga dalam menjaga klien
 - 2) Melaksanakan pembelajaran kesehatan pada keluarga meliputi :
penafsiran sikap kekerasan, pemicu PK yang dialami oleh penderita, ciri serta indikasi PK serta proses terbentuknya sikap kekerasan.
 - 3) Bagikan peluang pada keluarga untuk memperagakan
 - 4) Buat perencanaan kembali dengan keluarga
- (Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

B. Konsep Relaksasi Otot Progresif

1. Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi progresif merupakan kombinasi latihan pernafasan yang terkontrol dengan angkaian kontraksi serta relaksasi otot (Potter & Perry, 2015). Teknik relaksasi progresif merupakan teknik relaksasi terhadap otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan, bahkan sugesti. Teknik relaksasi ini dilakukan dengan memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi ketegangan otot kemudian menurunkan ketegangan otot tersebut dengan melakukan beberapa tindakan relaksasi untuk mendapatkan perasaan rileks.

Teknik relaksasi otot progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasikan otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Wijaya & Nurhidayati, 2020)

2. Tujuan Terapi Relaksasi Otot

Tujuan Terapi Relaksasi otot progresif menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011) adalah menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah, frekuensi jantung, laju metabolik.

- a) Mengurangi distritmia jantung, dan kebutuhan oksigen.
- b) Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian relaks.
- c) Meningkatkan rasa kebugaran konsentrasi.

- d) Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress.
- e) Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, dan fobia ringan.
- f) Membangun emosi positif dari emosi negatif.

Sedangkan menurut Saleh (2023) tujuan terapi relaksasi progresif adalah sebagai berikut:

- 1) Dapat meringankan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher atau punggung, menurunkan tekanan darah tinggi, memperlancar frekuensi jantung, serta meringankan laju metabolisme.
- 2) Mengurangi disritmia (kelainan denyut jantung) serta kebutuhan oksigen.
- 3) Meningkatkan gelombang *Alpha* yang berada di otak ketika seseorang dalam keadaan sadar tetapi tidak memfokuskan perhatiannya secara rileks.
- 4) Menambah kebugaran serta konsentrasi seseorang.
- 5) Memperbaiki sistem kemampuan untuk menangani stres.
- 6) Mampu mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, dan gagap ringan.
- 7) Mampu memperbaiki emosi negatif menjadi emosi positif.

Teknik relaksasi progresif dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan karena dapat menekan saraf simpatis sehingga mengurangi rasa tegang yang dialami oleh individu secara timbal balik, sehingga timbul *counter conditioning* (penghilangan). Relaksasi diciptakan setelah mempelajari sistem kerja saraf manusia, yang terdiri dari sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom. Sistem saraf otonom ini terdiri dari dua subsistem yaitu sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis yang kerjanya saling berlawanan. Sistem saraf simpatis lebih banyak aktif ketika tubuh membutuhkan energi misalnya pada saat terkejut, takut, cemas atau berada dalam keadaan tegang.

Pada jantung, kadar gula dan ketegangan menyebabkan serabut-serabut otot kontraksi, mengecil dan menciut. Sebaliknya, relaksasi otot berjalan bersamaan dengan respon otonom dari saraf parasimpatis. Sistem saraf parasimpatis mengontrol aktivitas yang berlangsung selama penenangan tubuh, misalnya penurunan denyut jantung setelah fase

ketegangan dan menaikkan aliran darah ke sistem gastrointestinal sehingga kecemasan akan berkurang dengan dilakukannya relaksasi progresif (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Sedangkan menurut Potter & Perry (2015) relaksasi otot progresif bertujuan untuk menurunkan kerja sistem saraf simpatis melalui peningkatan kerja saraf parasimpatis yaitu dengan cara menggerakkan otot-otot yang terletak di beberapa bagian tubuh. Beberapa perubahan fisiologis tubuh yang akan terjadi setelah melakukan relaksasi adalah menurunnya tekanan darah, frekuensi jantung, dan pernapasan serta mengurangi ketegangan otot. Selain itu relaksasi juga akan memusatkan pikiran, membuat fokus, meningkatkan konsentrasi, dan memperbaiki kemampuan untuk mengatasi sumber kecemasan.

