

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah gangguan psikologis fungsional yang ditandai dengan gangguan pada proses berpikir, disertai ketidaksesuaian antara pemikiran, emosi, kehendak, dan gerakan psikomotor. Kondisi ini menyebabkan distorsi realitas yang sering muncul dalam bentuk delusi dan halusinasi. *Skizofrenia* juga ditandai dengan pemikiran yang terpecah-pecah, inkoheren, emosi yang tidak sesuai, serta perilaku yang menunjukkan penarikan diri, ambivalensi, dan tindakan aneh atau tidak wajar. Gangguan ini melibatkan penyimpangan mendasar dalam pola pikir dan ekspresi emosi yang tidak biasa. *Skizofrenia* merupakan sindrom dengan penyebab yang belum diketahui, yang memengaruhi fungsi kognitif, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku (Sutejo, 2017).

Skizofrenia merupakan jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan serta perbuatan juga suatu gangguan psikosis fungsional yang berupa gangguan mental berulang dapat ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas seperti perilaku kekerasan (Azizah et al., 2016).

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara

proses pikir, emosi, kemauan dan, psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas (Direja, 2018).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Skizofrenia merupakan gangguan psikologis yang serius, ditandai dengan keretakan atau disharmoni dalam proses berpikir, emosi, kemauan, dan gerakan psikomotor. Gangguan ini menyebabkan distorsi realitas, yang sering muncul dalam bentuk waham (delusi) dan halusinasi. Penderita skizofrenia juga menunjukkan pemikiran yang terpecah-pecah dan tidak koheren, serta perilaku yang tidak wajar atau aneh. Meskipun gejala-gejalanya beragam, seperti kekerasan atau penarikan diri sosial, penyebab pasti dari skizofrenia masih belum dapat dipastikan. Skizofrenia merupakan jenis psikosa fungsional yang memengaruhi fungsi kognitif, emosi, persepsi, dan perilaku seseorang.

2.1.2 Jenis Skizofrenia

Menurut Nanda NIC NOC (Nurarif, 2015), membagi Skizofrenia :

a. Skizofrenia Simplek

Sering timbul pertamakali pada usia pubertas, gejala utama berupa ke dangkalan emosi dan kemunduran kemauan gangguan proses berfikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang didapat, jenis ini timbulnya perlahan-lahan

b. Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masaremaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan prosesberfikir, gangguan kemauan dan adanya depersenalisasi atau *double personality*. Mannerism, neologisme atau perilaku kekanakanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali.

c. Skizofrenia Katatonia

Timbulnya pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering di dahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

d. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan yang teliti ternyataa dan gangguan proses berfikir, gangguan efek emosi dan kemauan

e. Episode Skizofrenia akut

Gejala skizofrenia imbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semua seakanakan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

f. Skizofrenia Residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

g. Skizofrenia Skizo Afektif

Di samping gejala Skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizodeprsif) atau gejala mania (psikopani). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Gejala menurut Nanda NIC NOC. (Nurarif & Kusuma, 2015)

a. Gejala Primer

1. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi

a) Gangguan Afek Emosi

- 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
- 2) Paramimi dan paratimi
- 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan Emosi berlebihan
- 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

b) Gangguan Kemauan

- 1) Terjadi kelemahan kemauan
- 2) Perilaku negativisme atau permintaan
- 3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

c) Gangguan Psikomotor

- 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
- 2) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

b. Gejala Sekunder

Waham, Halusinasi dan Risiko Perilaku Kekerasan

2.2 Konsep Skizoafektif

2.2.1 Definisi Skizoafektif

Gangguan Skizoafektif merupakan kelainan mental yang rancu yang ditandai dengan adanya gejala gangguan afektif. Gangguan Skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (mood disorder) seperti depresi, manik, atau episode campuran (Rades & Wulan, 2016).

Gangguan Skizoafektif adalah penyakit kejiwaan kronis dan dapat diobati. Ditandai dengan kombinasi gejala psikotik, seperti yang terlihat pada skizofrenia dan gejala suasana hati, seperti yang terlihat pada depresi atau gangguan bipolar. Gangguan kejiwaan ini dapat mempengaruhi pemikiran, emosi, dan perilaku seseorang dan dapat mempengaruhi semua aspek

kehidupan sehari-hari, termasuk pekerjaan, sekolah, hubungan sosial, dan perawatan diri (Niv et al., 2016).

