

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Penyakit Resiko Perilaku Kekerasan

1. Defenisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu kondisi di mana individu menunjukkan tindakan yang bertujuan untuk menyakiti secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan pengertian tersebut, perilaku kekerasan dapat muncul dalam bentuk verbal, serta dapat diarahkan kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Kekerasan terhadap orang lain merupakan tindakan agresif yang bertujuan untuk mencederai atau bahkan menghilangkan nyawa orang lain. Sementara itu, kekerasan terhadap lingkungan dapat ditunjukkan melalui tindakan merusak, seperti melempar kaca, genteng, atau benda-benda lain yang berada di sekitarnya. (Wulansari dan Sholihah, 2021).

Perilaku kekerasan merupakan tindakan yang ditujukan untuk menyakiti individu lain, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan pengertian tersebut, kekerasan dapat dilakukan secara verbal dan dapat diarahkan kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Menurut Nazara dan Pardede (2021), perilaku kekerasan dapat muncul dalam dua bentuk, yaitu kekerasan yang sedang berlangsung serta riwayat kekerasan yang pernah terjadi sebelumnya.

Perilaku kekerasan merupakan kondisi di mana seseorang melakukan tindakan yang berpotensi membahayakan secara fisik, baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, yang dirasakan sebagai suatu ancaman (zahra, 2024)

2. Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan atau tindakan amuk dapat timbul akibat perasaan frustrasi, ketakutan, intimidasi, maupun manipulasi. Tindakan ini merupakan manifestasi dari konflik emosional yang belum terselesaikan, serta mencerminkan perasaan tidak aman, kebutuhan akan perhatian, dan ketergantungan terhadap orang lain. Pada individu dengan gangguan jiwa, perilaku kekerasan seringkali dipicu oleh gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran, penglihatan, atau bentuk lainnya. Pasien dapat merasa diperintah oleh suara atau bayangan yang

dilihatnya untuk bertindak agresif, atau merasa marah terhadap suara maupun bayangan yang mengejek.

Menurut Wulansari dan Sholihah (2021), penyebab perilaku kekerasan dapat dianalisis melalui pendekatan konsep stres dan adaptasi yang dikemukakan oleh Stuart, yaitu dengan mempertimbangkan faktor predisposisi (faktor yang menjadi latar belakang) serta faktor presipitasi (faktor yang memicu timbulnya masalah).

a. Faktor Predisposisi

Menurut Wulansari dan Sholihah (2021), berbagai faktor yang dapat berkontribusi terhadap munculnya perilaku kekerasan antara lain meliputi:

1. Faktor biologis

Aspek yang dikaji dalam faktor biologis mencakup keberadaan faktor keturunan, seperti anggota keluarga yang memiliki kecenderungan atau pernah menunjukkan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga dengan riwayat gangguan jiwa, riwayat penyakit atau cedera pada kepala, serta penggunaan zat psikoaktif (NAPZA) di masa lalu.

a) Teori Dorongan Naluri (*Instinctual Drive Theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa perilaku kekerasan muncul sebagai respons terhadap dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat. Penelitian di bidang neurobiologi menunjukkan bahwa pemberian rangsangan listrik ringan pada area hipotalamus yang terletak di pusat sistem limbik pada hewan dapat memicu munculnya perilaku agresif.

b) Teori Psikosomatik (*Psychosomatic Theory*)

Pengalaman marah dapat timbul sebagai respons psikologis terhadap rangsangan baik dari luar (eksternal) maupun dari dalam diri (internal). Dalam hal ini, sistem limbik berperan penting sebagai pusat yang mengatur ekspresi maupun pengendalian emosi marah.

2. Faktor psikologi

Penolakan dari lingkungan sekitar terhadap kondisi pasien dapat menjadi salah satu pemicu munculnya perilaku kekerasan. Hal ini sejalan dengan teori psikoanalitik yang menyatakan bahwa ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan akan rasa aman dan kepuasan dapat menghambat perkembangan ego, sehingga menimbulkan konsep diri yang rendah. Dalam situasi tersebut, perilaku agresif dan kekerasan sering kali dianggap sebagai cara untuk memperoleh kekuatan dan meningkatkan citra diri.

3. Faktor Sosial budaya

Faktor sosial budaya yang mempengaruhi partisipan mengalami perilaku kekerasan yaitu, pekerjaan dan pernikahan. Teori Lingkungan Sosial (*Social Environment Theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial memiliki pengaruh besar terhadap cara individu mengekspresikan kemarahan. Norma budaya dalam masyarakat dapat mendorong seseorang untuk merespons secara asertif maupun agresif. Perilaku kekerasan juga dapat diperoleh melalui proses pembelajaran langsung dalam interaksi sosial, sebagaimana dijelaskan dalam Teori Pembelajaran Sosial (*Social Learning Theory*). Teori ini menjelaskan bahwa perilaku agresif tidak berbeda dengan respons-respons lainnya, karena dapat dipelajari melalui observasi atau peniruan. Semakin sering perilaku tersebut mendapatkan penguatan, maka semakin besar kemungkinan perilaku agresif itu akan muncul. Dengan demikian, seseorang cenderung merespons keterbangkitan emosionalnya secara agresif berdasarkan pola yang telah ia pelajari. Proses pembelajaran ini dapat bersumber dari faktor internal maupun eksternal. Contoh internal, seseorang yang mengalami peningkatan gairah seksual setelah menonton film erotis cenderung menunjukkan perilaku lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menontonnya. Contoh lainnya, seorang anak yang marah karena tidak dibeli es krim kemudian mendapatkan es dari ibunya untuk meredakan kemarahannya, akan belajar bahwa dengan menunjukkan kemarahan, ia bisa memperoleh apa yang diinginkan.

4. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang memicu perilaku kekerasan bersifat unik pada setiap individu, sehingga dapat berbeda antara satu orang dengan yang lain. Faktor ini berkaitan dengan adanya stresor yang menjadi pemicu munculnya perilaku kekerasan. Durasi atau lamanya seseorang terpapar stresor dapat memengaruhi keterlambatan dalam pencapaian kemandirian pasien (Giawa, 2021)

Beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya perilaku kekerasan antara lain adalah perasaan lemah secara fisik, putus asa, tidak berdaya, rendahnya kepercayaan diri, serta pengaruh lingkungan seperti suasana yang bising, kehilangan orang atau benda yang berharga, dan adanya konflik dalam interaksi sosial (Hulu dkk 2022).

Kepatuhan dalam menjalani pengobatan merupakan salah satu tantangan utama dalam penanganan pasien skizofrenia, karena berperan penting dalam menurunkan risiko perawatan ulang di rumah sakit. Stresor yang dihadapi pasien dapat berasal dari faktor internal maupun eksternal. Stresor internal mencakup kehilangan hubungan atau ikatan emosional dengan orang yang dicintai, seperti anggota keluarga atau sahabat dekat, hilangnya rasa cinta, serta kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan fisik dan penyakit yang dialami. Sementara itu, stresor eksternal dapat berupa ancaman atau serangan fisik (Wulansari dan Sholihah, 2021).

Beberapa faktor yang mempengaruhi faktor presipitasi menurut Triyani, Dwidiyanti dan Suerni (2019) adalah :

a. Faktor Psikologi

1. *Frustrationaggressiontheory*
2. Teori Perilaku (*Behaviororaltheory*)
3. Teori Eksistensi (*Existentialtheory*)

b. Faktor Sosial Budaya

Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial memiliki pengaruh besar terhadap sikap individu dalam mengekspresikan kemarahan. Norma budaya dapat mendorong seseorang untuk merespons dengan cara yang asertif maupun agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi, sebagaimana dijelaskan dalam teori pembelajaran sosial (*social learning theory*). Teori ini menjelaskan bahwa agresi merupakan respons yang tidak berbeda dengan respons lainnya, yang dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi. Semakin sering perilaku agresif mendapatkan penguatan, semakin besar kemungkinan perilaku tersebut muncul. Oleh karena itu, seseorang cenderung merespons keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan pola yang telah dipelajarinya. Budaya juga berperan dalam memengaruhi perilaku kekerasan. Norma budaya membantu menentukan ekspresi agresi mana yang dapat diterima dan mana yang tidak, sehingga norma tersebut dapat membantu individu mengekspresikan kemarahan dengan cara yang asertif.

c. Faktor Resiko

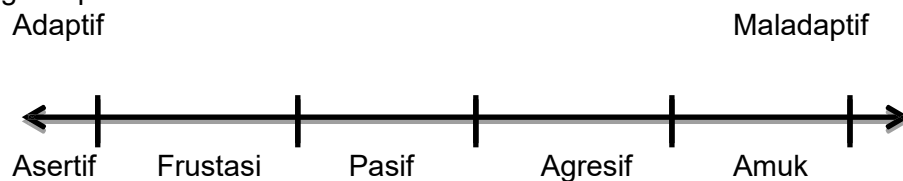
Faktor-faktor risiko yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan yang diarahkan pada diri sendiri (*risk for self-directed violence*) serta perilaku kekerasan yang ditujukan kepada orang lain (*risk for other-directed violence*).

1. Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*)
 - a) Usia ≥ 45 tahun
 - b) Isyarat tingkah laku, seperti menulis catatan cinta yang penuh kesedihan atau menyampaikan pesan bernada kemarahan kepada seseorang yang telah menolak individu tersebut.
 - c) Konflik terkait orientasi seksual.
 - d) Konflik dalam hubungan interpersonal.
 - e) Pengangguran atau kehilangan pekerjaan.
 - f) Sumber daya pribadi yang tidak memadai.
 - g) Status perkawinan seperti hidup sendiri, janda, atau bercerai.
 - h) Masalah kesehatan mental, termasuk depresi, psikosis, gangguan kepribadian, dan penyalahgunaan zat.
 - i) Jenis pekerjaan, misalnya profesi profesional, eksekutif, administrator, atau pemilik bisnis.
 - j) Pola kesulitan dalam keluarga, seperti riwayat bunuh diri, kekerasan, atau konflik yang berkepanjangan
 - k) Masalah kesehatan fisik.
 - l) Gangguan psikologis.
 - m) Isolasi sosial
 - n) Adanya ide atau rencana bunuh diri, serta riwayat percobaan bunuh diri yang berulang.
 - o) Isyarat verbal, misalnya pembicaraan tentang kematian atau pertanyaan mengenai dosis mematikan suatu obat.
2. Risiko Perilaku Kekerasan terhadap Orang Lain (*Risk for Other-Directed Violence*)
 - a) Akses atau ketersediaan senjata.
 - b) Gangguan fungsi kognitif.
 - c) Perilaku kejam terhadap binatang.
 - d) Riwayat kekerasan pada masa kanak-kanak, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual.