3. Indikasi Dan Kontraindikasi

Indikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif menurut Saleh (2023) adalah sebagai berikut:

- a) Pasien yang mengalami gangguan tidur
- b) Pasien yang sering mengalami stress
- c) Pasien yang mengalami kecemasan
- d) Pasien yang mengalami depresi

Kontraindikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif Saleh (2023) adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien yang mengalami keterbatasan gerak, misalnya tidak bias menggerakkan badannya
- 2) Pasien yang menjalani perawatan tirah baring

- 3) Manfaat Terapi Relaksasi Progresif
(Saleh, 2023)

4. Manfaat Terapi Relaksasi Progresif

Manfaat melakukan terapi relaksasi progresif menurut Saleh (2023) adalah sebagai berikut:

- a) Relaksasi progresif bisa meredakan salah satu ancaman yang dapat membahayakan seseorang. Stres dan depresi dapat menyebabkan munculnya berbagai penyakit. Manfaat yang sering banyak orang

rasakan setelah melakukan terapi relaksasi progresif adalah dapat menurunkan tingkat stres dan juga depresi.

- b) Relaksasi progresif dapat meredakan kecemasan yang berlebihan dan fobia. Bukan hanya meredakan stres dan depresi, relaksasi progresif juga sangat baik untuk menurunkan tingkat kecemasan dan fobia seseorang. Bahkan ketika terapi ini dilakukan secara terus menerus dalam jangka tertentu, kecemasan dan fobia seseorang akan sembuh secara total.
- c) Relaksasi progresif sangat baik untuk penderita hipertensi. Beberapa penelitian membuktikan bahwa terapi ini mampu mengatasi gangguan yang dialami oleh penderita hipertensi. Bagi para penderita hipertensi yang belum mengetahui cara yang tepat untuk menyembuhkan penyakitnya, maka relaksasi progresif merupakan pilihan tepat untuk membantu menurunkan tekanan darah.
- d) Relaksasi progresif dapat meredakan gangguan psikomatis. Psikomatis merupakan salah satu gangguan kesehatan yang muncul akibat adanya suatu tekanan atau gejala psikologis. Gejala dari psikomatis adalah demam, mimisan, sakit perut, diabetes, dan juga kanker. Untuk itu, gejala psikomatis harus segera disadari untuk kemudian diatasi, salah satunya dengan menggunakan terapi relaksasi.
- e) Relaksasi progresif sangat baik untuk kesehatan otot tubuh agar tidak menjadi kaku. Terapi ini sangat baik untuk menjaga kesehatan serta kesehatan otot, karena teknik yang digunakan dalam terapi ini membutuhkan kinerja otot serta memberikan aktivitas bagi otot.
- f) Relaksasi progresif dapat mencegah atau menyembuhkan kram dan kesemutan. Salah satu penyebab terjadinya kram dan kesemutan adalah keberadaan lelah dan tidak dapat bekerja secara optimal. Untuk itu, relaksasi otot sangat ampuh mencegah dan menyembuhkan kram serta kesemutan.
- g) Relaksasi progresif dapat melenturkan otot serta persendian. Otot yang jarang digunakan dan terlalu sering digunakan akan berdampak sakit pada otot. Relaksasi progresif ini bermanfaat untuk melenturkan otot dan persendian.

- h) Relaksasi progresif mampu mencegah insomnia serta gangguan tidur. Teknik yang dilakukan dalam relaksasi dapat membuat tubuh terasa rileks dan lebih santai, sehingga akan mencegah insomnia.
- i) Relaksasi progresif mampu menghilangkan pegal dan sakit pada leher. Salah satu gerakan yang dilakukan dalam terapi ini adalah gerakan pelatihan padan bagian leher. Gerakan tersebut sangat baik bagi kita yang sering mengalami keluhan sakit pada bagian leher.