Gangguan Skizoafektif (SAD) sering terjadi digunakan sebagai diagnosis untuk pasien yang memiliki campuran suasana hati dan psikotik gejala yang diagnosisnya tidak pasti. Ciri khasnya adalah adanya gejala episode suasana hati utama (baik depresi atau episode manik) bersamaan dengan gejala karakteristik skizofrenia, seperti delusi, halusinasi, atau melantur (Miller & Black, 2020).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan Skizoafektif merupakan kelainan mental yang melibatkan kombinasi gejala psikotik, seperti delusi dan halusinasi, dengan gangguan suasana hati (*mood disorder*), seperti depresi atau mania. Gangguan ini bisa memengaruhi pemikiran, emosi, dan perilaku seseorang, serta berdampak pada kehidupan sehari-hari, termasuk pekerjaan, hubungan sosial, dan perawatan diri. Gangguan Skizoafektif sering kali sulit didiagnosis dengan jelas, karena gejala psikotik dan gangguan suasana hati bisa tumpang tindih, tetapi dapat diobati dengan pengelolaan yang tepat.

2.2.2 Jenis Skizoafektif

Menurut Annisa & Ikawati (2021), gangguan Skizoafektif terbagi menjadi tiga tipe, yaitu:

a. Skizoafektif Tipe Manik (F25.0)

Merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan gejala skizofrenia dan manik yang keduanya muncul secara bersamaan dalam satu episode.

b. Skizoafektif Tipe Depresi (F25.1)

Merupakan gangguan psikotik yang melibatkan gejala skizofrenia dan gejala depresif yang muncul bersamaan dalam satu episode yang sama.

c. Skizoafektif Tipe Campuran (F25.2)

Merupakan gangguan psikotik yang mencakup gejala skizofrenia disertai dengan gejala depresi dan manik secara bersamaan.

2.2.3 Gejala Skizoafektif

Menurut Wijaya (2018) pada gangguan Skizoafektif gejala klinis berupa gangguan episodik gejala gangguan mood maupun gejala skizofreniknya menonjol dalam episode penyakit yang sama, baik secara simultan atau secara bergantian dalam beberapa hari. Gejala yang khas pada pasien skizofrenik berupa waham, halusinasi, perubahan dalam berpikir, perubahan dalam persepsi disertai dengan gejala gangguan suasana perasaan baik itu manik maupun depresif. Menurut PPDGJ-III dalam Wijaya, (2018) gejala klinis berdasarkan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas :

- a. *“Thought echo”* : isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda ; atau *“thought insertion or withdrawal”* = isi yang asing dan luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan *“thought broadcasting”* ; isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.

- b. “*Delusion of control*” : waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau “*delusion of passivity*” : waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang “dirinya” = secara jelas merujuk kepergerakan tubuh / anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus). “*delusional perception*” : pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.
- c. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.

2.3 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Definisi

Resiko Perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (Nanda, 2016). Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*).

Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung terhadap orang lain (Sutejo, 2017).

Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other directed violence). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Maula & Aktifah, 2021).

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa resiko perilaku kekerasan mencakup tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, maupun verbal. Risiko ini terbagi menjadi dua kategori utama: resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (seperti tindakan yang membahayakan tubuh atau emosi individu) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (yang ditujukan langsung kepada orang lain). Kedua jenis risiko ini mencerminkan potensi bahaya yang dapat terjadi pada individu, baik terhadap dirinya sendiri maupun orang di sekitarnya.

2.3.2 Etiologi

- a. Faktor predisposisi Menurut Yosep & Sutini (2016), faktor predisposisi pasien dengan perilaku kekerasan adalah :

1. Faktor Biologis

- a) *Neurologic factor* : Beragam komponen dari system seperti sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif.
- b) *Genetic factor* : Adanya faktor gen yan diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut penelitian genetik tipe karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku tindak criminal serta orang-orang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.
- c) *Cycardian rhtym* (Irama sirkardium tubuh) : Memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan 13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.
- d) *Biochemistry factor* (faktor biokimia tubuh) : Seperti neurotransmitter di otak (epineprin, nourepineprin, dopamine, asetilcolin, dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui system persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam dan membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan responnya melalui serabut efferent.

- e) *Brain area disorder* : Gangguan pada system limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalipis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

2. Faktor Psikologis

- a) Teori psikoanalisa agresifitas dan kekerasan : Dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.
- b) *Imitation modeling, and information processing theory* : Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolerir kekerasan.
- c) *Learning theory* : Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya.

b. Faktor Presipitasi

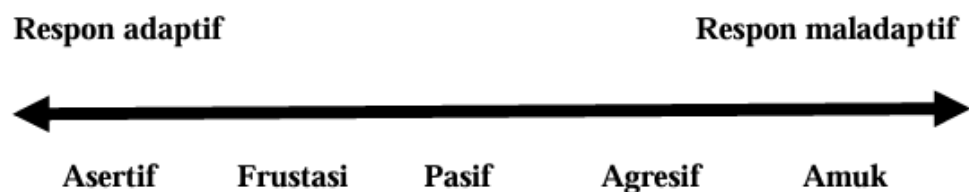
Menurut Yosep & Sutini (2016) dalam buku faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan :

1. Ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepakbola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.

2. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
3. Kesulitan dalam mengonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
4. Adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
5. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga. Dalam Buku ajar Keperawatan Jiwa (Yosep & Sutini, 2016)

2.3.3 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain. Sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motoric yang tidak terkontrol. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif) (Yosep & Sutini, 2016).



Gambar 2. 1 Rentang respon Marah
(Yosep & Sutini, 2016)

Keterangan :

Asertif : Pasien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan.

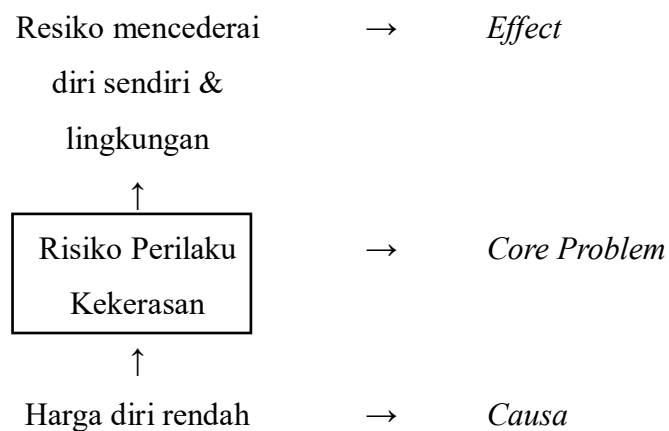
Frustasi : Pasien gagal mencapai tujuan kepuasan/saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.

Pasif : Pasien gagal mencapai tujuan kepuasan/saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.

Agresif : Gekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

2.3.4 Pohon Masalah



Bagan 2.1 : Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Indriya, 2023)

2.3.5 Tanda dan Gejala

Menurut Amimi et al. (2020) tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien perilaku kekerasan, yaitu :

a. Subjektif

1. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah

2. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Pasien suka membentak dan menyerang orang lain

b. Objektif

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

2.3.6 Mekanisme Koping

Menurut Prastya & Pratiwi (2017) mekanisme koping marah yang digunakan adalah mekanisme pertahanan ego yaitu:

- a. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain.
- b. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginan yang tidak baik.
- c. Represi adalah mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.

- d. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan menggunakannya sebagai rintangan.
- e. *Displacement* yaitu melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya yang membangkitkan emosi itu

2.3.7 Penatalaksanaan

a. Medis

- 1. Anti antietas dan hipnotik sadatif
- 2. Anti depresan
- 3. Matlexon dan proponolol

b. Non Medis

- 1. Terapi kelompok : Terapi kelompok berfokus pada dukungan dan perkembangan keterampilan sosial dan aktifitas lain dengan berdiskusi dan bermain untuk mengembalikan kesadaran pasien, karena masalah sebagian orang merupakan perasaan dan tingkah laku orang lain.
- 2. Terapi musik : Dengan terapi musik pasien terhibur dan bermain untuk mengembalikan kesadaran pasien, karena dengan perasaan terhibur maka pasien dapat mengontrol emosinya.
- 3. Terapi relaksasi nafas dalam : Dengan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien dapat menimbulkan rasa nyaman dan rileks.

4. Terapi pukul bantal : Dengan terapi pukul bantal pasien mampu menyalurkan energi dari emosi yang dirasakan dengan cara yang tepat.

2.4 Konsep Terapi Musi Klasik

2.4.1 Definisi Terapi Musik Klasik

Terapi musik klasik merupakan salah satu bentuk dari teknik relakssasi yang bertujuan untuk mengurangi agresif, memberikan rasa tenang, sebagai pendidikan moral, mengendalikan emosi, spiiritual dan menyembuhkan gangguan psikologis (Apriliani et al., 2021).

Terapi musik digunakan oleh terapis musik dalam sebuah tim yang terdiri dari dokter, pekerja sosial, psikolog, guru, atau orang tua. Musik merupakan media terapi yang utama. Aktivitas musik digunakan untuk menumbuhkan hubungan saling percaya, juga mengembangkan fungsi fisik dan mental pasien secara teratur serta terprogram. Contoh intervensi bisa berupa bernyanyi, mendengar musik, bermain alat musik, menciptakan musik, mengikuti gerakan musik, dan melatih imajinasi. (Djohan, 2020).

Musik dapat diartikan sebagai nada atau suara yang disusun sedemikian rupa sehingga mengandung irama, lagu, dan keharmonisan, terutama yang menggunakan alat-alat yang dapat menghasilkan bunyibunyi tersebut (Pratiwi & Rahmawati, 2022).

