

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. DEFINISI PERILAKU KEKERASAN

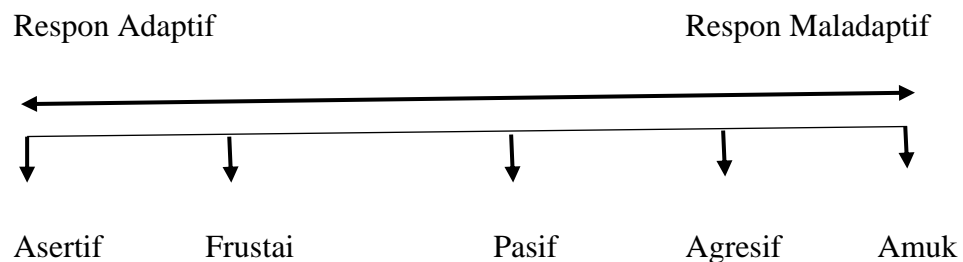
Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri (Stuart & Laraia, 2013). Keliat, Akemat, Helena dan Nurhaeni (2012) menyatakan bahwa perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik), (Hasannah & Solikhah, 2019).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, pada orang lain maupun pada lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Aprini & Prsetya, 2018). Perilaku kekerasan adalah suatu akibat yang ekstriem dari marah atau ketakutan atau panik. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal disuatu sisi dan

perilaku kekerasan (violence) di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah, hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku menjadi agresif atau melukai karena penggunaan koping yang kurang bagus (Suhartono & Kesehatan, 2014).

B. RENTAN RESPON MARAH

Rentan respon marah perilaku kekerasan menurut (Nurhalimah, 2016):



Bagan 2.1 Tentang Respon Marah

Keterangan:

1. Asertif adalah respon marah dimana individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan.
2. Frustrasi adalah respon marah dimana individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
3. Pasif adalah respon marah dimana individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya.
4. Agresif adalah perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.

5. Amuk adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serata hilangnya control.

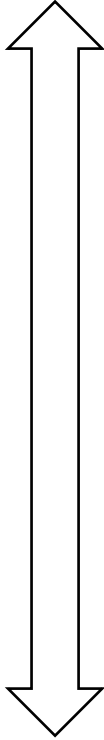
Tabel 2.1 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif, (Nurhalimah 2016)

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negatif 2. Menghina 3. Dapatkah saya lakukan 4. Dapatkah ia lakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positif 2. Menghargai diri sendiri 3. Saya dapat/akan lakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berlebihan 2. Menghina orang lain 3. Anda selalu/tidak pernah
Nada suara	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diam 2. Lemah 3. Merengek 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diatur 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tinggi 3. Menuntut
Postur/sikap tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melotot 2. Menundukan kepala 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tegak 2. Rileks 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenang 2. Bersandar
Personal space	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga jarak yang menyenangkan 2. Mempertahankan hak tempat/teritorial 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memasuki teritorial orang lain
Gerakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minimal 2. Lemah 3. Resah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperlihatkan gerakan yang sesuai 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengancam 2. Ekspansi Gerakan

Kontak mata	1. Sedikit atau tidak	1. Sekali-kali sesuai dengan kebutuhan interaksi	1. Melotot
-------------	-----------------------	--	------------

Setelah didapatkan respon perilaku pasien, selanjutnya perlu melihat hierarki perilaku kekerasan untuk mengetahui rendah dan tingginya risiko perilaku kekerasan pasien melalui tingkah laku pasien. (Kusumaningtyas, 2018).