5. Prosedur Relaksasi Otot Progresif

Langkah langkah terapi relaksasi otot progresif menurut Saleh (2023) adalah sebagai berikut:

a) Persiapan

Persiapan yang perlu dipersiapkan adalah kursi, bantal, dan lingkungan yang tenang serta sunyi. Hal - hal yang harus dilakukan pada tahap persiapan adalah sebagai berikut :

- 1) Mengisi lembar persetujuan terhadap pasien untuk melakukan terapi relaksasi progresif disertai dengan menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur – prosedur yang akan dilalui nanti.
- 2) Memposisikan pasien pada tempat yang telah disediakan jika posisi berbaring maka pasien berbaring dan tepat berada di bawah kepala dan lutut diberi alas bantal tipis. Jika posisi duduk maka pasien dipersilahkan duduk dengan kepala ditopang lalu memejamkan mata. Relaksasi ini tidak dianjurkan dilakukan dalam posisi berdiri.
- 3) Menginstruksikan pasien agar melepaskan segala asesoris yang menempel pada tubuhnya seperti kacamata, jam, sepatu dan lain - lainnya.
- 4) Pastikan jika pasien memakai dasi maupun ikat pinggang dalam keadaan longgar atau tidak ketat.

b) Pelaksanaan

1) Gerakan pertama

Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot tangan. Teknik gerakannya adalah sebagai berikut:

Tangan kiri dalam keadaan menggenggam sekuat mungkin (membentuk sebuah kepalan) dan rasakan ketegangan yang terjadi.

- (1) Beberapa saat kemudian, kepala dilepaskan dan pasien dipandu untuk merasakan rileks selama kurang lebih 10 detik
- (2) Lakukan gerakan serupa sampai 2 atau 3 kali begitu juga dengan tangan kanan, setelah tangan kiri selesai melakukan gerakan tersebut lalu pindah ke tangan kanan dan lakukan hal serupa.
- 2) Gerakan kedua
Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot tangan bagian belakang. Tekuk pergelangan tangan ke arah belakang sehingga otot tangan mengalami ketegangan. Jari-jari menghadap keatas (langit – langit).
- 3) Gerakan ketiga
Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot bisep (otot besar pada bagian atas pangkal lengan). Gerakan yang dilakukan adalah dengan mengepalkan kedua tangan sekuat mungkin kemudian kepala tangan tersebut diletakkan di atas pundak (tangan kiri diletakkan di pundak kiri begitu juga tangan kanan).
- 4) Gerakan keempat
Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot bahu supaya mengendur. Gerakan yang dimaksud adalah dengan mengangkat kedua bahu setinggi mungkin, seakan - akan hingga menyentuh kedua telinga.
- 5) Gerakan kelima dan keenam
Gerakan ini bertujuan untuk melemaskan otot - bagian wajah (seperti otot dahi, mata, rahang serta mulut). Gerakannya adalah sebagai berikut:
 - a) Gerakan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi serta alis hingga kulit sekitar dahi dan alis terasa keriput
 - b) Lakukan hal diatas dengan keadaan mata tertutup
- 6) Gerakan ketujuh
Gerakan ini bertujuan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Gerakan yang dilakukan adalah dengan menggigit gigi sendiri secara kuat - kuat sehingga terjadi ketegangan otot disekitar otot rahang
- 7) Gerakan kedelapan

Gerakan ini bertujuan untuk mengendurkan otot - otot disekitar mulut. Gerakan ini dilakukan dengan cara memonyongkan mulut sekuat tenaga sehingga otot disekitar mulut merasakan ketegangan.

8) Gerakan kesembilan

Gerakan ini bertujuan, rilekskan otot leher bagian depan juga kebelakang. Gerakannya adalah sebagai berikut:

- a) Gerakkan kepala ke depan sekuat mungkin diimbangi gerakan ke belakang
- b) Setelah dirasa cukup, istirahatkan kepala dengan cara meletakkannya di sandaran
- c) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sekuat tenaga sehingga otot bagian dalam serta otot punggung mengalami ketegangan

9) Gerakan kesepuluh

Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot leher bagian depan. Gerakan ini cukup mudah dilakukan. Cukup dengan menurunkan kepala ke arah depan atau membenamkan dagu ke arah dada sehingga otot leher bagian depan dalam posisi tegang

10) Gerakan kesebelas

Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot punggung, gerakan yang dilakukan adalah sebagai berikut.

- a) Angkat tubuh dari sandaran kursi
- b) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama sepuluh detik dan lepaskan
- c) Letakkan kembali tubuh pada sandaran kursi sambil merasakan otot-otot yang lemas.

11) Gerakan keduabelas

Gerakan ini bertujuan untuk melemaskan otot dada. Gerakan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Tarik nafas panjang bertujuan untuk mengisi paru - paru dengan udara sebanyak mungkin
- b) Tahan pernafasan selama beberapa saat sampai otot bagian dada dan perut mengalami ketegangan dan kemudian dilepaskan

- c) Setelah melepas pernafasan maka bernafaslah secara normal dengan lega
 - d) Ulangi hal serupa sampai beberapa kali sehingga dapat merasakan anatara kondisi tegang dan rileks
- 12) Gerakan ketiga belas
- Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot perut. Gerakan yang dilakukan adalah sebagai berikut:
- a) Tarik perut ke arah dalam secara kuat kuat
 - b) Tahan posisi tersebut sampai perut merasakan kencang dan keras selama kurangmlebih 10 detik lalu bebaskan
 - c) Ulangi gerakan serupa sampai beberapa kali
- 13) Gerakan keempat belas
- Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot kaki. Gerakan yang dilakukan adalah sebagai berikut:
- a) Luruskan kaki ke depan hingga otot paha terasa tegang
 - b) Lanjutkan dengan mengunci lutut hingga ketegangan berpindah ke otot betis
 - c) Pertahankan posisi tegang selama sepuluh detik lalu lepaskan
- Lakukan gerakan di atas masing - masing sebanyak 2 kali.

C. Asuhan Keperawatan Teori

1. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar keperawatan. Langkah pengkajian terdiri dari mengumpulkan informasi dan merumuskan kebutuhan atau masalah klien. Data dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Elvita, 2018).

Pengkajian klien didapatkan setelah dilakukan pemeriksaan fisik dan untuk mewawancarai. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara inspeksitauskultasi, perkusi dan palpasi. Saat menilai kesehatan mental melalui wawancara, perhatian harus diberikan.

Pada respons verbal dan nonverbal klien. Reaksi ini dapat berupa gambaran, tanda dan gejala perilaku dan emosional klien. Tanda adalah pengamatan objektif yang dapat diamati (misalnya efek terbatas). Gejala adalah pengalaman subyektif yang dijelaskan oleh klien (kesedihan dan

kelelahan ringan). Oleh karena itu, keterampilan kesehatan dalam wawancara klien berperan penting dalam mencapai kelengkapan dan validitas asesmen (Wuryaningsih, E.W., *et al.*, 2018).

a. Identitas pasien

Melakukan pengenalan dan kontrak dengan pasien tentang nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan, tanyakan dan catat usia pasien dan No. RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

b. Alasan masuk

Apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, apakah sudah tahu penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

c. Riwayat penyakit sekarang dan factor presipitasi

Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa. Faktor yang memperberat kejadian seperti putus obat

d. Factor presipitasi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan Tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan

e. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien

f. Pengkajian psikososial

1) Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh

2) Konsep diri

- a) Gambaran diri. Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.
- b) Identitas diri. Status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki laki dan Perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya
- c) Fungsi peran. Tugas atau peran pasien dalam keluarga/pekerjaan/ kelompok Masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadisaat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.
- d) Ideal diri. Harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika keamanan jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.
- e) Harga diri. Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri tidak sesuai dengan harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan/penghargaan orang lain.

3) Hubungan sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, tanyakan Upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam Masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

4) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

5) Status mental

a. Penampilan.

Melihat penampilan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapih, penggunaan pakaian tidak sesuai,

cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan pasien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/berpakaian terhadap status psikologis pasien

b. Pembicaraan

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

c. Aktivitas motorik

a) Lesu, tegang, gelisah

b) Agitasi : Gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan

c) Tik : Gerakan Gerakan kecil otot muka yang tidak terkontrol

d) Grimasem : Gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak terkontrol pasien

e) Tremor : jari jari yang bergetar Ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari

d. Afek dan emosi

Kaji afek pasien yang meliputi :

a) Adekuat : perubahan roman roman muka sesuai dengan stimulus eksternal

b) Datar : tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan

c) Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat

d) Labil : emosi pasien cepat berubah-ubah

e) Tidak sesuai : emosi bertentangan atau berlawanan dengan stimulus

f) Emosi. Pada status emosi pasien perlu dikaji apa pasien merasakan kesepian, apatis, merah, anhedonia, eforia, depresi/sedih dan cemas

e. Interaksi selama wawancara

a) Kooperatif : berespon dengan baik terhadap pewawancara

b) Tidak kooperatif : tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan mudah tersinggung