Dapat disimpulkan bahwa Terapi musik adalah teknik relaksasi yang menggunakan musik untuk mengurangi agresi, mengendalikan

emosi, dan menyembuhkan gangguan psikologis. Aktivitas seperti bernyanyi, mendengarkan, atau menciptakan musik dilakukan oleh tim profesional untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental pasien. Musik sendiri merupakan suara yang disusun dengan irama dan keharmonisan untuk tujuan terapeutik.

2.4.2 Manfaat Terapi Musik Klasik

Manfaat terapi musik klasik menurut Solehati & Kosasi (2017) yaitu:

- a. Mampu menutupi bunyi dan perasaan yang tidak menyenangkan.
- b. Mempengaruhi pernafasan, detak jantung, nadi dan tekanan darah manusia.
- c. Bisa mempengaruhi suhu tubuh manusia.
- d. Bisa menimbulkan rasa aman dan sejahtera.

2.4.3 Jenis Terapi Musik

Beberapa ahli menyarankan untuk terapi musik sebaiknya menggunakan musik yang lembut atau dengan nada rendah dan dengan nada yang teratur seperti musik instrumental dan klasik, musik instrumental dan klasik adalah salah satu jenis musik yang banyak dipergunakan sebagai terapi musik karna memiliki irama dan nada-nada yang teratur

2.4.4 Kelebihan dan Kekurangan Musik Klasik

Adapun kelebihan dan kekurangan penggunaan terapi musik klasik sebagai teknik non-farmakologis untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Berikut menurut Maryati et al. (2021) yaitu:

a. Kelebihan terapi musik klasik

1. Terapi musik klasik telah terbukti efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan dan agitasi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Studi menunjukkan bahwa penerapan terapi musik klasik dapat mengurangi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien di rumah sakit jiwa.
2. Meningkatkan Kualitas Hidup: Selain itu, terapi musik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengurangi gejala-gejala negatif dari skizofrenia, seperti depresi dan kecemasan.

b. Kekurangan terapi musik klasik

Terapi Musik klasik Tidak Mengatasi Gejala Psikotik Berat
Meskipun musik klasik dapat membantu mengurangi kecemasan dan stres, terapi ini tidak cukup untuk mengatasi gejala psikotik yang lebih berat seperti halusinasi atau delusi yang mungkin dialami oleh pasien dengan gangguan jiwa berat. Terapi musik seharusnya digunakan sebagai terapi pelengkap, bukan sebagai pengganti pengobatan medis utama.

2.4.5 Tahapan Pemberian Terapi Musik Klasik

a. Persiapan alat

Persiapan alat dan lingkungan:

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

b. Persiapan pasien:

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

c. Langkah Kerja

Langkah-langkah kerja menurut Setyoadi & Kushariyadi (2018) yaitu :

1. Mengaktifkan handphone menggunakan earphone dan mengatur volume suara sesuai dengan selera pasien.
2. Mempersilahkan pasien mendengarkan musik selama 5 menit.
3. Saat pasien mendengarkan musik arahkan untuk fokus dan rileks terhadap lagu yang didengar dan melepaskan semua beban yang ada.
4. Setelah musik berhenti pasien dipersilahkan mengungkapkan perasaan yang muncul saat musik tersebut diputar, serta perubahan yang terjadi dalam dirinya.

d. Kriteria Evaluasi

Menurut Setyoadi & Kushariyadi (2018) adalah:

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

2.4.6 Cara Kerja Terapi Musik Klasik

Terapi musik dapat membantu memperkuat kesadaran dan meningkatkan organisasi seseorang jika didengarkan selama 10-15 menit. Terapi musik sangat mudah diterima organ pendengaran disalurkan ke bagian otak, sehingga dapat mempengaruhi gelombang otak yaitu gelombang alfa dan gelombang theta. Pada gelombang alfa (8-13,9 Hz) ini, terdapat pintu menuju bawah sadar, dimana otak bekerja secara optimal. Orang sedang rileks, melamun, atau berkhayal, gelombangnya sedang berada dalam level ini. Dalam kondisi ini, otak memproduksi hormon serotonin dan endorfin yang menyebabkan seseorang merasa nyaman, tenang, dan bahagia. Hormon ini membuat pembuluh darah terbuka lebar, detak jantung stabil dan kapasitas indera kita meningkat. Gelombang selanjutnya adalah Theta (4-9 Hz).