Bagan 2.2 Hierarki Perilaku Kekerasan, (Nurhalimah 2016)

Rendah	NO	HIRARKI PERILAKU KEKERASAN
	1.	Mempertahankan permusuhan rendah
	2.	Keras menurut
	3.	Mendekati orang lain dengan ancaman
	4.	Memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai
	5.	Menyentuh orang dengan cara yang menakutkan
	6.	Memberi kata-kata ancaman dengan rencana
	7.	Melukai dalam tingkat ringan tanpa membutuhkan perawatan medis
	8.	Melukai dalam tingkat serius dan memerlukan perawatan medis
Tinggi		

C. ETIOLOGI

1. Faktor Predisposisi

Menurut Nurhalimah (2016) menjelaskan faktor predisposisi adalah faktor yang mendasari terjadinya perilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, nilai-nilai kepercayaan maupun keyakinan, dengan berbagai pengalaman yang dialami setiap orang. Faktor predisposisi yang artinya mungkin terjadi atau mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:

a. Faktor Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkotika, psikotropika dan zat aditif lainnya) (Nurhalimah, 2016).

b. Faktor psikologis

1) Kehilangan adalah suatu keadaan dimana seseorang merasa kekurangan atas ketiadaan sesuatu yang tadinya ada. Kehilangan disebabkan oleh berbagai macam yaitu kehilangan orang yang dicintai, barang maupun pekerjaan. Rasa kehilangan akan menyebabkan seseorang merasa cemas hingga mengalami

kecemasan yang berlebihan itulah yang akan menyebabkan seseorang mengalami gangguan kejiwaan.

- 2) Kepribadian adalah organisasi-organisasi dinamis sistem-sistem psikofisik dalam individu yang turut menentukan cara-caranya yang unik/khas dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Kepribadian adalah sesuatu yang menentukan perilaku dalam ketetapan situasi dan kesadaran jiwa. Faktor yang mendukung terjadinya risiko perilaku kekerasan yaitu kepribadian tertutup.

c. Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial (social environment theory) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi atau social learning theory (Nurhalimah, 2016).

2. Faktor Presipitasi

Menurut Direja (2011) mengungkapkan secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- a. Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.

- b. Interaksi : Penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal maupun eksternal.
- c. Lingkungan : Panas, padat dan bising.
- d. Adanya riwayat anti sosial penyalahgunaan obat, alkoholisme, sehingga tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi frustrasi.
- e. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan individu dan keluarga.

D. MANIFESTASI KLINIS

Tanda gejala resiko perilaku kekerasan menurut (Suhartono & Kesehatan, 2014) adalah sebagai berikut:

- a. Fisik

Mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang menutup, wajah memerah dan tegangan, serta postur tubuh kaku.

- b. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata – kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, dan ketus.

- c. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif.

- d. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.

e. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata – kata bernada sarkasme.

f. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keraguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.

g. Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

E. MEKANISME KOPING

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping pasien, sehingga dapat membantu pasien mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif untuk dapat mengekspresikan masalahnya. Menurut (Kusumaningtyas, 2018) mekanisme koping yang sering digunakan antara lain mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, depresi dan reaksi formasi. Mekanisme koping tersebut yaitu:

1. Deplacemen yaitu melepaskan perasaan tertekan dengan bermusuhan.

2. Sublimasi yaitu dapat mengungkapkan rasa marah pada objek yang salah , misalnya pada saat marah pada orang tua, anak mengungkapkan marah dengan memukul tembok atau memberantakan rumah.
3. Proyeksi yaitu kemarahan dimana secara verbal mengalihkan kesalahan diri sendiri pada orang lain yang dianggap berkaitan.
4. Depresi yaitu menekan perasaan yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluas mekanisme ego lainnya.
5. Reaksi formasi yaitu pembentukan sikap keadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar-benar dilakukan oleh orang lain.

F. AKIBAT

Akibat dari perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan mencederai diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan. Keadaan dimana individu mengalami perilaku yang dapat membahayakan secara fisik baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungannya. Kondisi ini akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif.

