

BAB II

TINJAUAN TEORI DAN KONSEP

A. Konsep Dasar Marah Dan Perilaku Kekerasan

1. Definisi Marah dan Perilaku Kekerasan

Marah merupakan perasaan jengkel seseorang yang timbul karena respon terhadap kecemasan terhadap kebutuhan yang tidak terpenuhi, emosi yang sering muncul dalam diri sendiri sering diungkapkan seperti sedih, kecewa, marah benci, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat menimbulkan suatu perilaku kekerasan sebagai cara untuk menyerang orang lain yang dirasakan atau dianggap sebagai ancaman (Muhith Abdul, 2015).

Menurut Yosep (2010), marah merupakan suatu bentuk komunikasi dalam proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa orang tersebut tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap dan merasa diremehkan. Sehingga seseorang mampu mengetahui bahwa seseorang tersebut sedang marah baik diungkapkan secara verbal atau kata-kata maupun perilaku yang menunjukkan kemarahannya.

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis seseorang, sehingga perilaku kekerasan tidak hanya melukai fisik seseorang saja

tetapi juga berdampak pada psikologis (Berkowith, 1993) dalam Nita Fitria, 2012).

Menurut Yosep (2010), perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol sehingga menimbulkan masalah bagi dirinya sendiri maupun orang lain.

Jadi, Konsep marah dengan perilaku kekerasan adalah suatu perasaan jengkel seseorang yang timbul karena kebutuhan seseorang yang tidak terpenuhi yang menimbulkan emosi seseorang muncul yang diungkapkan seperti sedih, kecewa, marah benci, perasaan dendam yang memancing amarah sehingga menimbulkan perilaku kekerasan yang membahayakan fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain, yang tidak terkontrol sehingga menimbulkan masalah bagi diri sendiri maupun orang lain.

2. Terapi Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi nafas dalam merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jiwa. Salah satu cara terapi relaksasi nafas adalah bersifat respiratoris yaitu dengan mengatur aktivitas bernafas. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat atau dalam. Keteraturan dalam

bernafas, menyebabkan sikap mental badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku. Teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan diantaranya adalah menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, alasannya adalah jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang rileks, maka hasil dan prosesnya akan optimal. (Wiramihardja, 2007).

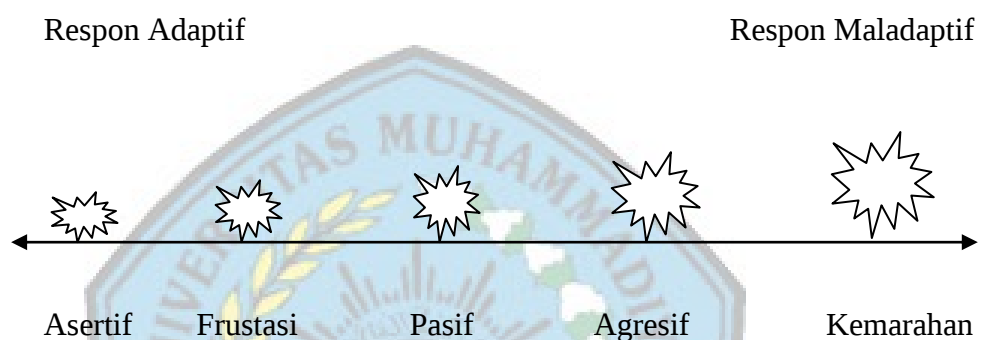
Teknik relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan menyenangkan pikiran saja. Tetapi relaksasi nafas dalam juga dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk berkonsentrasi, kemampuan untuk mengontrol diri, untuk menurunkan tingkat emosi dan depresi (Handoyo, 2005).

Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Seigmen dan Snow (1996), Pada remaja akhir di Maryland mengungkapkan bahwa umumnya terdapat tiga ekspresi marah yang mungkin muncul. Yang pertama adalah *anger-out*, yaitu marah yang muncul secara spontan dan cepat yang biasanya ditandai dengan teriakan, makian yang ditujukan kepada obyek kemarahan, Yang kedua adalah *anger-in* yaitu kemarahan yang cenderung dirasakan sendiri tanpa mengungkapkannya biasanya disalurkan dengan imajinasi, Yang ketiga *mood incongruent speech* yaitu mengungkapkan kemarahan dengan suara pelan dan lembut.