- c) Bermusuhan : kata-kata tau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah
- d) Kontak kurang : tidak mau menatap lawan bicara
- e) Curiga : menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain
- f. Persepsi sensori
 - a) Halusinasi : ditanyakan apakah pasien mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi diantaranya : pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman
 - b) Ilusi : perlu ditanyakan apakah pasien mengalami depersonalisasi
 - c) Derealisasi : perlu ditanyakan apakah pasien mengalami derealisasi
- g. Proses pikir
 - a) Bentuk pikir
 - (1) Osistik : hidup dalam dunianya sendiri dan cenderung tidak memperdulikan lingkungan sekitarnya
 - (2) Dereistik : proses mental tidak diikuti dengan kenyataan, logika atau pengalaman
 - (3) Non realistik : pikiran yang tidak didasarkan pada kenyataan
 - b) Arus pikir
 - (1) Sirkumtansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan
 - (2) Tangensial : pembicaraan yang berbelit belit tapi tidak sampai pada tujuan
 - (3) Kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya
 - (4) *Flight of ideas* : pembicaraan yang melocat dari satu topik ke topik yang lainnya
 - (5) *Blocking* : pembicaraan terhenti tiba tiba tanpa gangguan luar kemudian dilanjutkan Kembali
 - (6) Perseferasi : kata kata yang diulang berkali kali
 - (7) Perbigerasi : kaliman yang diulang berkali-kali

c) Isi pikir

- (1) Obsesi : pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya
- (2) Phobia : ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek/situasi tertentu
- (3) Hipokondria : kenyataan terhadap adanya gangguan organ tubuh yang lain
- (4) Depersonalisasi : perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- (5) Ide yang terkait : keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna yang terkait pada dirinya
- (6) Pikiran magis : keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil atau diluar kemampuannya

6) Kebutuhan klien pulang

1. Makan

Klien kurang mampu makan, cara klien yang terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2. Berpakaian

Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan

3. Mandi

Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi yang benar, tidak tau gosok gigi, mencuci rambut, memotong kuku, tubuh klien tampak kusan dan badan klien mengeluarkan aroma bau.

4. BAB/ BAK

Klien BAB/ BAK tidak pada tempatnya atau tidak dilakukan secara benar.

5. Istirahat

Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur

6. Penggunaan obat

Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.

7. Aktivitas di rumah

Klien tidak mampu melakukan semua aktivitas di dalam rumah karena klien selalu merasa malas

7) Mekanisme koping menurut Dayanti (2018) yaitu:

1. Adaptif

Klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, klien tidak mampu berolahraga karena klien sama sekali menghindari orang lain.

2. Maladaptif

Klien bereaksi sangat lambat, namun kadang berlebihan, klien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

3. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

4. Pengetahuan

Klien defisit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil Keputusan.

5. Sumber koping

Sumber koping merupakan evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang terdapat di lingkungannya. Sumber koping ini dijadikan modal untuk menyelesaikan masalah (Maryam, 2018).

2. Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon Masalah

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Berikut diagnosis yang muncul pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan :

1. Resiko Perilaku Kekerasan Berhubungan Dengan Halusinasi Pendengaran (D.0146)
2. Gangguan Persepsi Sensori Berhubungan Dengan Halusinasi Pendengaran (D.0085)
3. Isolasi Sosial Berhubungan Dengan Menarik Diri (D.0121)
4. Gangguan Konsep Diri Berhubungan Dengan Harga Diri Rendah (D.0086)

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Resiko Perilaku Kekerasan	Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan maka kontrol diri meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5) 2. Verbalisasi umpatan menurun (5) 3. Suara keras menurun 4. Perilaku meyerang menurun (5) 5. Perilaku mencederai diri sendiri/orang lain menurun (5) 6. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5) 7. Perilaku amuk/agresif menurun (5) 8. Bicara ketus menurun (5) Keterangan : 1 = Menurun 2 = Cukup Menurun 3 = Sedang 4 = Cukup Meningkat	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan 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 (mis: relaksasi, bercerita). Promosi Koping (I.09312) Observasi 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit

		5 = Meningkat	5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial Terapeutik 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri 5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu 6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan 8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan 9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis 10. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan 11. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan 12. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
--	--	---------------	--

