

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah salah satu respons marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Dalam respons ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Azizah, 2016), Menurut Damaiyanti (2012) Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Sedangkan pasien Perilaku Kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain, di sertai dengan amuk dan gaduh gelisah tak terkontrol (Amimi dkk, 2020)

Dari beberapa penjelasan diatas Perilaku kekerasan bisa disimpulkan suatu keadaan respon seseorang yang bisa membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar. Dalam perilaku kekerasan bisa dilihat secara langsung dengan nyata, sedangkan jika risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan yang membahayakan orang lain diceritakan dari orang terdekat seperti sering marah dan mengamuk saat dirumah yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan sekitarnya.

Menurut NANDA Mengungkapkan bahwa risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Sedangkan menurut SDKI (Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia) bisa didefinisikan berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.

2. Faktor Risiko

Menurut Nanda-I, (2012-2014) faktor risiko terbagi dua dikutip dari Damaiyanti, 2012), yaitu:

a. Resiko Perilaku kekerasan terhadap orang lain

Definisi : berisiko melakukan perilaku, yakni individu menunjukkan bahwa dirinya dapat membahayakan orang lain secara fisik, emosional, dan/atau seksual. Seperti :

- 1) Ketersedian senjata
- 2) Bahasa tubuh (sikap tubuh kaku/rigid, mengepalkan jari dan rahang terkunci, hiperaktivitas, denyut jantung cepat, napas terengah-engah, cara berdiri mengancam)
- 3) Kerusakan kognitif (Ketunadayaan belajar, gangguan defisit perhatian, penurunan fungsi intelektual)
- 4) Kejam pada hewan
- 5) Menyalakan api
- 6) Riwayat penganiayaan pada masa kanak-kanak
- 7) Riwayat penyalahgunaan zat

- 8) Riwayat melakukan kekerasan tak langsung (merobek pakaian, defekasi dilantai, mengetuk-ngetuk kaki, teper tantrum, berlarian di koridor, berteriak, melempak objek, memecahkan jendela, membanting pintu, agresif seksual)
- 9) Riwayat ancaman kekerasan (Ancaman verbal terhadap seseorang, ancaman sosial, sikap tubuh mengancam, ancaman seksual)
- 10) Riwayat menyaksikan perilaku kekerasan dalam keluarga
- 11) Riwayat perilaku kekerasan terhadap orang lain (memukul seseorang, menendang seseorang, meludahi seseorang, mencakar seseorang, melempar objek pada seseorang, menggigit seseorang, percobaan perkosaan, pelecehan seksual, mengencengi/membuang kotoran pada seseorang)
- 12) Riwayat perilaku kekerasan antisosial (mencuri, memaksa meminjam hak istimewa, memaksa mengganggu pertemuan, menolak untuk makan, menolak untuk minum obat, menolak intruksi)
- 13) Impulsif
- 14) Pelanggaran kendaraan bermotor (sering melanggar lampu lalu lintas, menggunakan kendaraan bermotor untuk melepaskan kemarahan)
- 15) Gangguan Neurologis (EEG Positif, CT, MRI, temuan neurologis trauma kepala, gangguan kejang)
- 16) Intoksikasi patologis
- 17) Komplikasi perinatal

18) Komplikasi prenatal

19) Sismtologi Psikosis (perintah halusinasi pendengaran, penglihatan, delusi paranoid, proses pikir tidak logis, tidak teratur, atau tidak koheren)

20) Perilaku bunuh diri

b. Risiko Perilaku terhadap Diri Sendiri

Definisi : Berisiko melakukan perilaku, yang individu menunjukkan bahwa dirinya dapat membahayakan dirinya sendiri secara fisik, emosional, dan / atau seksual. Seperti:

- 1) Usia 15-19 tahun
- 2) Usia 45 tahun atau lebih
- 3) Isyarat Perilaku (Catatan cinta yang sedih, menunjukkan pesan kemarahan pada orang terdekat yang telah menolak dirinyam mengambil polis asuransi jiwa besar)
- 4) Konflik hubungan interpersonal
- 5) Masalah emosional (Ketidakberdayaan, putus asa, peningkatan rasa cemas, panic, marah, permusuhan)
- 6) Masalah Pekerjaan (menganggur, kehilangan/kegagalan, pekerjaan yang sekarang)
- 7) Menjalani tindakan seksual autoerotic
- 8) Latar belakang keluarga (riwayat bunuh diri, kaotik, atau penuh, konflik)
- 9) Riwayat upaya bunuh diri yang dilakukan berkali-kali

- 10) Kurang sumber sosial (rapor yang buruk, isolasi sosial, keluarga yang tidak responsif)
- 11) Status pernikahan (belum menikah, janda, cerai)
- 12) Masalah kesehatan mental (Depresi berat, psikosis gangguan kepribadian berat, alkoholisme, penyalahgunaan obat)
- 13) Pekerjaan (Eksekutif, administrator pemilik bisnis, pekerja profesional, pekerja semitrampil)
- 14) Masalah kesehatan fisik (Hipokondriasis, penyakit terminal atau kronis)
- 15) Orientasi Seksual (Biskual [aktif], homoseksual [inaktif])
- 16) Ide bunuh diri
- 17) Rencana bunuh diri
- 18) Petunjuk verbal (bicara tentang kematian, “lebih baik tanpa saya”, bertanya tentang dosis obat yang mematikan)

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

1) Factor biologis

- a) Neurologic factor Beragam komponen dari sistem syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

- b) Faktor Genetik Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif.
 - c) Faktor Biokimia Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin). Peningkatan hormone androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi factor predisposisi terjadinya perilaku agresif.
 - d) Instinctual drive theory (teori dorongan naluri) Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.
- 2) Factor psikologis
- a) Teori Psikoanalisa; Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (life span hystori). Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungan.
 - b) Imitation, modeling, and information processing theory Menurut teori ini perilaku kekerasan biasa berkembang dalam lingkungan yang monolelir kekerasan. Adanya contoh, model

dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.

- c) Learning theory Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respons ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respons ibu saat marah atau sebaliknya. Ia juga belajar bahwa agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan.
 - d) Existensi theory (teori eksistensi) Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat di penuhi melalui perilaku konstruksi maka individu akan memenuhi kebutuhan melalui perilaku destruktif.
- 3) Factor social cultural
- a) Social environment theory (theory lingkungan) Lingkungan social akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan control social yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

b) Social learning theory (theory belajar social) Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

b. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

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

c. Penilaian terhadap stressor

Penilaian stressor melibatkan makna dan pemahaman dampak dari situasi stres bagi individu. itu mencakup kognitif, afektif,

fisiologis, perilaku, dan respon sosial. Penilaian adalah evaluasi tentang pentingnya sebuah peristiwa dalam kaitannya dengan kesejahteraan seseorang. Stressor mengasumsikan makna, intensitas, dan pentingnya sebagai konsekuensi dari interpretasi yang unik dan makna yang diberikan kepada orang yang berisiko.

Respon perilaku adalah hasil dari respons emosional dan fisiologis, serta analisis kognitif seseorang tentang situasi stres. Dan menggambarkan empat fase dari respon perilaku individu untuk menghadapi stress, yaitu:

- 1) Perilaku yang mengubah lingkungan stres atau memungkinkan individu untuk melarikan diri dari itu.
- 2) Perilaku yang memungkinkan individu untuk mengubah keadaan eksternal dan setelah mereka.
- 3) Perilaku intrapsikis yang berfungsi untuk mempertahankan rangsangan emosional yang tidak menyenangkan.
- 4) Perilaku intrapsikis yang membantu untuk berdamai dengan masalah dan gejala sisa dengan penyesuaian internal.

d. Sumber koping

Sumber koping dapat berupa aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik defensif, dukungan sosial, dan motivasi. Hubungan antara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber koping lainnya termasuk kesehatan dan energi, dukungan spiritual, keyakinan positif,

keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik.

Keyakinan spiritual dan melihat diri positif dapat berfungsi sebagai dasar harapan dan dapat mempertahankan usaha seseorang mengatasi hal yang paling buruk. Keterampilan pemecahan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, mengidentifikasi masalah, menimbang alternatif, dan melaksanakan rencana tindakan. keterampilan sosial memfasilitasi penyelesaian masalah yang melibatkan orang lain, meningkatkan kemungkinan untuk mendapatkan kerjasama dan dukungan dari orang lain, dan memberikan kontrol sosial individu yang lebih besar. akhirnya, aset materi berupa barang dan jasa yang bisa dibeli dengan uang.

e. Mekanisme koping

Mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

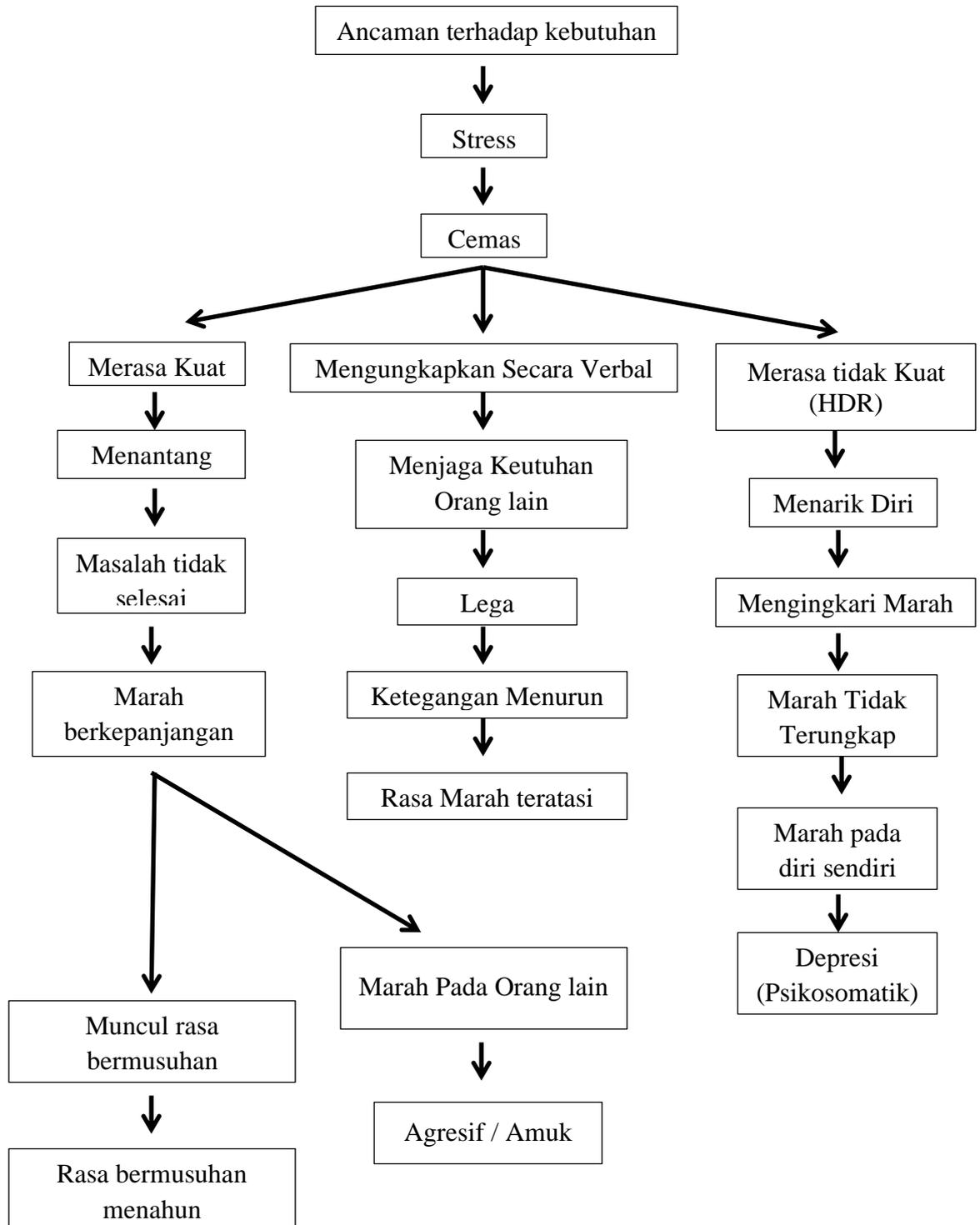
- 1) Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
- 2) Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita

muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.

- 3) Represi, yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
- 4) Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
- 5) Displacement, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

4. Pathway

Proses terjadinya perilaku kekerasan digambarkan dalam konsep sebagai berikut (Azizah, 2016) :



melukai orang lain. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.

- e. Kekerasan: Sering juga disebut dengan gaduh gelisah atau amuk. Prilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak mampu mengendalikan diri atau hilang kontrol.

6. Tanda & Gejala

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

a. Fisik

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Wajah memerah dan tegang
- 6) Postur tubuh kaku
- 7) Pandangan tajam
- 8) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 9) Mengepalkan tangan
- 10) Jalan mondar-mandir

b. Verbal

- 1) Bicara kasar

- 2) Suara tinggi, membentak atau berteriak
- 3) Mengancam secara verbal atau fisik
- 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- 5) Suara keras
- 6) Ketus

c. Perilaku

- 1) Melempar atau memukul benda/orang lain
- 2) Menyerang orang lain
- 3) Melukai diri sendiri/orang lain
- 4) Merusak lingkungan
- 5) Amuk/agresif

d. Emosi

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

e. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

f. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

g. Sosial

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

h. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual

7. Penatalaksanaan

a. Farmakologi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat menggunakan dosis efektif rendah. Contohnya trifluoperasineestelazine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan transquilizer bukan obat anti psikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi (Eko Prabowo, 2014)

b. Terapi Okupasi

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja terapi ini buka pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur dapat pula dijadikan media yang penting setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya (Eko Prabowo, 2014)

c. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit)

pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan skunder) dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal (Eko Prabowo, 2014)

d. Terapi somatik

Menurut depkes RI 2000 hal 230 menerangkan bahwa terapi somatik terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang mal adaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, terapi adalah perilaku pasien (Eko Prabowo, 2014)

e. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau electronic convulsive therapy (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali) (Eko Prabowo, 2014)

8. Pengukuran Gejala Perilaku Kekerasan

Adapun skala pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan Pre dan Post intervensi inovasi Terapi Suportif yang dilakukan kepada klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan masih menggunakan Respon Umum Fungsi Adaptif (RUFA), Kondisi adaptif dan maladaptif dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri. Adapun lembar Rencana Keperawatan Kegawatdaruratan Jiwan pada pasien dengan Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan, sebagai berikut :

- a. INTENSIF I :
 - 1) Kendalikan secara verbal
 - 2) Pengikatan Pengikatan ATAU Isolasi
 - 3) Psikofarmaka: anti psikotik parenteral, anti ansietas
- b. INTENSIF II :
 - 1) Dengarkan keluhan pasien tanpa menghakimi
 - 2) Latih cara fisik mengendalikan marah: nafas dalam
 - 3) Beri psikofarmaka: antipsikotik
- c. INTENSIF III :
 - 1) Dengarkan keluhan pasien
 - 2) Latih cara mengendalikan marah dengan cara verbal, spiritual.
 - 3) Pertahankan pemberian psikofarmaka oral: anti psikotik

Dan ini adalah indikator penilaian RUFA pada pasien dengan Perilaku Kekerasan, Sebagai berikut:

| Domain | Intensif I 1 – 10 | Intensif II 11 - 20 | Intensif III 21 - 30 |
|----------|---|--|--|
| Pikiran | Orang lain / makhluk mahluk lain mengancam | Orang lain / mahluk lain mengancam | Orang lain / mahluk lain mengancam |
| Perasaan | Marah dan jengkel jengkel terusmenerus | Marah dan jengkel (seringkali) | Kadang marah dan jengkel, sering tenang |
| Tindakan | Terus-menerus mengancam mengancam orang lain (verbal) Terus- menerus berusaha mencederai orang lain (fisik) Komunikasi sangat kacau | Hanya mengancam secara verbal Tidak ada tindakan kekerasan fisik Komunikasi kacau | Kadang-kadang masing mengancam secara verbal. Komunikasi cukup koheren |

Tabel 2.1 Indikator RUFA Perilaku Kekerasan

B. Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis , psikologis, social dan spiritual. (Keliat, Budi Ana, 1998: 3) dikutip dari (Azizah, 2016). Sedangkan menurut Yosep (2009) dikutip dari (Damaiyanti, 2012) pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditujukan pada semua aspek, yaitu biopsikososial-kulutral-spiritual.

a. Identitas klien

Melakukan perkenalan BHSP dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, lalu dilanjut melakuka pengkajian dengan nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

b. Alasan masuk

Penyebabkan klien atau keluarga datang, apa yang menyebabkan klien melakukan kekerasan, apa yang klien lakukan dirumah, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah

c. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada klien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan. Pada klien dengan perilaku kekerasan faktor predisposisi, faktor presipitasi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

d. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Pada klien dengan perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, RR meningkat, nafas dangkat, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil.

e. Psikososial

- 1) Genogram, menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh. Pada

klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal, muka memerah

b) Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status posisinya, kepuasan klien sebagai laki – laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah, dan bermusuhan

c) Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku yang menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

d) Ideal diri

Klien dengan PK jika kenyataannya tidak sesuai dengan kenyataan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya, serta untuk pengkajian PK mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

e) Harga diri

Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga. Harga diri yang dimiliki klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal klien PK marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

3) Hubungan sosial

Hubungan social pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko menciderai diri sendiri, orang lain , dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol, selanjutnya dalam pengkajian dilakukan observasi mengenai adanya hubungan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

4) Spiritual

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

f. Status mental

1) Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian kurang, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/berpakaian terhadap status psikologis klien (deficit perawatan diri). Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

2) Pembicaraan

Amati pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan. Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata – kata kotor.

3) Aktivitas motorik

Agresif, menyerang diri sendiri orang lain maupun menyerang objek yang ada disekitarnya. Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah, jalan mondar-mandir.

4) Afek dan Emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membanting barang-barang/ melukai diri sendiri, orang lain maupun objek sekitar, dan berteriak-teriak

5) Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis, dan menolak dengan kasar. Bermusuhan:dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

6) Persepsi/Sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya.

7) Proses Pikir

- a) Proses pikir (arus dan bentuk pikir). Otistik (autisme): bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya. Hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.
- b) Isi pikir. Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya kepada orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

8) Tingkat Kesadaran

Tidak sadar, bingung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat, dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

9) Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih dapat mengingat kejadian jangka pendek maupun panjang.

10) Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan tegang dan gelisahan.

11) Kemampuan Penilaian/Pengambilan keputusan

Klien perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

12) Daya Tilik

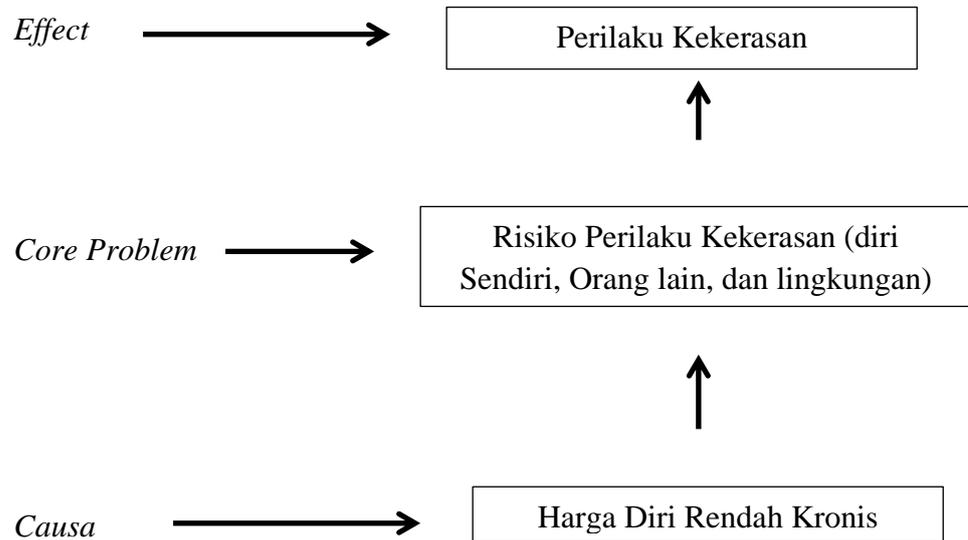
Mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

13) Mekanisme Koping

Klien dengan HDR menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olah raga, dll ataukah menggunakan cara-cara yang maladaptif seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya

2. Data Fokus Pengkajian pada klien dengan perilaku kekerasan menurut Keliat dan Akemat 2009 dikutip dari (Damaiyanti,2012):Berikan tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan data klien

- | | Pelaku/Usia | Korban/Usia | Saksi/Usia |
|-------------------------------|------------------------|-------------|---------------|
| 1. Aniaya Fisk | [] [] | [] [] | [] [] |
| 2. Aniaya Seksual | [] [] | [] [] | [] [] |
| 3. Penolakan | [] [] | [] [] | [] [] |
| 4. Kekerasan dalam Keluarga | [] [] | [] [] | [] [] |
| 5. Tindakan Kriminal | [] [] | [] [] | [] [] |
| 6. Aktivitas Motorik | | | |
| [] Lesu | [] Tegang | [] Gelisah | [] Agitasi |
| [] Tik | [] Grimasem | [] Tremor | [] Kompulsif |
| 7. Interaksi Selama Wawancara | | | |
| [] Bermusuhan | [] Kontak mata kurang | | |
| [] Tidak kooperatif | [] Defensif | | |
| [] Mudah Tersinggung | [] Curiga | | |
3. Pohon Masalah



4. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul
- Risiko Perilaku Kekerasan (diri Sendiri, Orang lain, dan lingkungan)
 - Perilaku Kekerasan
 - Harga Diri Rendah Kronis

5. Strategi Pelaksanaan

| No | Klien | Keluarga |
|----|--|--|
| | SP1P | SP1K |
| 1 | Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan | Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan tanda dan gejala perilaku kekerasan, serta proses terjadinya perilaku kekerasan. |
| 2 | Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan | |
| 3 | Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan | |
| 4 | Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan | |
| 5 | Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan | |
| 6 | Membantu klien mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 : latihan nafas dalam | |
| 7 | Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian | |
| | SP2P | SP2K |
| 1 | Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien | Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan |
| 2 | Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan cara fisik 2: pukul kasar dan bantal | |
| 3 | Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian | |
| | SP3P | SP3K |
| 1 | Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien | Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (Discharge Planning). Menjelaskan follow up klien setelah pulang. |
| 2 | Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal | |
| 3 | Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian | |
| | SP4P | SP4K |
| 1 | Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien | |
| 2 | Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual | |
| 3 | Menganjurkan klien memasuukan ke dalam kegiatan harian | |
| | SP5P | SP5K |
| 1 | Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien | |
| 2 | Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat | |
| 3 | Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian | |

Tabel 2.2 Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan

6. Rencana Keperawatan

| No. Dx | Diagnosa Keperawatan | SLKI | SIKI |
|--------|--|--|---|
| 1 | Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan curiga pada orang lain | Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan.....x pertemuan diharapkan pasien mampu memenuhi kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain (5) 2. Verbalisasi umpatan (5) 3. Prilaku menyerang (5) 4. Prilaku melukai diri sendiri | Promosi Koping (I. 09312) Observasi 1.1 Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 1.2 Identifikasi kemampuan yang dimiliki 1.3 Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | <p>atau orang lain (5)</p> <p>5. Prilaku merusak lingkungan sekitar (5)</p> <p>Skala Outcome: 1 : Meningkatkan 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p> | <p>memenuhi tujuan</p> <p>1.4 Identifikasi pemahaman proses penyakit</p> <p>1.5 Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</p> <p>1.6 Identifikasi metode penyelesaian masalah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.7 Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>1.8 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.9 Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</p> <p>1.10 Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</p> <p>1.11 Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p> <p>Edukasi</p> <p>1.12 Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuanyang sama</p> <p>1.13 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> |
| 2 | Perilaku kekerasan berhubungan dengan ketidakmampuan mengendalikan doronganmarah dibuktikan dengan mengancam | <p>Kontrol Risiko L.14128</p> <p>Setelah dilakukan.....x pertemuan diharapkan pasien mampu memenuhi kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko (5) 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (5) 3. Kemampuan melakukann strategi kontrol resiko (5) 4. Kemampuan menghindari faktor resiko (5) <p>Skala Outcome: 1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : Cukup Meningkatkan 5 : Meningkatkan</p> | <p>Manajemen Pengendalian Marah (I.09290)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan 2.2 Identifikasi harapanperilaku terhadap ekspresikemarahan 2.3 Monitor potensi agresi tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata) 2.5 Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. Meninju tas, mondar mandir, berolahraga berlebihan) 2.6 Lakukan kontrol eksternal (mis. Pengekangan, time-out, dan seklusi), jika perlu 2.7 Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif 2.8 Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | | <p>Edukasi</p> <p>2.9 Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah</p> <p>2.10 Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat</p> <p>2.11 Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladatif</p> <p>2.12 Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran energi)</p> |
| 3 | Harga diri rendah kronis berhubungan dengan kurangnya pengakuan dari orang lain dibuktikan dengan menolak penilaian positif diri sendiri | <p>Harga diri (L. 09069)</p> <p>Setelah dilakukan.....x pertemuan diharapkan pasien mampu memenuhi kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif (5) 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif (5) 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri (5) 4. Minat mencoba hal baru (5) <p>Skala Outcome :</p> <p>1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : Cukup Meningkat 5 : Meningkat</p> | <p>Promosi Koping (I.13494)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 3.2 Identifikasi kemampuan yang dimiliki 3.3 Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhijujuan 3.4 Identifikasi pemahaman proses penyakit 3.5 Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 3.6 Identifikasi metode penyelesaian masalah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Diskusikan perubahan peran yang dialami 1.8 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 1.9 Diskusikan alasanmengkritik diri sendiri 1.10 Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilakusendiri 1.11 Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.12 Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama 1.13 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi |

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan Perilaku Kekerasan

7. Implementasi

Implementasi merupakan pada tindakan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan. Tindakan ini berusaha untuk mengubah keputusan-keputusan tersebut menjadi pola-pola operasional serta berusaha mencapai perubahan-perubahan besar atau kecil sebagaimana yang telah diputuskan sebelumnya (Mulyadi, 2015), sebelum melakukan tindakan baiknya untuk melakukan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) antara perawat dengan klien, tindakan ini merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan, setelah itu perawat bisa melanjutkan dengan Strategi pelaksanaan dari : SP1P (tarik nafas dalam), SP2P (Memukul bantal/kasur), SP3P Sosial/verbal, SP4P Spiritual (berdoa dan shalat), SP5P (minum obat teratur), SP1K, SP2K, dan SP3K.

8. Evaluasi

Evaluasi secara umum dapat diartikan sebagai proses sistematis untuk menentukan nilai sesuatu (ketentuan, kegiatan, keputusan, unjuk-kerja, proses, orang, objek dan yang lainnya) berdasarkan kriteria tertentu melalui penilaian (Idrus, 2019). Evaluasi dapat dibagi menjadi dua juga yaitu, evaluasi proses atau formatif yang dilakukan tiap selesai melakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP yang dijelaskan sebagai berikut:

- a. Subjektif (S) : respon subjektif klien tindakan keperawatan yang diberikan, dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana terkait dengan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.
- b. Objektif (O) : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan dapat diukur dengan mengobservasi perilaku atau gerakgerik dari klien saat dilakukannya tindakan keperawatan
- c. Analisa (A) : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masih ada masalah yang muncul atau masih tetap pada data yang ada, dan membandingkan hasil dari sebelum dan sesudah sesuai target yang diinginkan.
- d. Perencanaan (P) : perencanaan atau yang biasa dengan tindak lanjut berdasarkan hasil dari respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan, rencana tindak lanjut dapat berupa:
 - 1) Rencana diteruskan, jika masalah tidak ada yang berubah
 - 2) Rencana dimodifikasi, jika masalah tetap, dan semua tindakan sudah dijalankan tetapi belum berhasil juga
 - 3) Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama diberikan.

C. Konsep Intervensi Inovasi (Supportive Therapy)

1. Pengertian *Supportive Therapy*

Terapi suportif adalah bentuk psikoterapi yang dapat diterapkan secara individu maupun kelompok. Tujuan dari terapi ini adalah untuk melakukan evaluasi diri, melihat kembali cara menjalani hidup, eksplorasi berbagai pilihan yang ada, dan mengajukan pertanyaan pada diri sendiri

terkait hal-hal yang diinginkan di masa depan. Terapi suportif berupaya untuk membantu agar subjek dapat menjalankan fungsinya secara lebih efektif dengan cara memberikan dukungan secara personal. Terapis tidak meminta subjek berubah, akan tetapi terapis berperan sebagai pendamping. Terapis mendorong subjek untuk melakukan refleksi situasi terhadap kehidupan mereka di lingkungan (Fitriani, 2018)

Secara umum dapat disimpulkan bahwa terapi suportif memiliki tujuan untuk memperkuat fungsi psikologis subjek agar lebih sehat dan diharapkan muncul pola-pola perilaku yang lebih adaptif. Tujuan lain dari terapi suportif adalah mengurangi konflik intrapsikis yang seringkali berdampak pada munculnya gejala-gejala gangguan mental. Empati, dorongan dan dukungan merupakan aspek yang harus diberikan oleh terapis. *Supportive Therapy* ini dapat diterapkan pada semua usia dari anak-anak, remaja, dan dewasa, dapat pula digunakan secara individual atau kelompok, beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi suportif ini efektif untuk menangani berbagai masalah terkait skizofrenia (Miranti & Pratikno, 2019)

2. Manfaat Supportive Therapy

Supportive therapy berupaya untuk membantu agar subjek dapat menjalankan fungsinya secara lebih efektif dengan cara memberikan dukungan secara personal. Terapis tidak meminta subjek berubah, akan tetapi terapis berperan sebagai pendamping. Terapis mendorong subjek untuk melakukan refleksi situasi terhadap kehidupan mereka di lingkungan. Secara umum dapat disimpulkan bahwa supportive therapy

memiliki tujuan untuk memperkuat fungsi psikologis subjek agar lebih sehat dan diharapkan muncul pola-pola perilaku yang lebih adaptif. Tujuan lain dari *supportive therapy* adalah mengurangi konflik intrapsikis yang seringkali berdampak pada munculnya gejala-gejala gangguan mental. Empati, dorongan dan dukungan merupakan aspek yang harus diberikan oleh terapis. Selain itu terapis juga perlu membangun hubungan saling percaya. Kepercayaan seorang klien pada terapis akan memberikan pengaruh dalam proses terapi (Mutiara, 2017) dikutip dari (Miranti & Pratikno, 2019)

3. Langkah-Langkah *Supportive Therapy*

Dalam melaksanakan *Supportive therapy* proses pendekatan (*building rapport*) sangat diperlukan. Hal ini menjadi sangat penting mengingat salah satu aspek yang harus dipenuhi dalam kelancaran terapi ini adalah adanya hubungan saling percaya antara subjek dengan terapis. Hubungan saling percaya antara subjek dan terapis sudah dibangun sejak proses asesmen, seperti saat wawancara awal. Kondisi tersebut menjadi salah satu faktor pendukung kesesuaian terapi suportif yang diberikan pada subjek (Milon, 1969) dikutip dari (Miranti & Pratikno, 2019). Berdasarkan deskripsi yang ditemukan dalam jurnal Terapi ini terdiri dari beberapa tahapan dan masing-masing memiliki tujuan yang berbeda. diantaranya adalah sebagai berikut Menurut (Miranti & Pratikno, 2019) :

a. **Konfrontasi Asses Belief**

Menginterpretasikan mengenai system keyakinan subjek yang timbul sebagai akibat persepsi yang salah mengenai suatu masalah.

Dilakukan klarifikasi, reformulasi, empatik, nasehat, pujian serta penegasan.

b. Dispute Irrasional Belief

Menggoyahkan dan menyusun kembali system keyakinan subjek dari irrasional menjadi rasional, dilakukan klarifikasi, reformulasi, empatik, nasehat, pujian serta penegasan.

c. Pemberian Dukungan

Memberikan support dan dukungan kepada subjek dan membantu subjek menemukan rasa percaya dirinya.

d. Teknik Pernafasan

Memberikan metode pernafasan kepada subjek, sehingga dapat membantu melepaskan emosi pada saat marah atau tertekan.

e. Berfikir Logis

Memberikan cara kepada subjek untuk menggunakan cara berfikir logis agar terhindar dari berprasangka terhadap lingkungan sekitar.

f. Jadwal Harian

Membantu Subjeke membuat jadwal harian yang dapat dilakukan saat tidak ada perawat atau saat berada dirinya dirumah.