Disini perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mengontrol sifat marah, emosi dan perilaku agresif pada pasien. dalam hal ini perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, dengan cara nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan-lahan. Dari berbagai intervensi yang dilakukan oleh perawat salah satunya adalah dengan tehnik relaksasi nafas dalam karena relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress fisik maupun emosional. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan *opioid endogen* yaitu berupa senyawa *endorphin* dan *enkefalin* yang dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawan penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan, dan kreatifitas (Smeltzer dan Bare, 2002).

3. Rentang Respon Marah

Merupakan perasaan marah normal bagi tiap individu, namun perilaku yang dimanifestasikan oleh perasaan marah dapat berfluktuasi sepanjang rentang respon adaptif dan maladaptif (Keliat, 1996) dalam Muhith Abdul, 2015).



Gambar 2.1 : Rentang Respon Marah (Keliat, 1996) dalam Muhith Abdul, 2015).

Keterangan pada label 2.1:

- Asertif, yaitu mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain dan tanpa merendahkan harga diri seseorang.
- Frustasi, yaitu respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan.
- Pasif, yaitu respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, sifat tidak berani mengemukakan keinginan

dan pendapat sendiri, tidak ingin terjadi konflik karena takut akan tidak disukai atau menyakiti orang lain.

d. Agresif, yaitu sikap membela diri sendiri dengan cara melanggar hak orang lain.

e. Kekerasan, yaitu gaduh gelisah atau amuk (keliat, 2002) dalam Muhith Abdul, 2015).

4. Etiologi Perilaku Kekerasan

Menurut Yosep & Titin (2014) perilaku kekerasan mempunyai faktor penyebab yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor psikologis

Pandangan psikologi terhadap perilaku agresif seseorang, yang mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidupnya. Contohnya seperti:

- a) Kerusakan otak organik, retradasi mental, sehingga tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif
- b) *Severe emotional* atau rejeksi yang berlebihan pada masa kanak-kanak, merusak hubungan dan saling percaya serta harga diri
- c) Terpapar kekerasan selama perkembangan dan kekerasan dalam keluarga.

2) Faktor sosial budaya

Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi dan sering mendapatkan kekuatan makan akan sering juga kemungkinan besar terjadi. Seseorang akan berespon terhadap kebangkitan emosionalnya secara agresif dengan respon yang di pelajarnya, pembelajaran ini bisa eksternal atau internal. Kultural juga dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma yang membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat di terima dan mana yang tidak dapat di terima. Sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara asertif.

3) Faktor biologis

Penelitian neurobiologi pada hewan mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulus listrik ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbic) binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif. Kerusakan fungsi limbic (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indra penciuman dan memori). Neuro transmitter yang sering dikaitkan dengan perilaku agresif: serotonin, dopamine, norepinephrine, acetylcholine, dan asam amino GABA.

b. Factor Presipitasi

Menurut Yosep (2010) faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak menggunakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik
- 4) Ketidakpastian ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan ibu dalam menempatkan dirinya sebagai seorang yang dewasa
- 5) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- 6) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

5. Mekanisme Koping

Disini perawat mengidentifikasi mekanisme koping pada pasien, sehingga dapat membantu pasien untuk penatalaksanaan stress termasuk upaya untuk menyelesaikan masalah mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. (Stuart dan sundeen, 1998) dalam Muhith Abdul, 2015).

Mekanisme koping yang umum sering digunakan adalah mekanisme untuk mempertahankan ego seseorang seperti sublimasi, proyeksi, represi, reaksi formasi dan displacement (Maramis, 1998) dalam Muhith Abdul, 2015).

- a. Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya kearah lain.
- b. Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik.
- c. Respirasi, yaitu mencegah pikiran yang dapat 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 dan menggunakannya sebagai rintangan.
- e. *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan seseorang yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada awalnya untuk membangkitkan emosi itu.

6. Tanda dan Gejala

Menurut Direja (2011) perilaku kekerasan mempunyai tanda dan gejala yang muncul. Tanda dan gejala tersebut yaitu:

a. Fisik

Muka tegang, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah dan tegang, postur tubuh kaku, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, berjalan mondar-mandir.

b. Verbal

Bicara kasar, suara tinggi (membentak/berteriak), mengancam secara fisik atau verbal, mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras, ketus

c. Perilaku

Contohnya seperti melempar atau memukul benda atau orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

d. Emosi

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

e. Intelektual

Mendominasi, cerewet, berbicara kasar, berdebat, meremehkan dan sarkasme

f. Social

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran

g. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, dan penyimpangan seksual.

7. Manifestasi klinis

a. Fisiologi

Tekanan darah meningkat. Respirasi rate meningkat, napas dangkal dan cepat, tonus otot meningkat, muka merah. Peningkatan saliva, mual, penurunan peristaltik labung atau kadar HCL, lambung. peningkatan frekuensi berkemih, dilatasi pupil.

b. Emosional

Jengkel, labil, tidak sabar, ekspresi wajah tegang, pandangan tajam, merasa tidak aman, bermusuhan, marah, bersikeras, dendam, menyerang, takut, cemas, merusak benda.

c. Intelektual

Bicara mendominasi, bawel, berdebar, meremehkan, konsentrasi menurun, persuasive.

d. Social

Menarik diri, sinis, curiga, agresif, mengejek, menolak, kasar.

e. Spiritual

Ragu-ragu tentang kebaikan, moral bejat, maha kuasa (selalu paling benar), tidak pernah beribadah.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut Yosep Iyus (2014) asuhan keperawatan pasien perilaku kekerasan terdiri dari:

1. Pengkajian

a. Aspek Biologis

Respon fisiologis timbul karena system saraf bereaksi terhadap sekresi epinerin sehingga tekanan darah meningkat, takcikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urin meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatkan kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan di kepal, tubuh kaku dan reflek cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

b. Aspek Emosional

Individu marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi dendam, ingin berkelahi, ngamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahgunakan, dan menuntut. Perilaku menarik perhatian dan

timbulnya konflik pada diri sendiri perlu dikaji seperti melarikan diri, bolos sekolah, mencuri, menimbulkan kebakaran, dan penyimpangan seksual.

c. Aspek Intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individu di dapatkan melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman.

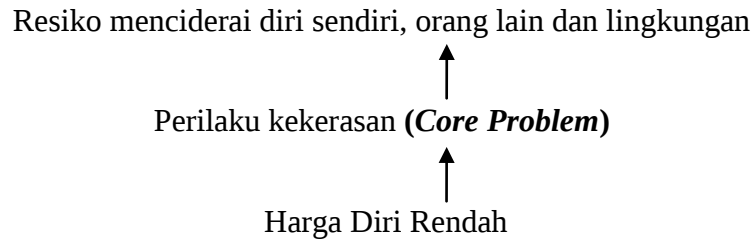
d. Aspek Sosial

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Dan menimbulkan penolakan bagi orang lain. Pasien seringkali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain.

e. Aspek Spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hub individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa. Individu yang percaya kepada Tuhan Yang Maha Esa, selalu meminta dan bimbingan kepadaNya.

2. Pohon Masalah



Keterangan:

a. Harga Diri Rendah

- 1) Data subjektif: Pasien merasa tidak mampu, malu, merendahkan dirinya, menyalahkan dirinya dengan masalah yang terjadi pada dirinya.
- 2) Data objektif: Pasien terlihat tidak menerima keadaan yang dialami sekarang.

b. Perilaku Kekerasan

- 1) Data subyektif : Pasien mengatakan benci atau kesal pada seseorang. pasien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah. Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya.
- 2) Data objektif: Mata merah, wajah agak merah, nada bicara tinggi dan keras bicara menguasai, ekspresi marah saat membicarakan seseorang, pandangan tajam, melempar barang-barang dan memecahkan kaca atau barang disekitarnya.

c. Resiko Menciderai Diri Sendiri, Orang Lain Dan Lingkungan

- 1) Data subyektif: Pasien mengatakan marah dan jengkel kepada orang lain, ingin membunuh, ingin membakar atau mengacak-ngacak lingkungannya.
- 2) Data objektif: Pasien mengamuk, merusak dan melempar barang-barang, melakukan tindakan kekerasan pada orang-orang di sekitarnya. Dalam (2009).

3. Diagnosa keperawatan

- a. Perilaku Kekerasan
- b. Halusinasi Pendengaran
- c. Isolasi Sosial
- d. Harga Diri Rendah.



4. Rencana Keperawatan (Nita Fitria, 2012)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		
			Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
1	Prilaku Kekerasan	TUM: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan. TUK: SP1: a) Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.	Setelah 1x interaksi klien dapat menunjukan ekspresi wajah bersahabat, menunjukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi trapeutik: - Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal. - Perkenalkan diri dengan sopan. - Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. - Jelaskan tujuan pertemuan. - Jujur dan tepat janji. - Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. - Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.	Untuk menjalin hubungan saling percaya antara klien dan perawat didalam melakukan tindakan keperawatan.
		b.)Klien dapat mengidentifikasi penyebab prilaku kekerasan.	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi penyebab prilaku kekerasan.	Identifikasi penyebab prilaku kekerasan klien.	Menentukan mekanisme koping yang dimiliki klien dalam menghapi masalah serta sebagai langkah awal dalam menyusun strategi berikutnya.

		c.) Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala prilaku kekerasan.	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala prilaku kekerasan.	Identifikasi tanda dan gejala prilaku kekerasan	Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang dapat membahayakan klien dan lingkungan sekitar
		d.) Klien dapat mengidentifikasi prilaku kekerasan yang dilakukannya.	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi prilaku kekerasan yang dilakukannya	Identifikasi prilaku kekerasan yang dilakukan klien.	Melihat mekanisme koping klien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.
		e.) Klien dapat mengidentifikasi akibat prilaku kekerasan.	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi akibat dari prilaku kekerasan.	Identifikasi prilaku kekerasan yang telah dilakukan klien.	Membantu klien melihat dampak yang ditimbulkan akibat prilaku kekerasan yang dilakukan klien.
		f.) Klien dapat menyebutkan cara mengontrol prilaku kekerasan.	Setelah 1x interaksi, klien dapat menyebutkan cara mengontrol prilaku kekerasan.	Dorong klien untuk menyebutkan cara mengontrol prilaku kekerasan.	Menurunkan prilaku destruktif yang akan mencidrai klien dan lingkungan sekitar.
		g.) Klien dapat mempraktikan latihan cara mengontrol prilaku kekerasan dengan teknik relaksasi nafas dalam.	Setelah 1x interaksi, klien dapat mempraktikan latihan cara mengontrol prilaku kekerasan dengan teknik relaksasi nafas dalam.	Dorong klien untuk mempraktikan latihan cara mengontrol prilaku kekerasan dengan teknik relaksasi nafas dalam.	Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi aggresifitas pada pasien prilaku kekerasan.

		h.)Klien dapat memasukan latihan tehnik relaksasi nafas dalam, kedalam jadwal kegiatan harian pasien.	Setelah 1x interaksi, klien dapat memasukan latihan tehnik relaksasi nafas dalam, kedalam jadwal kegiatan harian.	Anjurkan klien untuk memasukan latihan tehnik relaksasi nafas dalam, kedalam jadwal kegiatan harian.	Memasukan kegiatan untuk mengontrol perilaku kekerasan kedalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih dan mengaplikasikan tehnik relaksasi nafas dalam saat klien marah.
2.	Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	TUM : -Klien dapat mengenal masalah dan mampu mengatasi halusinasinya. TUK: SP1: a.) Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.	Setelah 1x interaksi klien dapat menunjukan ekspresi wajah bersahabat, menunjukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi trapeutik: - Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal. - Perkenalkan diri dengan sopan. - Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. - Jelaskan tujuan pertemuan. - jujur dan tepat janji. - Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. - Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.	Untuk menjalin hubungan saling percaya antara klien dan perawat didalam melakukan tindakan keperawatan.