- e) Riwayat penyalahgunaan zat.
- f) Pernah menyaksikan kekerasan dalam lingkungan keluarga.
- g) Pelanggaran atau tindak kejahatan terkait kendaraan bermotor, seperti pelanggaran lalu lintas atau penggunaan kendaraan untuk melampiaskan kemarahan.
- h) Bahasa tubuh yang negatif, misalnya ketegangan otot, mengepalkan tinju, atau hiperaktivitas.
- i) Gangguan neurologis seperti trauma kepala, gangguan kejang, atau serangan neurologis lainnya.
- j) Intoksikasi patologis.
- k) Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung, seperti buang air kecil sembarangan, merusak barang, melempar benda, memecahkan kaca, atau membanting pintu
- l) Pola perilaku kekerasan terhadap orang lain, misalnya menendang, memukul, menggigit, mencakar, upaya perkosaan, pelecehan seksual, atau tindakan penghinaan seperti mengencingi orang.
- m) Pola ancaman kekerasan, termasuk ancaman verbal terhadap orang atau benda, penggunaan kata-kata kasar, gestur atau catatan mengancam, serta ancaman seksual.
- n) Pola perilaku kekerasan antisosial, seperti mencuri, meminjam secara paksa, atau menolak pengobatan medis.

3. Rentang Respon Marah

Adaptif



Gambar 2. 1 Rentang respon marah

- a. Asertif : Merupakan cara individu dalam mengekspresikan kemarahan secara tepat tanpa menyakiti orang lain, baik secara fisik maupun emosional.
- b. Frustrasi : Suatu kondisi ketika individu mengalami kegagalan dalam mencapai tujuan, baik karena hambatan dari luar maupun karena tujuan yang tidak realistis.

- c. Pasif : Merupakan respons lanjutan di mana individu tidak mampu atau tidak berani mengungkapkan perasaan dan pikirannya secara terbuka.
- d. Agresif : Bentuk perilaku yang bersifat merusak, namun masih berada dalam batas kontrol. Individu yang bersikap agresif cenderung mengabaikan hak orang lain, beranggapan bahwa setiap orang harus memperjuangkan kepentingannya sendiri, dan berharap orang lain bersikap serupa.
- e. Amuk : Perilaku agresif yang bersifat destruktif dan sudah tidak terkendali. Kondisi ini ditandai dengan ledakan kemarahan yang intens serta permusuhan yang kuat, yang dapat menyebabkan individu membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

4. Manifestasi Klinis Resiko Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan menurut (Keliat dkk, 2019) yaitu sebagai berikut:

Tabel 3. 1 tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan.

Tanda dan Gejala Mayor	Tanda dan gejala Minor
(Subjektif): 1. Mengatakan benci/ kesal dengan orang lain 2. Mengatakan ingin memukul orang lain 3. Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan 4. Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan (Objektif) 1. Melotot 2. Pandangan tajam 3. Tangan mengepal, rahang mengatup 4. Gelisah dan mondar – mandir 5. Tekanan darah meningkat 6. Nadi meningkat 7. Pernapasan meningkat 8. Mudah tersinggung 9. Nada suara tinggi dan bicara kasar 10. Mendominasi pembicaraan 11. Sarkasme 12. Merusak lingkungan	(Subjektif): 1. Mengatakan tidak senang 2. Menyalahkan orang lain 3. Mengatakan diri berkuasa 4. Merasa gagal mencapai tujuan 5. Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan mita dipenuhi 6. Suka mengejek dan mengkritik (Objektif) 1. Disorientasi 2. Wajah merah 3. Postur tubuh kaku 4. Sinis 5. Bermusuhan 6. Menarik diri

13. Memukul orang lain	
------------------------	--

Kementerian Kesehatan RI (2019), gejala perilaku kekerasan dapat dikenali melalui aspek-aspek berikut:

a. Fisik

Tanda fisik meliputi mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah tampak merah dan tegang, serta postur tubuh yang kaku.

b. Verbal

Individu sering mengucapkan ancaman, menggunakan kata-kata kasar atau kotor, serta berbicara dengan nada keras, kasar, dan ketus.

c. Perilaku

Perilaku yang tampak antara lain menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak barang atau lingkungan, serta melakukan tindakan agresif atau amuk.

d. Emosional

Secara emosional, individu tidak menunjukkan reaksi yang adekuat, merasa tidak aman dan terganggu, menyimpan dendam, mudah jengkel, merasa tak berdaya, bersikap bermusuhan, dan menunjukkan keinginan untuk berkelahi, menyalahkan, serta menuntut.

e. Intelektual

Dalam aspek ini, individu cenderung mendominasi pembicaraan, berbicara secara berlebihan dan kasar, suka berdebat, meremehkan orang lain, serta menggunakan kata-kata yang bersifat sarkastik.

f. Spiritual

Individu merasa dirinya lebih berkuasa dan benar, mengalami keragu-raguan, kehilangan nilai moral, serta mengalami hambatan dalam kreativitas.

g. Sosial

Secara sosial, individu dapat menarik diri dari lingkungan, mengasingkan diri, menolak interaksi, melakukan kekerasan, serta menunjukkan perilaku mengejek atau menyindir.

h. Perhatian

Gejala lain yang dapat muncul meliputi tindakan membolos, melarikan diri, serta melakukan perilaku menyimpang secara sosial.

Perawat perlu melakukan identifikasi terhadap mekanisme koping yang digunakan oleh klien agar dapat membantu klien dalam mengembangkan strategi koping yang lebih konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan. Umumnya, klien menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represi, penyangkalan (denial), dan reaksi formasi.

Beberapa bentuk perilaku yang sering dikaitkan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain (Zahra, 2024).

a. Menyerang atau menghindar

Pada kondisi ini, respon fisiologis muncul sebagai akibat dari aktivasi sistem saraf otonom yang merespons sekresi epinefrin. Hal ini menyebabkan sejumlah perubahan fisiologis, antara lain peningkatan tekanan darah, takikardi, ekspresi wajah marah, pelebaran pupil, mual, peningkatan sekresi asam lambung (HCl), penurunan peristaltik lambung, serta peningkatan kewaspadaan. Selain itu, individu dapat menunjukkan tangan yang mengepal, ketegangan otot, dan refleks yang menjadi lebih cepat.

b. Menyatakan Secara asertif

Dalam mengekspresikan kemarahan, individu umumnya menunjukkan perilaku pasif, agresif, atau asertif. Dari ketiga jenis tersebut, perilaku asertif dianggap sebagai cara yang paling tepat, karena memungkinkan individu untuk mengungkapkan kemarahan tanpa menyakiti orang lain, baik secara fisik maupun psikologis. Selain itu, perilaku asertif juga mendukung individu dalam proses pengembangan diri secara positif

c. Memberontak

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

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk sering kali muncul sebagai bentuk respons terhadap konflik perilaku internal, yang dimaksudkan untuk menarik perhatian dari orang lain.