G. POHON MASALAH

Perilaku atau respon kemarahan dapat berkembang dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah dimana amuk (perilaku kekerasan) dan agresif berada pada rentang maladaptif (Skizofrenia, 2021) adalah sebagai berikut :

Resiko menyederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan



Resiko Perilaku Kekerasan



Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Bagan 2.3 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekeraasan

H. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut Muhith (2015) rumusan diagnosa keperawatan pada resiko perilaku kekerasan adalah:

1. Resiko perilaku kekerasan

I. FOKUS INTERVENSI

Tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan memerlukan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Perilaku Kekerasan (Sutejo, 2018)
 - a. Tujuan umum : Pasien dapat mengontrol Perilaku Kekerasan.
 - b. Tujuan khusus :
 - 1) TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya.
 - a) Kriteria hasil
 - (1) Pasien mampu membalas salam yang diberikan orang lain.
 - (2) Pasien mau berjabat tangan dengan orang lain.
 - (3) Pasien mau menyebutkan nama.

- (4) Pasien mau tersenyum.
- (5) Pasien mau kontak mata dengan orang lain.
- (6) Pasien mau mengetahui nama perawat.

b) Rencana tindakan keperawatan

- (1) Beri salam atau panggilan.
- (2) Sebutkan nama perawat.
- (3) Jelaskan maksud hubungan interaksi.
- (4) Jelaskan akan kontrak dan sikap empati.
- (5) Beri rasa aman dan empati.
- (6) Lakukan kontak singkat tapi sering.

2) TUK 2 : Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

a) Kriteria hasil

- (1) Pasien dapat mengungkapkan perasaannya.
- (2) Pasien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau kesal (dari diri sendiri, orang lain, lingkungan).

b) Rencana tindakan keperawatan

- (1) Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.
- (2) Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab dari perasaan jengkel.

3) TUK 3 : Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala kekerasana.

a) Kriteria Hasil

(1) Pasien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel.

(2) Pasien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel atau kesal yang dialaminya.

b) Rencana tindakan keperawatan

(1) Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah.

(2) Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien.

4) TUK 4 : Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dialami.

a) Kriteria hasil

(1) Pasien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

(2) Pasien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

b) Rencana tindakan keperawatan

(1) Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan, pada diri sendiri).

(2) Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

5) TUK 5 : Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.

a) Kriteria hasil

Pasien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan pasien.

b) Rencana tindakan keperawatan

(1) Bicarakan akibat dari cara yang dilakukan pasien.

(2) Bersama pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien.

(3) Tanyakan kepada klien “apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat?”.

6) TUK 6 : Pasien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan.

a) Kriteria hasil

Pasien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik : tarik nafas dalam, pukul kasur atau bantal.

b) Rencana tindakan keperawatan

(1) Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien.

(2) Memberikan pujian atas kegiatan fisik yang biasa digunakan.

7) TUK 7 : Pasien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan.

a) Kriteria hasil

(1) Pasien dapat menyebutkan cara bicara verbal yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan.

(2) Pasien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik.

b) Rencana tindakan keperawatan

(1) Diskusikan cara bicara yang baik dengan pasien.

(2) Beri contoh bicara yang baik.

(3) Meminta pasien mengikuti contoh cara bicara yang baik.

(4) Minta pasien mengulangi sendiri.

(5) Beri pujian atas keberhasilan pasien.

8) TUK 8 : Pasien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan.

a) Kriteria Hasil

Keluarga dan pasien dapat menyebutkan cara merawat pasien yang berperilaku kekerasan dan mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien.

b) Rencana tindakan keperawatan

(1) Identifikasi kemampuan keluarga merawat pasien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini.

(2) Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien.

(3) Membantu klien mengenal penyebab ia marah.

9) TUK 9 : Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

a) Kriteria Hasil

- (1) Pasien dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat.
- (2) Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat yang benar.
- (3) Pasien mendapat informasi tentang efek samping obat dan akibat berhenti minum obat.
- (4) Pasien dapat menyebutkan prinsip lima benar minum obat.

b) Rencana tindakan keperawatan

- (1) Diskusikan dengan pasien tentang dosis, frekwensi serta manfaat minum obat.
- (2) Anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya.
- (3) Anjurkan pasien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.
- (4) Berikan reinforment positif atau pujian.