Gelombang theta gelombang otak yang terjadi pada saat seseorang mengalami tidur ringan, atau sangat mengantuk. Tandanya napas mulai melambat dan dalam. Selain orang yang sedang diambang tidur, beberapa orang juga menghasilkan gelombang otak ini saat diberikan rangsangan suara. Pada sebagian orang lebih cocok dengan

gelombang Theta untuk memasuki kondisi rileks (Mulia et al., 2021). Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan kegiatan terapi musik yaitu:

- a. Jangan memberikan suara yang terlalu keras.
- b. Waktu untuk merileksasikan selama 10-15 menit.
- c. Beri waktu pasien untuk memilih jenis lagu yang disukai sesuai terapi.
- d. Memeriksa apakah pasien benar-benar rileks dan mendengarkan musik terapi (Setyoadi & Kushariyadi, 2018).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

2.5.1 Pengkajian

a. Identitas

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional serta respon pasien pada saat ini dan sebelumnya. Pengkajian menurut Dermawan (2018), pengkajian meliputi : Data pasien risiko perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

Tanda & Gejala :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan

5. Bicara kasar
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
7. Mengancam secara verbal atau fisik
8. Melempar atau memukul benda/orang lain
9. Merusak barang / benda
10. Tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan

b. Alasan Masuk

Biasanya pasien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat & Pawirowiyono, 2016).

c. Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.
2. Pasien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru dibawa ke rumah sakit jiwa.
3. Trauma seperti menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan.
4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan penolakan.

d. Faktor Presipitasi

Internal : Kelemahan, rasa percaya menurun, takut sakit dan hilang kontrol.

Eksternal : Penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, kritik.

e. Fisik

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu dan nafas cepat.
2. Ukur tinggi badan dan berat badan
3. Keadaan yang biasanya ditunjukkan oleh pasien perilaku kekerasan adalah mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup dan wajah memerah)
4. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

f. Psikososial

1. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi ke atas yang dapat menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh pasien maupun keluarga apa di saat pengkajian.

2. Konsep diri

Konsep diri yang dimaksud adalah adanya anggota tubuh yang tidak pasien sukai sehingga mempengaruhi keadaan pasien saat berhubungan dengan orang lain sehingga pasien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

3. Identitas

Pasien biasanya tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

4. Harga diri

Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya akan memiliki hubungan yang baik dengan orang lain. Namun saat mendapatkan penolakan atau pasien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

5. Peran diri

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

6. Ideal diri

Pasien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

g. Spiritual

1. Nilai dan Keyakinan
2. Kegiatan ibadah
3. Biasanya selama sakit pasien jarang melakukan ibadah

h. Status Mental

1. Penampilan

Pasien biasanya berpenampilan kotor.

2. Pembicaraan

Pada pasien dengan perilaku kekerasan biasanya saat pengkajian akan ditemukan pasien bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

3. Aktivitas motorik

Pasien akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah ubah, gemetar, tangan mengepal dan rahang dengan kuat.

4. Alam perasaan

Pasien akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan.

5. Afek

Pasien mudah tersinggung dan sering marah tanpa sebab.

6. Interaksi selama wawancara

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

7. Persepsi

Pasien masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

8. Isi pikir

Pasien biasanya meyakini dirinya tidak sakit dan baik-baik saja.

9. Tingkat kesadaran

Pasien perilaku kekerasan terkadang tampak bingung.

10. Memori Pasien biasanya dapat mengingat dengan baik akan kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

11. Kemampuan penilaian Pasien memiliki kemampuan penilaian ringan dan sedang serta tidak dapat mengambil keputusan.

12. Daya pikir diri

Biasanya pasien mengingkari penyakit yang dideritanya.

13. Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Pasien tidak mengalami perubahan.

b) BAB/BAK

Pasien tidak memiliki gangguan pada kebutuhan BAB/BAK.

c) Mandi

Pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan pasien biasanya sangat bau dan kotor, pasien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

d) Berpakaian

Pasien jarang mengganti pakaian dan tidak mau berdandan.

Pasien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan pasien tidak mengenakan alas kaki.

e) Istirahat dan tidur

Pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur seperti menyikat gigi, cuci kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur pasien berubah-ubah, kadang nyenyak, gaduh atau tidak bisa tidur.

f) Penggunaan obat

Biasanya pasien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan pasien tidak mengetahui fungsi obat sehingga akan terjadi putus obat dan dampak dari hal tersebut.

g) Pemeliharaan kesehatan

Pasien tidak memperhatikan kesehatannya dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat diri.

h) Aktifitas didalam rumah

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

i. Mekanisme coping

Pasien atau keluarga yang diajukan dalam wawancara akan memberikan data tentang cara mereka untuk mengendalikan diri saat menghadapi masalah (Azizah et al., 2016).

1. Koping Adaptif : akan mencakup kemampuan untuk berbicara dengan orang lain dan menyelesaikan masalah tanpa bantuan orang lain.
2. Koping Maladaptif : akan termasuk anggota minum alkohol dan luka/melukai diri sendiri.

j. Masalah psikologis dan lingkungan

Pasien akan mengatakan merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

k. Pengetahuan

Pasien akan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakitnya dan tidak mengetahui akan akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2.5.2 Analisa Data

Analisis data dalam perumusan diagnosa keperawatan diawali dengan pengelompokan informasi yang diperoleh dari anamnesa, pengamatan serta pemeriksaan fisik kemudian hasil yang didapat dibandingkan dengan standar (keadaan normal), sehingga bisa diketahui kasus kesehatan yang dialami penderita serta bisa dirumuskan permasalahan kesehatan. (Panjaitan, 2019). Analisa data dari perilaku kekerasan dapat di peroleh melalui:

a. Data Subjektif :

1. Pasien mengancam
2. Pasien mengumpat dengan kata-kata kotor
3. Pasien mengatakan dendam dan jengkel
4. Pasien ingin berkelahi
5. Pasien menyalahkan dan menuntut orang lain
6. Pasien meremehkan

b. Data Objektif :

1. Mata melotot/pandangan tajam
2. Tangan mengepal
3. Rahang mengatup
4. Wajah memerah dan tegang
5. Postur tubuh kaku
6. Suara keras

2.5.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai data yang di dapatkan, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah, mengontrol perilaku kekerasan tersebut (Keliat et al., 2022).

Menurut Menurut Azizah dkk. (2016), Berikut diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, yaitu:

- a. Risiko perilaku kekerasan
- b. Perilaku kekerasan
- c. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
- d. Gangguan harga diri : Harga diri rendah
- e. Koping individu tidak efektif

2.5.4 Perencanaan

Tabel 2.1 Intervensi Risiko Perilaku Kekerasan, Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan & Terapi Musik Klasik.

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	intervensi keperawatan selama....x	Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)	Observasi
Definis : Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.	pertemuan maka Kontrol diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil :	1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan	1. Deteksi dini terhadap benda berbahaya dapat mencegah pasien melukai diri sendiri atau orang lain.
Faktor risiko	1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain (5)	2. monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung	2. Pengawasan barang bawaan mencegah masuknya benda yang dapat memicu perilaku agresif.
1. Pemikiran waham /delusi	2. Verbalisasi umpatan (5)	3. monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan	3. Pengawasan barang berisiko memastikan pasien tetap dalam kondisi aman.
2. Curiga pada orang lain	3. Perilaku menyerang (5)	1. pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin	1. Lingkungan yang aman mengurangi peluang terjadinya perilaku kekerasan dan meningkatkan rasa nyaman pasien.
3. Halusinasi	4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain (5)	2. libatkan keluarga dalam perawatan	2. Keterlibatan keluarga
4. Berencana bunuh diri	5. Perilaku merusak lingkungan sekitar (5)	3. pemberian SP	
5. Disfungsi system keluarga	6. Perilaku agresif/amuk (5)	1. Bina hubungan saling percaya :	
6. Kerusakan kognitif	7. Suara keras (5)	- Mengucapkan salam teraupetik	
7. Disorientasi atau konfusi	8. Bicara ketus (5)	- Berjabat tangan sambil menyebutkan nama perawat	
8. Kerusakan control impuls		- Menjelaskan tujuan interasksi	
9. Persepsi pada lingkungan		- Membuat kontrak topik,waktu, dan tempat setiap kali bertemu.	
		- Beri rasa aman dan sikap empati	

tidak akurat	2. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan	memberikan dukungan emosional yang dapat membantu pasien mengendalikan perilaku agresif.
10. Alam perasaan depresi	3. Latih cara fisik tarik napas dalam dan penyaluran energi marah. Beri pujian	
11. Riwayat kekerasan pada hewan	4. Melakukan penerapan terapi musik	Edukasi
12. Kelaianan neurologis	5. masukan kedalam jadwal harian pasien	1. Dukungan keluarga meningkatkan motivasi pasien dalam proses penyembuhan dan mencegah kekambuhan perilaku kekerasan.
13. Lingkungan tidak teratur	SP 2 :	2. Melatih pasien mengungkapkan perasaan secara asertif membantu mereka menyalurkan emosi dengan cara yang sehat dan mengurangi risiko perilaku agresif.
14. Penganiayaan atau pengabaian anak	1. Evaluasi kegiatan yang lalu	3. Mengajarkan teknik pengendalian amarah membantu pasien mengatasi emosi negatif tanpa berujung pada perilaku kekerasan.
15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain	2. Latih secara sosial/verbal	
16. Impulsive	9. Menolak dengan baik	
17. Ilusi	10. Meminta dengan baik	
	11. Mengungkapkan dengan baik	
	3. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul kasur atau bantal. Beri pujian	
	4. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenias, benar dosis, benar waktu , benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu mium obat)	
	5. Melakukan penerapan terapi musik	
	6. Masukan pada jadwal kegiatan harian : latihan fisik dan minum obat	
	SP 3 :	
	1. Evaluasi kegiatan yang lalu	
	2. Validasi : kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, jadwal minum obat.	
	3. Tanyakan manfaat melakukan latihan nafas dalam, pukulkasur dan bantal, manfaat minum obat. Beri pujian	
	4. Melakukan penerapan terapi musik	