			14. Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan) 15. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama 16. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat 17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam Edukasi 1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama 2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 4. Anjurkan keluarga terlibat 5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik 6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif 7. Latih penggunaan teknik relaksasi 8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan 9. Latih mengembangkan penilaian obyektif
2	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Persepsi Sensori (L.09083) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka persepsi sensori membaik, dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri)

		2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun 6. Distorsi sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Respons sesuai stimulus membaik	Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
--	--	---	--

3	Isolasi Sosial	Keterlibatan Sosial (L.13116) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keterlibatan sosial meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi isolasi menurun 3. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun 4. Perilaku menarik diri menurun	Promosi Sosialisasi (I.13498) Observasi 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku) 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan 7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan Edukasi 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain
---	----------------	--	--

			5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar) 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat Terapi Aktivitas (I.01026) Observasi 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis: bekerja) dan waktu luang 6. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas Terapeutik 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial 4. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia 5. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih
--	--	--	---

			6. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai 7. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih 8. Fasilitasi aktivitas rutin (mis: ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan 9. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak 10. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif 11. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai 12. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot 13. Fasilitasi aktivitas aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis: kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai 14. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif 15. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis: vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)
--	--	--	---

			16. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 17. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri 18. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan 19. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari 20. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas Edukasi 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu 2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan 4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 5. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai 2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu
4	Harga Diri Rendah	Harga Diri (L.09069) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24	Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi

		jam, maka harga diri meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan malu menurun 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Penilaian diri positif meningkat 5. Percaya diri berbicara meningkat 6. Kontak mata meningkat 7. Gairah aktivitas meningkat 8. Berjalan menampakkan wajah meningkat 9. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat	1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang 7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 8. Cegah perilaku pasif dan agresif 9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 10. Lakukan pengekanan fisik sesuai indikasi 11. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 12. Hindari sikap mengancam atau berdebat 13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi 1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif Promosi Harga Diri (I.09308) Observasi 1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri
--	--	--	---

			2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan Terapeutik 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 2. Motivasi menerima tantangan atau hal baru 3. Diskusikan pernyataan tentang harga diri 4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 6. Diskusikan persepsi negatif diri 7. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah 8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi 9. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas 10. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan 11. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri Edukasi 1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien 2. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki
--	--	--	--

			3. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain 4. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif 5. Anjurkan mengevaluasi perilaku 6. Ajarkan cara mengatasi bullying 7. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri 8. Latih pernyataan/kemampuan positif diri 9. Latih cara berfikir dan berperilaku positif 10. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi Promosi Koping (I.09312) Observasi 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial Terapeutik 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
--	--	--	---

			4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri 5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu 6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan 8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan 9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis 10. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan 11. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan 12. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia 14. Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan) 15. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama 16. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat 17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam Edukasi 1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
--	--	--	--

			2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 4. Anjurkan keluarga terlibat 5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik 6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif 7. Latih penggunaan Teknik relaksasi 8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan 9. Latih mengembangkan penilaian obyektif
--	--	--	---

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan standart asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien dan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat.

Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Dengan adanya perincinan kebutuhan waktu, diharapkan setiap perawat memiliki jadwal harian untuk masing- masing pasien sehingga waktu kerja perawat menjadi lebih efektif dan efisien (Elvita, 2018).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat (Kusumaningtyas, 2018):

- a. Menyebutkan penyebab, tanda, dan gejala perilaku kekerasan dan akibat dari perilaku kekerasan
- b. Mengontrol perilaku kekerasan:
 - 1) Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur

- 2) Sosial/verbal: meminta, menolak, mengungkapkan perasaan secara sopan dan baik
 - 3) Spiritual: dzikir/berdoa, meditasi berdasarkan agama yang dianut
 - 4) Psikofarmaka: rutin mengkonsumsi obat, tidak putus obat, mampu mengenal obat sendiri dari warna, bentuk, nama, dosis, dan lain-lain.
- c. Evaluasi kemampuan keluarga (pelaku rawat) risiko perilaku kekerasan berhasil apabila keluarga dapat:
- 1) Mengetahui masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan)
 - 2) Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
 - 3) Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
 - 4) Memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah
 - 5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
 - 6) Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
 - 7) Melakukan *follow up* ke Puskesmas, mengetahui tanda kambuh dan melakukan rujukan