		b.)Klien dapat mengidentifikasi jenis halusinasi.	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi jenis halusinasi.	Identifikasi jenis halusinasi klien.	Ungkapan dari klien mengenai jenis halusinasi menunjukan apa yang dibutuhkan dan dirasakan oleh klien.
		c.)Klien dapat mengidentifikasi isi halusinasi.	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi isi halusinasi.	Identifikasi isi halusinasi klien.	Ungkapan dari klien mengenai isi halusinasi menunjukan apa yang dibutuhkan.
		d.)Klien dapat mengidentifikasi waktu halusinasi.	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi waktu halusinasi	Identifikasi waktu halusinasi klien.	Ungkapan dari klien mengenai waktu halusinasi menunjukan apa yang dibutuhkan dan dirasakan oleh klien.
		e.)Klien dapat mengidentifikasi frekuensi halusinasi	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi frekuensi halusinasi.	Identifikasi frekuensi halusinasi klien.	Ungkapan dari klien mengenai frekuensi terjadinya halusinasi menunjukan apa yang dibutuhkan dan dirasakan oleh klien.

		f.)Klien dapat mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi	Identifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi pada klien.	Ungkapan dari klien mengenai situasi halusinasi menunjukkan apa yang dibutuhkan dan dirasakan oleh klien.
		g.)Klien dapat mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi	Setelah 1x interaksi, klien dapat mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi.	Identifikasi respon klien terhadap halusinasi.	Ungkapan dari klien mengenai respons klien saat halusinasi menunjukkan apa yang dibutuhkan dan dirasakan oleh klien.
		h.)Klien dapat menghardik halusinasi	Setelah 1x interaksi, klien dapat menghardik halusinasi.	Latih klien untuk menghardik halusinasinya.	Tindakan menghardik merupakan salah satu upaya untuk mengontrol halusinasinya.
		i.) Klien dapat memasukan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.	Setelah 1x interaksi, klien dapat memasukan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.	Masukan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.	Memasukan kegiatan menghardik halusinasi kedalam jadwal harian klien membantu membantu mempercepat klien dapat mengontrol halusinasi.
3.	Isolasi Sosial	TUM : -Klien mampu berinteraksi dan	Setelah 1x interaksi klien dapat menunjukan ekspresi wajah bersahabat,	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik:	Untuk menjalin hubungan saling percaya antara klien dan perawat

		bersosialisasi. TUK: a.) Bina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien	menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	- Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal. - Perkenalkan diri dengan sopan. - Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. - Jelaskan tujuan pertemuan. - jujur dan tepat janji. - Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. - Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.	didalam melakukan tindakan keperawatan.
		b.) Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri.	Setelah 1x interaksi, klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri.	Dorong pasien untuk mampu menyebutkan penyebab menarik diri.	Untuk mengetahui penyebab klien menarik diri dan menerapkan strategi untuk diterapkan kepada klien.
		c.) Mendiskusikan dengan klien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain.	Setelah 1x interaksi, klien mampu menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain.	Diskusikan bersama klien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain.	Untuk mengetahui keuntungan berinteraksi dengan orang lain.
		d.) Mendiskusikan dengan klien tentang	Setelah 1x interaksi, klien mampu menyebutkan	Diskusikan bersama klien tentang kerugian berinteraksi	Untuk memotivasi klien agar berinteraksi dengan

		kerugian kalau tidak berinteraksi dengan orang lain.	kerugian kalau tidak berinteraksi dengan orang lain.	dengan orang lain.	orang lain.
4.	Harga Diri Rendah	TUM : -Klien mampu menggali aspek positif yang dimiliki klien. TUK: a.) Bina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien	Setelah 1x interaksi klien dapat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi trapeutik: - Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal. - Perkenalkan diri dengan sopan. - Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. - Jelaskan tujuan pertemuan. - jujur dan tepat janji. - Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. - Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.	Untuk menjalin hubungan saling percaya antara klien dan perawat didalam melakukan tindakan keperawatan.
		b.) klien dapat mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimilikinya.	Setelah 1x interaksi, klien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya.	1. diskusikan bahwa klien masih mempunyai aspek positif yang dimiliki. 2. Beri pujian yang realitis dan nyata pada pasien.	Aspek positif sangat penting untuk meningkatkan percaya diri dan harga diri pasien.

		c.) Klien dapat menilai kemampuan yang masih bisa dilakukan.	Setelah 1x interaksi, klien mampu menilai kemampuan yang masih bisa dilakukan.	1. Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini setelah mengalami masalah. 2. Bantu klien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap diri yang diungkapkan klien. 3. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.	Mencari cara yang konstruktif dan menunjukkan potensi yang dimiliki klien untuk mengubah dirinya menjadi lebih baik.
		d.) klien dapat menentukan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien.	Setelah 1x interaksi, klien mampu menentukan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan.	1. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang bisa dilakukan dipilih dalam kegiatan sehari-hari. 2. Bantu klien menetapkan aktivitas mana yang bisa dilakukan secara mandiri. 3. Berikan contoh cara pelaksanaan aktivitas yang dapat dilakukan klien. 4. Susun bersama klien dan buat daftar kegiatan harian.	Meningkatkan pengetahuan klien akan mekanisme coping yang konstruktif dalam menghargai diri sendiri.
		e.) Klien dapat melatih kemampuan yang dipilih.	Setelah 1x interaksi, klien mampu melatih diri sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya.	1. Diskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan yang dipilih klien. 2. Bersama klien dan keluarga	Menghargai kemampuan klien serta menunjukkan kemampuan yang klien miliki.

				memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan klien. 3. Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan pasien.	
		f.) Klien mendapatkan pujian dari perawat untuk kegiatan yang dapat lakukan klien.	Setelah 1x interaksi, klien mendapatkan pujian dari perawat untuk kegiatan yang dapat dilakukannya.	Berikan pujian yang wajar untuk kegiatan yang sudah dilakukan klien.	Pujian yang dilakukan perawat dapat meningkatkan harga diri klien.
		g.) Klien memasukan kegiatan yang dilatih kedalam jadwal kegiatan harian.	Setelah 1x interaksi, klien dapat memasukan kegiatan yang dilatih kedalam kegiatan harian.	Memasukan kegiatan yang dilatih kedalam jadwal kegiatan klien.	Memasukan kegiatan kedalam kegiatan harian merupakan proses agar pasien membiasakan melakukan aktivitas rutin yang dapat meningkatkan harga diri klien.

5. Implementasi dan evaluasi (Damayanti & Iskandar, 2012)

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1.	Prilaku Kekerasan	a.) Mengidentifikasi penyebab prilaku kekerasan. b.) Mengidentifikasi tanda dan gejala prilaku kekerasan. c.) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan. d.) Mengajarkan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi sifat agresif pasien. e.) Mengajarkan untuk memasukan dalam jadwal kegiatan harian.	S: Suatu ungkapan dari pasien, seperti menyebutkan nama, penyebab masuk rumah sakit dll. O: Hasil pengamatan yang dilakukan oleh perawat, misalnya : nada bicara keras, klien gelisah, mata melotot. A: Hasil dari implementasi tersebut apakah sudah tercapai apa belum. P: Rencanakan tindak lanjut selanjutnya antara perawat dan klien.
2.	Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	a.) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien. b.) Mengidentifikasi isi halusinasi klien. c.) Mengidentifikasi waktu halusinasi klien. d.) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien. e.) Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien. f.) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi. g.) Mengajarkan klien untuk menghardik	S : Suatu ungkapan dari pasien seperti, “mendengar suara bisikan dari telinga yang menyuruh untuk membanting barang dan mengamuk”. O : Hasil pengamatan yang dilakukan oleh perawat, contohnya: Klien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

		halusinasi. h.) Menganjurkan klien untuk menuliskan kedalam kegiatan harian.	A :Tercapai atau belum. P : Planning selanjutnya antara perawat dan klien.
3.	Isolasi Sosial	a.) Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial. b.) Mendiskusikan dengan klien tentang keuntungan bila berhubungan dengan orang lain. c.) mendiskusikan dengan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain. d.) Mengajarkan klien cara berkenalan dengan orang lain. e.) Menganjurkan klien memasukan kegiatan latihan berkenalan kedalam kegiatan harian .	S : Ungkapan dari klien, seperti: saya lebih senang sendiri, karena lebih nyaman sendiri. O :Pengamatan dari perawat, contoh : “klien mampu berkenalan dengan orang lain”. A :Tercapai apa belum intervensi yang diberikan. P : Rencana selanjutnya antara perawat dengan klien.
4.	Harga Diri Rendah	a.) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. b.) Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan. c.) Membantu pasien memilih menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien.	S :Suatu ngkapan dari klien, misal : “saya bisa menyapu dan mengaji sus” O: Hasil pengamatan perawat, misal: klien melakukan latihan menyapu A: Tercapai belum suatu intervensi yang diberikan oleh perawat. P : Rencana selanjutnya antara perawat dengan pasien.

6. Contoh Komunikasi Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan

Orientasi:

“ Assalamualaikum Pak, perkenalkan nama saya Krido Harmianto, biasa dipanggil Krido, saya perawat peraktekan dari Universitas Muhammadiyah Semarang yang bertugas diruangan ini . hari ini saya dinas pagi dari pukul 07.00-14.00. saya yang akan merawat bapak selama bapak berada dirumah sakit ini. Nama Bapak siapa? Senangnya dipanggil apa? ”

“ Bagaimana perasaan Bapak saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah? ”

“ Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah bapak. ”

“ Berapa lama Bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit? ”

“ Dimana enakya kita duduk sambil berbincang-bincang ya pak? Bagaimana kalau diruang tamu? ”

Kerja:

“ Apa yang menyebabkan Bapak marah? Apakah sebelumnya Bapak pernah marah? Lalu apa penyebabnya? Samakah dengan sekarang? Ooo...jadi ada 2 penyebab kemarahan Bapak. ”

“ Pada saat penyebab kemarahan itu ada, seperti ketika bapak pulang kerumah namun istri belum menyediakan makanan (misalnya ini adalah penyebab kemarahan pasien), apa yang bapak rasakan? ” (tunggu respon pasien)

“ Apakah bapak merasakan kesal kemudian dada bapak berdebar-debar, mata melotot rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal? ”

“ Ada beberapa cara mengontrol emosi, pak. Salah satunya adalah dengan cara teknik relaksasi nafas dalam. ”

“ Bagaimana kalau kita belajar mengontrol emosi dengan teknik relaksai nafas dalam? ”

“ Begini pak, kalau tanda-tanda marah tadi sudah bapak rasakan, bapak berdiri lalu tarik nafas melalui hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan amarah. Ayo coba lagi, tarik nafas dari hidung, bagus, tahan dan keluarkan melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali lagi. Bagus sekali, bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaan Bapak? ”

“ Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul, Bapak sudah terbiasa melakukannya ”

Terminasi:

“ Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang amarah bapak? ”

“ Iya, jadi ada 2 penyebabnya bapak marah...(sebutkan) dan yang bapak rasakan...(sebutkan) serta yang bapak lakukan...(sebutkan) serta akibatnya...(sebutkan) ”

“ Saat sendirian nanti, coba renungkan lagi penyebab marah bapak yang lalu serta apa yang bapak lakukan saat marah yang belum kita bahas tadi dan jangan lupa latihan nafas dalamnya ya, Pak. ”

“ Sekarang kita buat jadwal latihanya ya pak, beberapa kali sehari bapak mau

latihan nafas? Jam berapa? "

" Baik, bagaimana kalau 2 jam lagi saya datang dan kita latihan lagi cara yang lain untuk mengontrol/mencegah marah. Tepatnya disini saja ya pak, Assalamualaikum."

C. Konsep Evidence Based Nursing Practice

Relaksasi nafas dalam merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jiwa. Salah satu cara terapi relaksasi nafas adalah bersifat respiratoris yaitu dengan mengatur aktivitas bernafas. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat atau dalam. Keteraturan dalam bernafas, menyebabkan sikap mental badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku. Teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan diantaranya adalah menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, alasannya adalah jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang rileks, maka hasil dan prosesnya akan optimal. (Wiramihardja, 2007).

Tekhnik relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan menyenangkan pikiran saja. Tetapi relaksasi nafas dalam juga dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk berkonsentrasi, kemampuan untuk mengontrol diri, untuk menurunkan tingkat emosi dan depresi (Handoyo, 2005).

Dari hasil penelitian sebelumnya oleh Zelianti (2011), pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah pasien dengan perilaku kekerasan,

menunjukkan ada pengaruh yang signifikan antara teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah pasien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gundohutomo Semarang. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa teknik relaksasi nafas dalam efektif untuk menurunkan keluhan fisik yang dialami oleh pasien marah dengan perilaku kekerasan.

Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Seigmen dan Snow pada tahun 1996, Pada remaja akhir di Maryland mengungkapkan bahwa umumnya terdapat tiga ekspresi marah yang mungkin muncul. Yang pertama adalah *anger-out*, yaitu marah yang muncul secara spontan dan cepat yang biasanya ditandai dengan teriakan, makian yang ditujukan kepada obyek kemarahan, Yang kedua adalah *anger-in* yaitu kemarahan yang cenderung dirasakan sendiri tanpa mengungkapkannya biasanya disalurkan dengan imajinasi, Yang ketiga *mood incongruent speech* yaitu mengungkapkan kemarahan dengan suara pelan dan lembut.

Disini perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mengontrol sifat marah, emosi dan perilaku agresif pada pasien. dalam hal ini perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, dengan cara nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan-lahan. Dari berbagai intervensi yang dilakukan oleh perawat salah satunya adalah dengan teknik relaksasi nafas dalam karena relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru,

memberikan perasaan tenang, mengurangi stress fisik maupun emosional. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan *opioid endogen* yaitu berupa senyawa *endorphin* dan *enkefalin* yang dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawan penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan, dan kreatifitas (Smeltzer dan Bare, 2002).

Prosedur Tetap Pelaksanaan Terapi Relaksasi Nafas Dalam	
A. Pengertian	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) Teknik relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan menyenangkan pikiran saja, tetapi relaksasi nafas dalam juga dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk berkonsentrasi, kemampuan untuk mengontrol diri, untuk menurunkan tingkat emosi dan depresi (Handoyo, 2005).
B. Tujuan	Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa ketegangan otot yang menyebabkan amarah timbul.
C. Tahap prainteraksi	1. Membaca status pasien 2. Mencuci tangan 3. Meyiapkan alat
D. Tahap orientasi	1. Memberikan salam teraupetik 2. Memperkenalkan diri 3. Validasi kondisi pasien 4. Menjaga perivacy pasien 5. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien.
E. Tahap kerja	1. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas. 2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik. 3. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara. 4. Anjurkan kepada pasien untuk menahan nafas selama 3 detik. 5. Intruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkanya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmat rasanya.

6. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit). 7. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh. 8. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya. 9. Instruksiakan pasien untuk mengulani teknik-teknik ini apabila amarah timbul kembali. 10. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri (Prihardjo, 2003).
F. Tahap terminasi 1. Evaluasi hasil kegiatan 2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 3. Akhiri kegiatan dengan baik 4. Cuci tangan.
G. Dokumentasi 1. Catat waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat respons pasien 3. Paraf dan nama perawat.