		5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan latihan cara bicara yang baik. SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan yang lalu 2. Validasi : kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, minum obat dengan 6 benar dan patuh, bicara yang baik. 3. Tanyakan manfaat latihan tarik nafas dalam ,pukul kasur bantal, minum obat, bicara yang baik. Beri pujian 4. Latih mengontrol marah dengan spritual (2 kegiatan) 5. Melakukan penerapan terapi musik 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obta, verbal dan spritual. Edukasi 1. anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung perawatan pasien 2. latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal	
Perilaku kekerasan (D.0132)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kontrol diri meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun	Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis: kondisi fisik, fungsi kognitif, dan Riwayat perilaku) 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Terapeutik 1. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan	Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513) Observasi 1. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan penting untuk mencegah cedera akibat kondisi fisik, kognitif, atau perilaku. 2. Pemantauan lingkungan mendeteksi perubahan yang

3. Suara keras menurun	2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko	berisiko dan memungkinkan intervensi cepat.
4. Bicara ketus menurun	3. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis: commode chair dan pegangan tangan)	Terapeutik
5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun	4. Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)	
6. Perilaku agresif menurun	5. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis: puskesmas, polisi, damkar)	
	6. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman	
	7. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis: timbal)	1. Menghilangkan atau memodifikasi bahaya lingkungan secara langsung menurunkan risiko kecelakaan.
Edukasi	1. Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan	
	2. Penyediaan alat bantu dan pelindung meningkatkan keamanan fisik pasien.	
	3. Koordinasi dengan otoritas dan relokasi meningkatkan keselamatan bila risiko tidak dapat dikendalikan.	
	4. Program skrining mencegah paparan zat berbahaya (mis. timbal) yang berdampak jangka panjang.	Edukasi
Manajemen Mood (I.09289)	1. Identifikasi mood (mis: tanda, gejala, Riwayat penyakit)	
	2. Identifikasi risiko keselamatan diri atau orang lain	
	3. Monitor fungsi kognitif (mis: konsentrasi, memori, kemampuan membuat keputusan)	
	4. Monitor aktivitas dan tingkat stimulasi lingkungan	1. Edukasi meningkatkan kesadaran individu dan keluarga dalam mengenali serta mengurangi risiko bahaya di lingkungan.
Observasi	1. Fasilitasi pengisian kuesioner self-report (mis: beck depression inventory, skala status fungsional), jika perlu	
	2. Berikan kesempatan untuk menyampaikan perasaan dengan cara yang tepat (mis:	
		Manajemen Mood (I.09289)
Terapeutik		
		Observasi
		1. Identifikasi mood dan fungsi kognitif penting untuk memahami kondisi

Perubahan persepsi sensori (D.0085)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka persepsi sensori membaik, dengan kriteria hasil:	Manajemen Halusinasi (I.09288)	Manajemen Halusinasi (I.09288)
		Observasi	Observasi
		1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi	1. Pemantauan perilaku dan isi halusinasi penting untuk mengidentifikasi potensi risiko bagi diri sendiri dan orang lain.
		2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan	
		3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri)	
		Terapeutik	2. Menyesuaikan aktivitas dan stimulus lingkungan membantu mengurangi intensitas halusinasi.
	1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun	1. Pertahankan lingkungan yang aman	
	2. Distorsi sensori menurun	2. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)	
	3. Perilaku halusinasi menurun	3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi	
	4. Respons sesuai stimulus membaik	4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi	
		Edukasi	1. Lingkungan aman mencegah cedera akibat respons terhadap halusinasi.
		1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	2. Intervensi keselamatan seperti limit setting dan seklusi diperlukan jika pasien kehilangan kontrol.
		2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi	3. Diskusi perasaan membantu pasien mengidentifikasi pemicu dan mengelola respons tanpa memperkuat isi halusinasi.
		3. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)	
		4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi	4. Menghindari debat tentang isi halusinasi mencegah konfrontasi dan menjaga hubungan terapeutik.
		Kolaborasi	
		1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	
			Edukasi

					1. Pemantauan mandiri dan distraksi membantu pasien mengalihkan perhatian dari halusinasi. 2. Dukungan dari orang terpercaya memberikan umpan balik realitas dan rasa aman. 3. Edukasi pada pasien dan keluarga memperkuat keterampilan mengontrol halusinasi secara mandiri.
					Kolaborasi
					1. Obat antipsikotik dan antiansietas efektif dalam mengurangi frekuensi dan intensitas halusinasi.
Harga rendah (D.0086)	diri kronis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka harga diri meningkat, dengan kriteria hasil:	Promosi Harga Diri (I.09308)	Observasi	Observasi
		1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan malu menurun 3. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 4. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat	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		1. Mengidentifikasi latar belakang individu penting karena budaya, agama, dan usia memengaruhi persepsi diri. 2. Pemantauan verbal negatif membantu mengenali penurunan harga diri secara dini. 3. Menilai tingkat harga diri secara berkala memandu intervensi yang tepat.
			Terapeutik		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		1. Verbalisasi positif dan tantangan baru

5. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat	6. Diskusikan persepsi negatif diri	meningkatkan keyakinan diri.
6. Minat mencoba hal baru meningkat	7. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah	2. Diskusi terbuka mengenai persepsi negatif dan pengalaman positif membantu membentuk konsep diri yang sehat.
7. Berjalan menampakkan wajah meningkat	8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi	3. Penetapan tujuan yang realistis mendorong pencapaian dan memperkuat harga diri.
8. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat	9. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas	4. Dukungan keluarga dengan harapan yang jelas memberikan rasa aman dan validasi diri.
	10. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan	5. Umpan balik positif dan aktivitas yang bermakna memperkuat citra diri yang positif.
	11. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri	
	Edukasi	Edukasi
	1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien	1. Dukungan keluarga sangat berperan dalam membangun konsep diri yang sehat.
	2. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki	2. Mengidentifikasi kekuatan dan melatih berpikir positif mendorong penghargaan terhadap diri.
	3. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain	3. Melatih tanggung jawab, komunikasi, dan pengelolaan kritik membentuk kemandirian emosional dan
	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	

					harga diri yang stabil.
Harga rendah situasional (D.0087)	diri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka harga diri meningkat, dengan kriteria hasil:	Manajemen Perilaku (I.12463)	Observasi	1. Mengidentifikasi i harapan terhadap perilaku membantu menentukan target dan strategi pengendalian yang sesuai.
		1. Penilaian diri positif meningkat	1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku	1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku	1. Diskusi tanggung jawab meningkatkan kesadaran diri terhadap perilaku.
		2. Perasaan malu menurun	2. Jadwalkan kegiatan terstruktur	2. Batasi jumlah pengunjung	2. Jadwal dan lingkungan yang konsisten memberikan struktur dan rasa aman.
		3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat	3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas	3. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi	3. Aktivitas fisik dan pengalihan mengurangi agitasi dan perilaku maladaptif.
		4. Percaya diri berbicara meningkat	4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan	4. Cegah perilaku pasif dan agresif	4. Membatasi pengunjung dan menggunakan komunikasi tenang mencegah overstimulasi
		5. Kontak mata meningkat	5. Batasi jumlah pengunjung	5. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku	5. Menghindari konfrontasi dan memberi penguatan positif memperkuat perilaku adaptif.
		6. Gairan aktivitas meningkat	6. Bicara dengan nada rendah dan tenang	6. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi	6. Pengekangan dilakukan hanya jika membahayakan, untuk menjaga keselamatan.
		7. Berjalan menampakk an wajah meningkat	7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi	7. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan	
		8. Postur tubuh menampakk an wajah meningkat	8. Cegah perilaku pasif dan agresif	8. Hindari sikap mengancam atau berdebat	
			9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku	9. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan	
			10. Lakukan pengekangan 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		Edukasi
			1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif		1. Melibatkan keluarga penting

karena keluarga berperan besar dalam pembentukan pola pikir dan perilaku pasien.

2.5.5 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas khusus yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Menurut Budiman (2019) dalam Modul Keperawatan Jiwa Tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Bersama keluarga perawat mengidentifikasi masalah yang dialami oleh pasien. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian, dan mengevaluasi. Jika pasien mendapatkan terapi obat, maka hal pertama yang harus dilatih adalah pentingnya kepatuhan minum obat.

2.5.6 Evaluasi Keperawatan

Menurut Fadly & Hargiana (2018), Evaluasi yang dilakukan perawat berdasarkan kemampuan yang sudah diajarkan pada pasien, berupa evaluasi yang dapat dilakukan untuk menilai respon verbal dan juga non verbal yang dapat diobservasi oleh perawat berdasarkan respon yang di tunjukkan oleh pasien. pendekatan SOAP, yaitu :

Berikut penyusunan evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, yaitu :

- S : Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- O : Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- A : Analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data kontradiksi dengan masalah yang ada.
- P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons pasien yang terdiri dari tindakan lanjut oleh perawat.