5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang dimiliki oleh klien penting bagi penulis untuk mengidentifikasi, agar dapat membantu klien dalam mengembangkan strategi

koping yang lebih konstruktif dalam mengekspresikan kemarahan. Mekanisme koping yang sering digunakan meliputi mekanisme pertahanan ego seperti pengalihan (*displacement*), penyublimasian (*sublimation*), proyeksi, represi, penyangkalan (*denial*), dan pembentukan reaksi (*reaction formation*). Menurut Zahra, (2024).

Beberapa perilaku juga dapat muncul sebagai indikasi adanya risiko terhadap perilaku kekerasan antara lain :

a. Menyerang atau menghindar

Pada situasi tertentu, tubuh dapat menunjukkan respon fisiologis sebagai akibat aktivasi sistem saraf otonom. Aktivasi ini dipicu oleh sekresi hormon epinefrin yang menyebabkan berbagai perubahan, seperti peningkatan tekanan darah, takikardi, ekspresi wajah marah, pupil melebar, mual, peningkatan sekresi asam lambung (*HCl*), penurunan peristaltik lambung, peningkatan kewaspadaan, tangan mengepal, otot tubuh menegang, serta refleks yang menjadi lebih cepat

b. Menyatakan secara asertif

Individu dapat mengekspresikan kemarahan melalui berbagai cara, antara lain secara pasif, agresif, atau asertif. Ekspresi asertif merupakan cara yang paling konstruktif, karena memungkinkan individu menyampaikan kemarahan tanpa menyakiti orang lain, baik secara fisik maupun psikologis. Selain itu, pendekatan ini juga mendukung perkembangan pribadi yang lebih sehat.

c. Memberontak

Perilaku memberontak biasanya muncul dalam bentuk tindakan kekerasan yang didorong oleh konflik internal. Tindakan ini seringkali dilakukan untuk menarik perhatian dari orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk merupakan bentuk respon terhadap konflik yang bertujuan menarik perhatian orang lain. Perilaku ini sering ditandai dengan kehilangan kendali emosi yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

6. Penatalaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

a. Medis

1. ozinan digunakan sebagai terapi untuk membantu mengontrol perilaku psikososial yang tidak adaptif.

2. Haloperidol berfungsi dalam mengatasi gejala psikosis serta membantu mengendalikan perilaku yang berpotensi membahayakan diri sendiri.
3. Trihexyphenidyl dimanfaatkan untuk meredakan perilaku destruktif terhadap diri sendiri dan memberikan efek menenangkan pada individu dengan hiperaktivitas.
4. Terapi Kejang Listrik (*Electroconvulsive Therapy/ECT*) diberikan kepada klien yang menunjukkan gejala mengarah pada perilaku amuk, dengan tujuan menenangkan dan mengurangi risiko kekerasan.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Psikoterapeutik.

Psikoterapi merupakan bentuk terapi yang berbasis pada percakapan atau interaksi verbal antara pasien dan tenaga profesional seperti psikoterapis, psikiater, terapis, atau konselor yang terlatih. Terapi ini dilakukan dalam suasana yang mendukung terbentuknya hubungan saling percaya dan menjaga kerahasiaan. Melalui terapi ini, pasien diajak untuk menceritakan pengalaman hidup yang masih membekas dalam ingatan, dengan tujuan memahami dan mengelola kondisi psikologisnya.

Berikut adalah strategi pelaksanaan psikoterapeutik pada pasien *skizofrenia* dengan risiko perilaku kekerasan:

SP 1:

Membentuk hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengenali serta mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan yang dimiliki, dan memberikan edukasi mengenai teknik pengendalian emosi, seperti latihan pernapasan dalam dan menyalurkan amarah dengan cara memukul bantal.

SP 2:

Melatih pasien agar mampu mengontrol perilaku kekerasan melalui kepatuhan dalam mengonsumsi obat sesuai anjuran.

SP 3:

Melatih kemampuan pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan melalui pendekatan verbal, seperti mengungkapkan emosi secara asertif.

SP 4:

Mengajarkan pasien teknik pengendalian diri melalui pendekatan spiritual, misalnya dengan berdzikir sebagai bentuk relaksasi dan menenangkan diri.

2. Lingkungan Terapeutik

Lingkungan terapeutik merupakan suatu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang dirancang khusus untuk mendukung pemulihan pasien, termasuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Lingkungan ini diharapkan mampu meningkatkan derajat kesehatan pasien, menjamin keamanan baik bagi pasien maupun orang di sekitarnya, serta mendorong terciptanya hubungan sosial yang sehat dan normal. Oleh karena itu, desain lingkungan rumah sakit yang bersifat terapeutik menjadi komponen penting dalam penanganan pasien dengan gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

Berikut ini adalah strategi pelaksanaan intervensi terapeutik bagi pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan : Strategi Pelaksanaan

SP 1:

Membangun hubungan saling percaya (BHSP) dengan pasien, membantu pasien dalam mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan yang mungkin dimiliki, serta memberikan edukasi mengenai cara mengenali dan mengendalikan amarah melalui teknik pernapasan dalam dan penggunaan metode pelepasan emosi seperti memukul bantal secara terkendali.

SP 2:

Melatih pasien agar mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan yang telah diresepkan, sebagai bagian dari terapi farmakologis.

SP 3:

Memberikan pelatihan kepada pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan melalui komunikasi verbal yang efektif, dengan cara mengekspresikan emosi secara asertif dan tidak merugikan diri sendiri maupun orang lain.

SP 4:

Mendorong penggunaan pendekatan spiritual dalam pengendalian diri, seperti melakukan dzikir secara rutin sebagai salah satu bentuk relaksasi dan peningkatan ketenangan batin.

3. Kehidupan hidup sehari – hari (ADL)

Pada pasien dengan skizofrenia yang memiliki risiko perilaku kekerasan, kegiatan hidup sehari-hari diarahkan untuk membantu pasien dalam mengidentifikasi dan mengontrol dorongan agresif yang mungkin timbul. Strategi pelaksanaan (SP) yang dapat diterapkan meliputi:

SP 1:

Membangun hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengenali potensi risiko perilaku kekerasan, serta mengedukasi pasien mengenai cara mengendalikan emosi dengan teknik seperti latihan pernapasan dalam dan menyalurkan kemarahan secara adaptif, misalnya dengan memukul bantal.

SP 2:

Melatih pasien agar patuh dalam menjalani terapi farmakologis, khususnya dalam hal minum obat secara teratur sebagai salah satu upaya pengendalian gejala dan perilaku kekerasan.

SP 3:

Mengembangkan kemampuan pasien dalam mengekspresikan emosi secara verbal yang sehat, sebagai salah satu teknik pengendalian perilaku kekerasan melalui komunikasi yang asertif dan konstruktif.

SP 4:

Mengajarkan pendekatan spiritual dalam mengelola emosi, seperti berdzikir, untuk menumbuhkan ketenangan batin dan memperkuat kontrol diri pasien

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan Terapi Musik

1. Definisi Terapi Musik

Terapi musik merupakan bentuk intervensi non-invasif yang alami, dapat dilakukan dengan cara sederhana tanpa selalu memerlukan kehadiran terapis profesional, memiliki biaya yang relatif terjangkau, serta tidak menimbulkan efek samping (Zahra, 2024).

Terapi musik adalah salah satu metode relaksasi yang bertujuan untuk mereduksi perilaku agresif, menciptakan ketenangan, memberikan pendidikan

moral, mengendalikan emosi, memperkuat aspek spiritual, serta membantu pemulihan gangguan psikologis (Aprini dkk, 2021).

2. Manfaat Terapi musik

Menurut Solehati dan Cecep (2017), terapi musik memiliki berbagai manfaat, antara lain:

- a. Dapat meredam suara dan perasaan yang tidak menyenangkan.
- b. Mempengaruhi fungsi fisiologis seperti pernapasan, denyut jantung, nadi, dan tekanan darah.
- c. Berpotensi memengaruhi suhu tubuh.
- d. Mampu menimbulkan perasaan aman dan sejahtera.

3. Jenis-jenis terapi musik

Jenis-jenis terapi musik meliputi musik instrumental dan musik klasik. Beberapa jenis musik seperti pop dan rock and roll sebaiknya dihindari dalam terapi. Musik instrumental bermanfaat dalam meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan pikiran. Sementara itu, musik klasik dapat membantu seseorang merasa lebih rileks, menumbuhkan rasa aman dan sejahtera, menyalurkan emosi seperti kegembiraan dan kesedihan, meredakan amarah, mengurangi rasa sakit, serta menurunkan tingkat stres. (Zahra, 2024).

4. Cara Kerja Terapi musik

Terapi musik dapat meningkatkan kesadaran dan membantu seseorang menjadi lebih terorganisir apabila didengarkan selama 10–15 menit. Musik dengan mudah diterima oleh organ pendengaran dan diteruskan ke otak, sehingga mampu memengaruhi aktivitas gelombang otak, khususnya gelombang alfa dan theta. Gelombang alfa (8–13,9 Hz) merupakan kondisi optimal bagi kerja otak yang berperan sebagai pintu menuju alam bawah sadar. Pada frekuensi ini, seseorang berada dalam keadaan rileks, melamun, atau berkhayal. Dalam kondisi tersebut, otak menghasilkan hormon serotonin dan endorfin yang menimbulkan perasaan nyaman, tenang, dan bahagia. Kedua hormon ini juga menyebabkan pelebaran pembuluh darah, detak jantung menjadi stabil, serta meningkatkan kapasitas indra.

Selanjutnya, gelombang theta (4 - 9 Hz) muncul ketika seseorang berada dalam keadaan tidur ringan atau sangat mengantuk, yang ditandai dengan pernapasan yang melambat dan menjadi lebih dalam. Gelombang ini juga dapat

muncul pada sebagian orang sebagai respons terhadap rangsangan suara. Bagi beberapa individu, gelombang theta lebih efektif dalam membawa mereka ke kondisi relaksasi (Damayanti dkk., 2021).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan terapi musik antara lain:

- a. Hindari memberikan suara dengan volume yang terlalu tinggi
- b. Luangkan waktu sekitar 10 - 15 menit untuk mencapai kondisi relaksasi
- c. Berikan kesempatan kepada klien untuk memilih jenis musik yang disukai dan sesuai dengan tujuan terapi.
- d. Pastikan bahwa klien benar-benar dalam keadaan rileks dan fokus mendengarkan musik yang digunakan dalam terapi (Setyoadi & Kushariyadi, 2018).

5. Tahapan Pemberian Terapi Musik

a. Persiapan alat

Persiapan alat dan lingkungan

1. Siapkan speaker dan musik yang digunakan (musik klasik)
2. Lingkungan yang tenang, nyaman dan bersih

b. Persiapan klien

1. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur pelaksanaan, serta meminta persetujuan klien untuk mengikuti terapi musik
2. Posisikan tubuh klien secara nyaman dan rileks.

c. Langkah kerja

Langkah – langkah kerja menurut setyoadi & Kusharyadi (2018)

1. Mengaktifkan handphone menggunakan dan menggunakan alat pengeras suara seperti speaker serta mengatur volume suara sesuai dengan selera klien
2. Mempersilahkan klien mendengarkan musik selama 10-15 menit
3. Saat klien mendengarkan musik arahkan untuk fokus dan rileks terhadap musik yang didengar
4. Pastikan volume musik sesuai dan tidak terlalu keras
5. Setelah musik berenti klien dipersilahkan mengungkapkan perasaan yang muncul saat musik tersebut diputar, serta perubahan yang terjadi dalam dirinya.

d. Kriteria Evaluasi Menurut setyoadi & kusharyadi (2018) adalah :

1. Berikan umpan balik positif
2. Mengkaji proses dan hasil terapi musik yang telah dilakukan setelah 15 menit
3. Klien tidak mengalami stress dan merasa lebih tenang
4. Klien tidak menunjukkan gejala perilaku kekerasan
5. Catat waktu pelaksanaan.

C. Konsep Teori Asuhan keperawatan Jiwa

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan secara mandiri oleh perawat profesional, yang juga melibatkan kerja sama secara kolaboratif dengan klien maupun tenaga kesehatan lainnya. Standar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan mencakup lima tahapan, yaitu: pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Muhith, 2020).

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Klien

Perawat yang memberikan pelayanan kepada klien melakukan tahap pengenalan dan menyepakati kontrak kerja dengan klien, yang mencakup penyampaian nama perawat dan nama panggilannya, serta menanyakan nama lengkap dan nama panggilan klien. Selain itu, perawat juga menjelaskan tujuan, waktu, tempat pertemuan, dan topik yang akan dibahas. Perawat kemudian menanyakan dan mencatat informasi penting seperti usia, jenis kelamin, agama, alamat lengkap, tanggal masuk, serta nomor rekam medis klien.

b. Alasan Masuk

Alasan klien dirawat umumnya disebabkan oleh perilaku verbal yang mengandung ancaman, penggunaan kata-kata kasar, serta ungkapan keinginan untuk melakukan kekerasan atau merusak barang-barang di rumah. Ketika berbicara, ekspresi wajah klien tampak memerah dan tegang, tatapan mata tajam, rahang mengatup kuat, dan tangan mengepal. Biasanya, respons keluarga terhadap kondisi tersebut adalah dengan mengurung atau mengisolasi klien. Namun, tindakan tersebut tidak mampu mengubah kondisi maupun perilaku klien secara signifikan.

c. Faktor Predisposisi

Pasien dengan perilaku kekerasan umumnya memiliki riwayat perawatan sebelumnya di rumah sakit. Meskipun telah menjalani pengobatan, masih terdapat gejala sisa yang tertinggal. Gejala tersebut biasanya muncul sebagai dampak dari trauma yang pernah dialami pasien, seperti kekerasan fisik, kekerasan dalam keluarga atau lingkungan, serta keterlibatan dalam tindakan kriminal, baik sebagai saksi, korban, maupun pelaku.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan mencakup pemeriksaan tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, denyut nadi, dan frekuensi pernapasan. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, umumnya terjadi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, dan laju pernapasan, terutama saat klien mengalami kemarahan.

e. Psikososial

1. Genogram

Genogram disusun hingga tiga generasi untuk menggambarkan hubungan antara klien dan anggota keluarganya. Melalui genogram ini, biasanya dapat diidentifikasi adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, serta terlihat pola komunikasi klien, cara pengambilan keputusan dalam keluarga, dan pola pengasuhan yang diterapkan.

2. Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Klien dengan perilaku kekerasan umumnya menyukai seluruh bagian tubuhnya, meskipun ada pula yang merasa tidak menyukainya.

b) Identitas Diri

Klien dengan perilaku kekerasan cenderung merasa tidak puas terhadap pekerjaan yang sedang dijalani maupun yang telah diselesaikan.

c) Peran Diri

Klien dengan perilaku kekerasan seringkali mengalami kesulitan dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya.

d) Ideal Diri

Klien dengan perilaku kekerasan umumnya memiliki harapan yang tinggi terhadap kondisi fisik, status sosial, peran yang dijalani, serta kesembuhan dari gangguan yang dialaminya.

e) Harga Diri

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya menunjukkan tingkat harga diri yang rendah

3. Hubungan Sosial

Klien dengan perilaku kekerasan umumnya tidak memiliki sosok terdekat yang dapat dijadikan tempat berbagi cerita dalam kehidupannya, serta cenderung tidak terlibat dalam aktivitas kemasyarakatan.

4. Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Pasien dengan perilaku kekerasan umumnya memiliki keyakinan terhadap agama yang dianut dan berupaya menjalankan ibadah sesuai dengan ajaran kepercayaannya.

b) Kegiatan Ibadah

Pasien dengan perilaku kekerasan cenderung jarang melaksanakan ibadah secara konsisten sesuai dengan keyakinan yang dianutnya.

5. Status Mental

a) Penampilan

Pasien dengan perilaku kekerasan umumnya menunjukkan penampilan yang tidak konsisten, terkadang rapi dan terkadang tidak. Biasanya klien mengganti pakaian saat berada dalam kondisi stabil atau normal.

b) Pembicaraan

Pasien dengan perilaku kekerasan cenderung berbicara dengan nada tinggi dan suara yang keras.

c) Aktivitas Motorik

Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya menunjukkan ketegangan dalam aktivitas motoriknya, disertai dengan agitasi atau gerakan yang gelisah. Tatapannya menjadi tajam, terutama saat ditanya mengenai hal-hal yang dianggap sensitif atau menyinggung perasaannya.

d) Alam Perasaan

Pasien dengan perilaku kekerasan umumnya menunjukkan ekspresi sedikit sedih terkait pengalaman yang sedang dialaminya.

e) Afek

Selama interaksi, pasien dengan perilaku kekerasan cenderung memiliki emosi yang labil. Klien mudah tersinggung saat ditanya mengenai hal-hal yang tidak mendukungnya, dan sering mengekspresikan kemarahan melalui ekspresi wajah yang tajam dan tegang.

f) Interaksi selama Wawancara

Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya menunjukkan sikap bermusuhan, kurang kooperatif, serta mudah tersinggung. Selain itu, pasien cenderung bersikap defensif dengan berusaha mempertahankan pendapat dan kebenarannya.

g) Persepsi

Pasien dengan perilaku kekerasan umumnya tidak mengalami halusinasi suara maupun penglihatan yang tidak nyata.

h) Proses atau Arus Pikir

Klien biasanya berbicara sesuai dengan pertanyaan yang diajukan oleh perawat, tanpa melompat-lompat atau berpindah-pindah ke topik lain.

i) Isi Pikir

Pasien dengan perilaku kekerasan memiliki isi pikir yang wajar, dimana ia sering menanyakan kapan dapat pulang dan mengharapkan bertemu dengan keluarga dekatnya.

j) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien dengan perilaku kekerasan umumnya baik; klien menyadari tempat keberadaannya dan memahami bahwa ia sedang menjalani pengobatan untuk mengendalikan emosinya yang labil.

k) Memori

Daya ingat jangka panjang pasien dengan perilaku kekerasan biasanya baik, terbukti dari kemampuannya menceritakan pengalaman

masa lalu. Begitu pula dengan daya ingat jangka pendek, seperti kemampuan menjelaskan penyebab dirawat di rumah sakit jiwa.

l) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien dengan perilaku kekerasan yang pernah menempuh pendidikan umumnya tidak mengalami kesulitan dalam kemampuan berhitung, baik penambahan maupun pengurangan.

m) Kemampuan Penilaian

Pasien dengan perilaku kekerasan masih menunjukkan kemampuan penilaian yang baik; misalnya, ketika diminta memilih antara makan dulu atau mandi dulu, klien dapat memberikan jawaban yang tepat, seperti memilih mandi terlebih dahulu.

n) Daya Tarik Diri

Pasien dengan perilaku kekerasan menyadari bahwa dirinya sedang dalam masa pengobatan untuk mengendalikan emosinya yang tidak stabil.

6. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Pasien dengan perilaku kekerasan yang tidak mengalami gangguan nafsu makan maupun sistem pencernaan umumnya mampu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang diberikan.

b. Buang Air Besar/Buang Air Kecil (BAB/BAK)

Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya masih dapat menggunakan fasilitas BAB dan BAK yang telah disediakan, seperti toilet atau kamar mandi.

c. Mandi

Pasien dengan perilaku kekerasan umumnya dapat menjaga kebersihan diri, termasuk mandi, menyikat gigi, dan memotong kuku, seperti orang pada umumnya, kecuali saat emosinya sedang tidak stabil.

d. Berpakaian

Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya tidak menunjukkan perubahan signifikan dalam cara berpakaian dan masih mampu mengenakan pakaian secara normal.

e. Istirahat dan Tidur

Durasi tidur siang dan malam pasien dengan perilaku kekerasan bervariasi sesuai keinginan klien serta efek obat yang dikonsumsi yang dapat memberikan rasa tenang melalui tidur. Aktivitas seperti membersihkan tempat tidur dan berdoa sebelum tidur masih dapat dilakukan layaknya orang normal.

f. Penggunaan Obat

Pasien dengan perilaku kekerasan umumnya menerima kondisinya dan menunjukkan kepatuhan dalam mengonsumsi obat sesuai frekuensi, jenis, waktu, serta cara pemberian yang dianjurkan.

g. Pemeliharaan Kesehatan

Pasien dengan perilaku kekerasan menyatakan keinginan kuat untuk pulang dan melanjutkan pengobatan di rumah, termasuk melakukan kontrol di puskesmas dengan dukungan dari keluarganya.

h. Aktivitas di Dalam Rumah

Pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat diarahkan untuk melakukan berbagai aktivitas di dalam rumah, seperti merapikan tempat tidur dan mencuci pakaian.

i. Aktivitas luar rumah

Aktivitas luar rumah pada pasien dengan perilaku kekerasan perlu disesuaikan dengan jenis kelamin serta pola kebiasaan yang sebelumnya dilakukan oleh klien di luar rumah

j. Mekanisme Koping

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, data yang diperoleh melalui wawancara umumnya mencakup cara pasien mengendalikan diri saat menghadapi suatu permasalahan.

1) Koping adaptif

- a. Bicara dengan orang lain
- b. Mampu menyelesaikan masalah
- c. Teknik relaksasi
- d. Aktivitas konstruktif
- e. Olahraga

2) Koping maladaptif

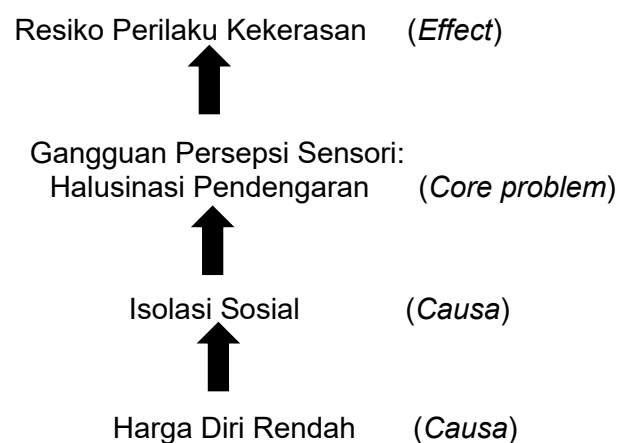
- a. Minum alkohol
- b. Reaksi lambat/berlebihan
- c. Bekerja berlebihan
- d. Menghindar
- e. Mencederai diri

k. Masalah Psikososial dan lingkungan

Pasien dengan perilaku kekerasan umumnya akan mengungkapkan permasalahan yang memicu gangguan yang dialaminya serta perasaannya, apabila terjalin hubungan yang baik dan komunikasi yang efektif dengan perawat atau tim medis. Dalam kondisi tersebut, perawat maupun tim medis dapat memberikan solusi atau jalan keluar yang tepat dan tegas.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang diperoleh, meskipun pasien saat ini tidak menunjukkan perilaku kekerasan, namun memiliki riwayat perilaku kekerasan dan belum memiliki kemampuan untuk mencegah atau mengendalikan perilaku tersebut (Keliat, 2022).



Gambar 2. 2 Pohon Masalah resiko Perilaku Kekerasan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada masalah halusinasi Menurut SDKI (2017), yaitu :

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Gangguan persepsi Sensori
3. Isolasi Sosial
4. Harga Diri Rendah

3. Intervensi Keperawatan

No .	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1	Resiko perilaku kekerasan Faktor Resiko : 1. Pemikiran waham 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Kerusakan kognitif 7. Disorientasi atau konfusi 8. Alam perasaan depresi 9. Kelainan neurologis 10. Lingkungan tidak teratur 11. Impulsif 12. Ilusi	Kontrol Diri Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x pertemuan, diharapkan kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran dan perilaku dalam menghadapi masalah meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku menyerang menurun 2. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun 3. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 4. Suara keras menurun 5. Bicara ketus menurun	Pencegahan perilaku Kekerasan Meminimalkan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain/ dan atau merusak lingkungan. SP 1: 1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik 7. menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian. SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik

			3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 3: 1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal harian SP 4: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 5 : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian
2	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran Defenisi: Perubahan persepsi terhadap stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan repon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	Persepsi Sensori Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 8 pertemuan, diharapkan persepsi realitas terhadap membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Menarik diri menurun 3. melamun menuru	Manajemen halusinasi Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita. SP 1 : 1. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon halusinasi pasien 2. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi 3. Mengajarkan pasien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian

	2. Merasakan sesuatu melalui Indera perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan Objektif 1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar mengecap, meraba, atau mencium sesuatu Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Menyatakan kesal Objektif 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga melihat ke satu arah	4. konsentrasi orientasi meningkat	2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 3: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang dapat dilakukan pasien 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. SP 4: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian
3.	Isolasi sosial Defenisi: Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka dan interdependen dengan orang lain. Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Merasa ingin sendirian 2. Merasa tidak aman ditempat umum Objektif 1. Menarik diri 2. Tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan	Isolasi Sosial Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 8 pertemuan, diharapkan kemampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka dan independent dengan orang lain meningkat dengan kriteria hasil: 1. Minat 2. interaksi meningkat 3. Perilaku	Promosi Sosialisasi Meningkatkan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain SP 1: 1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial 2. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain 3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain 4. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang 5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbicara-bincang

	Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Merasa berbeda dengan orang lain 2. Merasa asyik dengan pikiran sendiri 3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas Objektif 1. Afek datar 2. Afek sedih 3. Riwayat ditolak 4. Menunjukkan permusuhan 5. Tidak mampu memenuhi harapan 6. Kondisi difabel 7. Tindakan tidak berarti 8. Tidak ada kontak mata 9. Perkembangan terlambat 10. Tidak bergairah/ lesu	4. menarik diri menurun 5. Verbalisasi isolasi menurun 6. Kontak mata membaik 7. Minat 8. terhadap aktivitas meningkat	dengan orang lain dalam kegiatan harian SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Membrikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang 3. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian SP 3: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Memberikan kesempatan kepada pasien berkenalan dengan dua orang atau lebih 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke jadwal kegiatan harian
4.	Harga diri rendah Definisi : Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus. Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Menilai diri negative 2. Merasa malu atau bersalah 3. Merasa tidak mampu melakukan apapun. 4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah 5. Merasa tidak memiliki kelebihan	Harga Diri Rendah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x pertemuan, diharapkan perasaan positif diri sendiri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Minat mencoba	Manajemen Perilaku Meningkatkan penilaian perasaan/ persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri SP 1: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan 3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien 4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih 5. Membrikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien

6. atau kemampuan positif 7. Menolak penilaian positif tentang Objektif 1. Enggan mencoba hal baru 2. Berjalan menunduk / Postur tubuh menunduk Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Merasa sulit konsentrasi 2. Sulit tidur 3. Mengungkapkan keputusan Objektif 1. Kontak mata kurang 2. Lesu dan tidak bergairah 3. Berbicara pelan dan lirih 4. Pasif 5. Perilaku tidak asertif 6. Mencari penguatan secara berlebih	hal baru meningkat 4. Postur tubuh meingkatkan wajah meningkat	6. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Melatih kemampuan kedua 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal 7. kegiatan harian
--	---	---

Tabel 3. 2 Intervensi Keperawatan

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dibuat. Sebelum melakukan tindakan, perawat perlu memastikan kembali bahwa intervensi yang direncanakan masih relevan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini zahra, (2024).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu:

1. Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan.

Evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan Menurut Ginting (2021).