Keliat (2012) menjelaskan untuk mempermudah pelaksanaan tindakan maka menggunakan Strategi Pelaksanaan Tindakan (SP).

1. Strategi Pelaksanaan Tindakan Resiko Perilaku Kekerasan

:

a. Pasien

1) SP 1

- (a) Mengidentifikasi penyebab PK.

- (b) Mengidentifikasi tanda & gejala PK.
- (c) Mengidentifikasi PK yang dilakukan.
- (d) Menyebabkan cara mengontrol PK.
- (e) Membantu klien mempraktekan latihan cara mengontrol fisik 1 (latihan nafas dalam).
- (f) Membantu klien mempraktekan latihan cara fisik ke 2 (pukul kasur atau bantal).
- (g) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

2) SP 2

- (a) Mengevaluasi kegiatan yang lalu yaitu latihan fisik pertama dan kedua.
- (b) Membantu pasien latihan patuh minum obat dengan prinsip 5 benar minum obat.
- (c) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian.

3) SP 3

- (a) Mengevaluasi kegiatan yang lalu yaitu latihan fisik pertama dan kedua serta mengendalikan marah dengan cara patuh minum obat menggunakan prinsip 5 benar minum obat.
- (b) Membantu pasien latihan mengendalikan Perilaku Kekerasan dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik.
- (c) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

4) SP 4

- (a) Mengevaluasi kegiatan yang lalu yaitu latihan fisik pertama dan kedua, patuh minum obat dengan prinsip 5 benar, serta mengendalikan marah secara verbal.
- (b) Membantu pasien latihan mengendalikan Perilaku Kekerasan dengan cara spiritual yaitu dengan latihan beribadah dan berdoa.
- (c) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

b. Keluarga

1) SP 1

- (a) Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- (b) Menjelaskan Perilaku Kekerasan seperti penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari Perilaku Kekerasan tersebut.
- (c) Menjelaskan cara merawat pasien.
- (d) Melatih keluarga pasien cara-cara mengendalikan marah pada pasien.
- (e) Rencana tindak lanjut untuk keluarga atau menjadwalkan keluarga untuk merawat.

2) SP 2

- (a) Mengevaluasi pengetahuan keluarga tentang marah.
- (b) Anjurkan keluarga untuk motivasi pasien melakukan tindakan yang telah dilakukan.
- (c) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
- (d) Rencana tindak lanjut untuk keluarga agar memasukan ke jadwal harian.

3) SP 3

- (a) Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.
- (b) Mendiskusikan kepada keluarga pasien tentang perawatan pasien dirumah.

2. Harga Diri Rendah

- a. Tujuan umum : pasien dapat meningkatkan harga dirinya.
- b. Tujuan khusus:

1) TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya.

- a) Kriteria hasil
 - (1) Pasien dapat mengungkapkan perasaannya.
 - (2) Ekspresi wajah bersahabat.
 - (3) Ada kontak mata.
 - (4) Menunjukkan rasa senang.
 - (5) Mau berjabat tangan.
 - (6) Mau menjawab salam.

- (7) Pasien mau duduk berdampingan.
- (8) Pasien mau mengantarkan masalah yang dihadapi.
- b) Rencana tindakan keperawatan
 - (1) Bina hubungan saling percaya.
 - (2) Beri kesempatan mengungkapkan perasaannya tentang penyakit yang diderita.
 - (3) Sediakan waktu untuk mendengarkan pasien.
 - (4) Katakan pada pasien bahwa ia adalah seorang yang berharga.
- 2) TUK 2 : Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
 - a) Kriteria hasil
 - Pasien mampu mempertahankan aspek yang dimiliki.
 - b) Rencana tindakan keperawatan
 - (1) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
 - (2) Saat bertemu klien, hindarkan memberi penilaian negatif.
- 3) TUK 3 : Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
 - a) Kriteria hasil
 - (1) Kebutuhan pasien terpenuhi.
 - (2) Pasien dapat melakukan aktifitas terarah.
 - b) Rencana tindakan keperawatan
 - (1) Diskusikan kemampuan pasien yang masih dapat digunakan.
 - (2) Diskusikan juga kemampuan yang bisa digunakan di Rumah

Sakit.

4) TUK 4 : Pasien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

a) Kriteria hasil

(1) Pasien mampu beraktivitas sesuai kemampuan.

(2) Pasien mampu mengikuti terapi aktivitas kelompok.

b) Rencana tindakan keperawatan

(1) Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari.

(2) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi pasien.

(3) Beri contoh pelaksanaan kegiatan yang boleh pasien lakukan.

5) TUK 5 : Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya.

a) Kriteria hasil

Pasien mampu beraktivitas sesuai kemampuan.

b) Rencana tindakan keperawatan

(1) Beri kesempatan pasien untuk mencoba kegiatan yang direncanakan.

(2) Beri pujian atas keberhasilan pasien.

(3) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan dirumah.

6) TUK 6 : Pasien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.

a) Kriteria hasil

- (1) Pasien mampu melakukan apa yang diajarkan.
- (2) Pasien mau memberikan dukungan.

b) Rencana tindakan keperawatan

- (1) Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat pasien.
- (2) Bantu keluarga memberi dukungan selama klien dirawat.
- (3) Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.

Keliat (2012) menjelaskan untuk mempermudah pelaksanaan tindakan maka menggunakan Strategi Pelaksanaan Tindakan (SP).

2. Harga Diri Rendah

a. Pasien

1) SP 1

- (a) Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
- (b) Menilai kemampuan yang dapat dilakukan.
- (c) Memilih kemampuan yang akan dilatih.
- (d) Melatih kemampuan pertama yang telah dipilih.

2) SP 2

- (a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- (b) Melatih Kemampuan kedua yang dapat dilakukan pasien.
- (c) Melatih kemampuan yang akan dipilih.

(d) Menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian pasien.

3) SP 3

(a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

(b) Melatih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan dan seterusnya.

(c) Menganjurkan klien memasukan kejadwal harian pasien.

b. Keluarga

1) SP 1

(a) Mengidentifikasi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.

(b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala Harga Diri Rendah yang dialami klien beserta proses terjadinya.

(c) Menjelaskan cara-cara merawat pasien dengan Harga Diri Rendah.

2) SP 2

(a) Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan Harga Diri Rendah.

(b) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien dengan Harga Diri Rendah.

3) SP 3

(a) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (*discharge planning*).

(b) Menjelaskan follow up klien setelah pulang.

J. IMPLEMENTASI

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Dalam mengimplementasikan intervensi, perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi yang luas dirancang untuk mencegah penyakit, meningkatkan, memperahankan, dan memulihkan kesehatan fisik dan mental. Kebutuhan pasien terhadap pelayanan keperawatan dan dirancang pemenuhan kebutuhannya melalui standar pelayanan dan asuhan keperawatan (Suhartono & Kesehatan, 2014).

Implementasi keperawatan, implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Untari & Irna, 2020).

K. EVALUASI

Proses evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan pasien. Menurut Wirawan (2012) adalah riset untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menyajikan informasi yang bermanfaat mengenai objek evaluasi, selanjutnya menilainya dan membandingkannya dengan indikator evaluasi serta hasilnya dipergunakan untuk mengambil keputusan mengenai objek evaluasi tersebut. Menurut Direja

(2013) evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP diantaranya sebagai berikut :

1. Subjektif (S) : Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
2. Objektif (O) : Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
3. Analisa (A) : Analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada dara kontradiksi dengan masalah yang ada.
4. *Planning* (P) : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien.