

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Definisi

Perilaku kekerasan adalah salah satu respons marah yang diespresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Keliat,dkk, 2011).

Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan merupakan suatu komunikasi atau proses penyampaian pesan individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, merasa tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituntut atau diremehkan” (Yosep, 2011).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati, 2010).

2.1.2 Rentang Respon

Perilaku atau respon kemarahan dapat berflutuatif dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah menurut (Fitria, 2010). Dimana amuk dan agresif pada rentang maladaptif, seperti gambar berikut:

Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan (Fitria, 2010)

Keterangan:

Asertif :Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi :Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis/terhambat.

Pasif :Respon lanjutan dimana klien tidak mampu mengungkapkan perasaannya.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol.

2.1.3 Proses Terjadinya Masalah

a. Faktor Predisposisi

Faktor pengalaman yang dialami tiap orang yang merupakan faktor predisposisi, artinya mungkin terjadi atau mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu:

1. Psikologis : kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya.
2. Perilaku, *reinforcement* yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan dirumah atau diluar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

3. Sosial budaya, budaya tertutup dan membalas secara diam (*pasif agresif*) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan yang diterima (*permissive*).
4. Bioneurologis banyak bahwa kerusakan sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal dan ketidakseimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan (Prabowo, 2014).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi pasien seperti ini kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidak berdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintainya atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain interaksi yang profokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan (Prabowo, 2014).

2.1.4 Etiologi

Faktor penyebab terjadinya kekerasan sebagai berikut (Direja, 2011):

- a. Faktor Predisposisi
 - 1) Faktor psikologi

- a. Terjadi asumsi, seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan.
- b. Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan dan frustrasi.
- c. Adanya kekerasan rumah tangga, keluarga, dan lingkungan.

2) Faktor Biologis

Berdasarkan teori biologi, ada beberapa yang mempengaruhi perilaku kekerasan:

- a. Beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif.
- b. Peningkatan hormon androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin pada cairan serebro spinal merupakan faktor predisposisi penting menyebabkan timbulnya perilaku agresif seseorang.
- c. Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara atau tindak kriminal.
- d. Gangguan otak, sindrom otak genetik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbic dan lobus temporal), kerusakan organ otak, retardasi terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan perilaku kekerasan.

3) Faktor Sosial Budaya

Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Budaya dimasyarakat dapat mempengaruhi perilaku kekerasan.

b. Faktor Presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri secara fisik, psikis atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor perilaku kekerasan sebagai berikut:

1. Klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kehidupan yang penuh agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.
2. Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, merasa terancam baik internal maupun eksternal.
3. Lingkungan : panas, padat, dan bising.

2.1.5 Tanda dan Gejala

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan: (Yosep, 2011)

1. Fisik: muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengempal, postur tubuh kaku, jalan mondar mandir.
2. Verbal: bicara kasar, suara tinggi, membentak atau berteriak, mengancam secara fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor.

3. Perilaku: melempar atau memukul benda pada orang lain, menyerang orang lain atau melukai diri sendiri, merusak lingkungan, amuk atau agresif.
4. Emosi: tidak ade kuat, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, menyalahkan dan menuntut.
5. Intelaktual: cerewet, kasar, berdebat, meremehkan.
6. Spiritual: merasa berkuasa, merasa benar sendiri, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasan orang lain, tidak peduli dan kasar.
7. Sosial: menarik diri, penolakan, ejekan, sindiran.

2.1.6 Patofisiologi

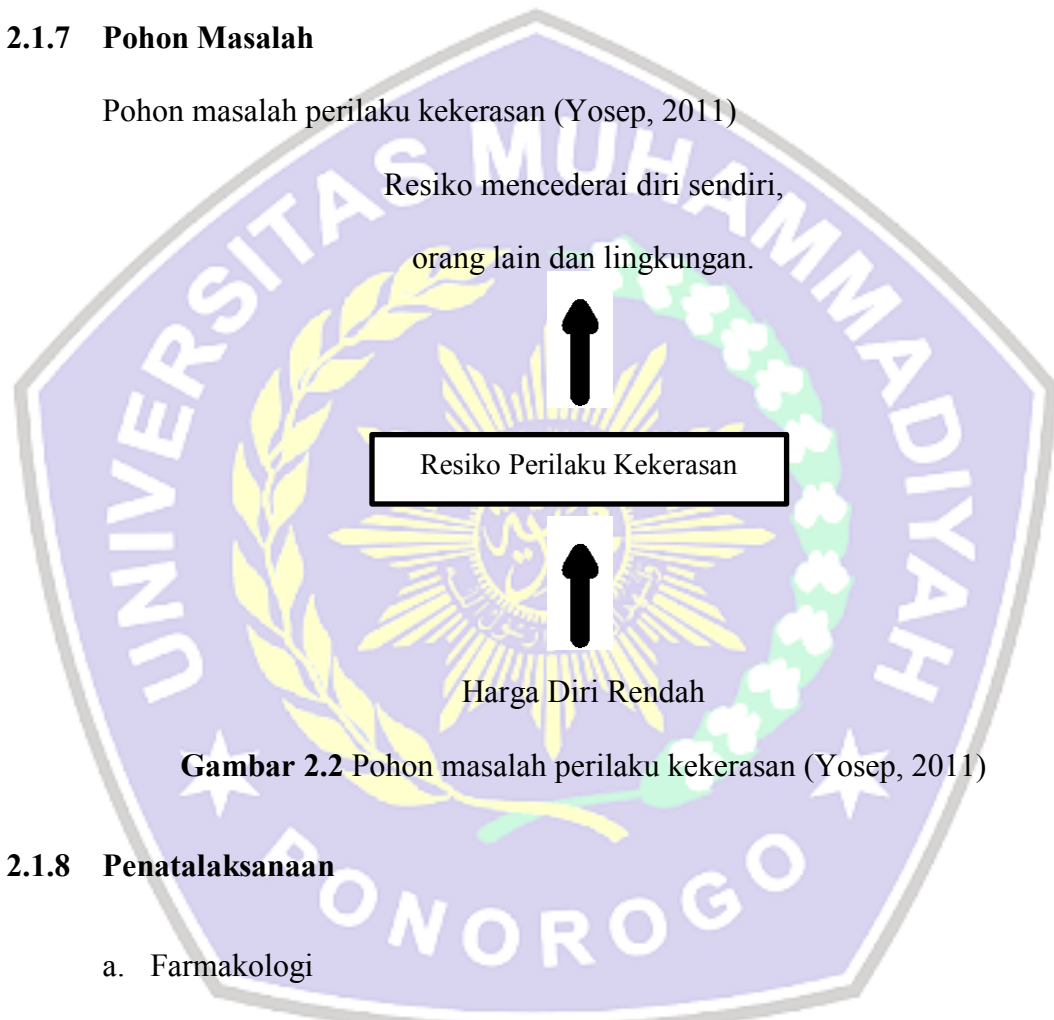
Stress, cemas, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat di ekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan kata-kata yang dapat di mengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain memberikan rasa lega, ketegangan akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif, menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang di tunjukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Yosep, 2011).

Perilaku yang submisif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura-pura tidak marah atau melarikan

diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, pada suatu saat dapat menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Dermawan & Rusdi, 2013).

2.1.7 Pohon Masalah

Pohon masalah perilaku kekerasan (Yosep, 2011)



Gambar 2.2 Pohon masalah perilaku kekerasan (Yosep, 2011)

2.1.8 Penatalaksanaan

a. Farmakologi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya : *clorpromazine* HCL yang digunakan mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat dipergunakan dosis efektif rendah, contoh : *Trifluoperasine estelasine*, bila tidak ada

juga maka dapat digunakan *transquelillzer* bukan obat anti psikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

b. Terapi Okupasi

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan maupun berkomunikasi, karena itu didalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan terapi sebagai bentuk kegiatan membaca koran, main catur, setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan itu bagi dirinya.

c. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan yaitu, mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber daya pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptive (primer), mengulangi perilaku maladaptive (sekunder) dan memulihkan perilaku maladaptive dan adaptive sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

d. Terapi Somatik

Menurut Deskep RI 2000 hal 230 menerangkan bahwa terapi somatic terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terpai adalah perilaku pasien (Prabowo, 2014).

2.2 Konsep Dasar *Skizofrenia*

2.2.1 Definisi

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidak mampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), efek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, Wiyono, & Susanti, 2013).

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Direja, 2011).

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2015).

2.2.2 Etiologi

Untuk mengetahui dan memahami perjalanan penyakit *skizofrenia* diperlukan pendekatan yang sifatnya holistik, yaitu dari sudut organ biologik, psikodinamik, psikoreligius, dan psikososial.

1. Organ biologik

Adanya banyak faktor yang berperan serta bagi munculnya gejala-gejala *skizofrenia*. Hingga sekarang, banyak teori yang dikembangkan untuk mengetahui penyebab *skizofrenia*, antara lain: faktor genetik, virus, *auto-antibody*, malnutrisi (kekurangan nutrisi).

Peneliti mutakhir menyimpulkan bahwa gejala *skizofrenia* baru muncul bila terjadi interaksi antara gen abnormal dengan :

- a) Virus atau infeksi lain selama kehamilan yang dapat mengganggu perkembangan otak janin.
- b) Menurunnya *auto-antibody* yang mungkin disebabkan infeksi selama kehamilan.
- c) Berbagai macam komplikasi kandungan.
- d) Kekurangan gizi yang cukup berat terutama pada trimester pertama kehamilan.

Dari penelitian yang telah dilakukan pada penderita *skizofrenia* ditemukan perubahan-perubahan atau gangguan pada sistem transmisi sinyal penghantar saraf dan reseptor di sel-sel saraf otak dan interaksi zat neuro-kimia seperti dopamin dan serotonin yang ternyata mempengaruhi fungsi-fungsi kognitif (alam pikir), efektif

(alam perasaan) dan psikomotor (perilaku) yang terlihat dalam bentuk gejala positif dan negatif *skizofrenia* (Muhyi, 2011).

2. Psikodinamik

Mekanisme terjadinya *skizofrenia* pada diri seseorang dari sudut psikodinamik dapat diterangkan dengan dua teori, yaitu :

a. Teori Homeostatik-deskriptif

Dalam teori ini diuraikan gambaran gejala-gejala (deskripsi) dari suatu gangguan jiwa yang menjelaskan terjadinya gangguan keseimbangan atau homeostatik pada diri seseorang, sebelum dan sesudah terjadinya gangguan jiwa tersebut.

b. Teori Fasilitatif-etilogik

Dalam teori ini diuraikan faktor-faktor yang memudahkan penyebab suatu penyakit itu muncul, bagaimana perjalanan penyakit dan penjelasan mekanisme psikologis dari penyakit yang bersangkutan (Muhyi, 2011)

3. Psikoreligius

Dari sudut pandang agama Islam teori Freud tersebut sebenarnya sudah ada hanya peristilahnya yang berbeda. Dalam Islam dikenal dengan istilah nafsu yang berfungsi sebagai dorongan atau daya tarik. Untuk melakukan kebutuhan nafsu manusia dibekali dengan iman yang berfungsi sebagai *Self Control*. Dengan adanya ini manusia dapat membedakan mana yang baik mana yang buruk, dan mana yang halal mana yang haram dalam teori Freud istilah iman sama dengan *Super-Ego*.

Manusia melakukan kebutuhan-kebutuhan nafsu tadi dalam bentuk perbuatan, perilaku atau amal yang kesemuanya itu disebut sebagai akhlak. Akhlak seseorang akan menjadi baik atau buruk tergantung dari hasil tarik menarik antara nafsu dan iman. Dalam konsep Freud akhlak disebut Ego (Muhyi, 2011).

4. Psikososial

Situasi atau kondisi yang tidak kondusif pada seseorang dapat merupakan stresor psikososial. Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan penyesuaian diri untuk menanggulangi stresor (tekanan mental) yang timbul. Kegagalan dari adaptasi ini menyebabkan timbulnya berbagai jenis gangguan jiwa yang salah satunya adalah *Skizofrenia* (Muhyi, 2011)

2.2.3 Jenis-jenis *Skizofrenia*

1. *Skizofrenia Simpleks*

Gejala utama kadang kala emosi dan kemunduran kemauan.

2. *Skizofrenia Hebefrenik*

Gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.

3. *Skizofrenia Katatonik*

Gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah.

4. *Skizofrenia Paranoid*

Gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar dan kebesaran.

5. *Episode Skizofrenia Akut*

Kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.

6. *Skizofrenia psiko-afektif*

Gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi.

7. *Skizofrenia Residul*

Gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan

Skizofrenia (Direja, 2011)

2.2.4 Tanda dan Gejala

Gejala *Skizofrenia* adalah sebagai berikut :

1. Gejala positif

- a. Waham : keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan di sampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- b. Halusinasi : gangguan pemeriksaan pengindraan tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan).
- c. Perubahan arus pikir :
 - 1) Arus pikir putus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

- 2) Inkoheren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
- 3) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

d. Perubahan perilaku

- 1) Hiperaktif : perilaku motorik yang berlebihan
- 2) Agitas : perilaku yang menunjukkan kegelisahan
- 3) Iritabilitas : mudah tersinggung

(Keliat, Wiyono, & Susanti, 2013)

2. Gejala negatif

Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada penderita *Skizofrenia* adalah sebagai berikut :

- a. Alam perasaan, gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri, tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.

(Muhyi, 2010)

3. Gejala primer

- a. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran).
- b. Gangguan afek emosi
- c. Terjadi kadang kala afek emosi
- d. Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
- e. Emosi berlebihan

f. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

g. Gangguan kemauan

1) Terjadi kelemahan kemauan

2) Perilaku negatfisme atas permintaan

3) Otomatisme : merasa fikiran atau perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

h. Gejala psikomotor

1) Stereotipi

2) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

3) Autisme

(Direja, 2011)

4. Gejala sekunder

1) Halusinasi

2) Waham

(Direja, 2011)

2.2.5 Penatalaksanaan

Ada berbagai macam terapi yang bisa kita berikan pada *skizofrenia*. Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dan dengan jangkau waktu yang relatif lama. Terapi *skizofrenia* terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi, dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada *skizofrenia* meliputi : terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga,

rehabilitas psikiatri, latihan ketrampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2011).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Bangsang dirawat : Bangsal tempat pasien saat ini dirawat.

Tanggal dirawat : Tanggal hari pertama pasien dirawat di rumah sakit saat ini.

Nomor rekam medik : Nomor pasien berdasarkan nomor yang tertera pada buku catatan medik pasien.

2.3.1 Pengkajian

Berdasarkan dari Nurhalimah, 2016 konsep asuhan keperawatan sebagai berikut :

1. Identitas Klien

Identitas klien yang perlu ditulis adalah nama klien, jenis kelamin, umur (biasanya pada usia produktif), pendidikan (segala jenis/tingkat pendidikan berisiko perilaku kekerasan), pekerjaan (tingkat keseriusan/tuntutan dalam pekerjaannya dapat menimbulkan masalah), status (belum menikah, menikah atau bercerai), alamat, kemudian nama perawat.

2. Alasan masuk rumah sakit dan faktor predisposisi

Faktor yang membuat klien melakukan perilaku kekerasan.

3. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang menyebabkan perubahan perilaku kekerasan klien, baik dari pasien, keluarga, maupun lingkungan (Nurhalimah, 2016).

4. Pemeriksaan Fisik

1 Keadaan Umum : klien dengan resiko perilaku kekerasan biasanya muka merah, pandangan tajam, sakit fisik, napas pendek, yang menyebabkan perubahan memori, kognitif, alam perasaan dan kesadaran.

2 Tanda-tanda vital

Tekanan darah : hipertensi/normal

Nadi : normal atau tidak

Suhu : meningkat/normal

Pernapasan : napas pendek

Berat badan : mengalami penurunan akibat nafsu makan menurun

Keluhan fisik : muka merah, pandangan tajam

5. Psikososial

1 Genogram

Genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga.

Menjelaskan : seseorang yang berada dalam disfungsi keluarga akan tertekan dan ketertekanan itu dapat merupakan faktor penyerta bagi dirinya akibat perilaku kekerasan, kondisi keluarga yang tidak baik itu adalah : keluarga yang tidak utuh, orang tua meninggal, orang tua cerai dan lain-lain (Nursalim, 2016).

2 Konsep Diri

- a) Citra diri: klien tubuhnya baik-baik saja
- b) Identitas : klien kurang puas terhadap dirinya
- c) Peran :klien anak keberapa dari berapa saudara
- d) Ideal diri :klien menginginkan keluarhga dan orang lain menghargainya
- e) Harga diri :kurangnya penghargaan keluarga terhadap perannya

3 Hubungan Sosial

Marah-marah, bersikap tidak ramah, kasar terhadap keluarga lainnya.

4 Status Mental

a) Penampilan:

Tidak rapi, tidak sesuai dan cara berpakaian tidak seperti biasanya.

b) Pembicaran

Kaji cara bicara klien apakah cepat, keras, gagap, apatis, lambat dan membisu.

5 Aktivitas Motorik

Lesu, gangguan kesadaran, selisah, gerakan otot muka yang berubah-ubah tidak dapat dikontrol.

6 Afek dan Emosi

Afek : tumpul (datar) dikarenakan terjadi penurunan kesadaran.

Emosi : klien dengan resiko perilaku kekerasan biasanya memiliki emosi yang tinggi.

7 Interaksi Selama Wawancara

Kontak mata kurang, cepat tersinggung, dan biasanya klien akan menunjukkan curiga.

8 Persepsi

Biasanya klien suka emosi.

9 Proses Pikir

Akibat perilaku kekerasan klien mengalami penurunan kesadaran.

10 Tingkat Kesadaran

Menunjukkan perilaku kekerasan

11 Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Secara umum klien perilaku kekerasan mengalami penurunan konsentrasi dan penurunan berhitung.

12 Kemampuan Penilaian

Penurunan kemampuan penilaian.

13 Daya Tarik Diri

Apakah mengingkari penyakit yang diderita atau menyalahkan hal-hal diluar dirinya.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut (Direja, 2011)

Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan mencederai diri sendiri.

a. Definisi

Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.

b. Faktor Risiko

1. Pemikiran waham atau delusi
2. Curiga pada orang lain
3. Halusinasi
4. Kerusakan kognitif
5. Kerusakan kontrol impuls
6. Persepsi pada lingkungan tidak akurat
7. Alam perasaan depresi
8. Riwayat kekerasan pada hewan
9. Lingkungan tidak teratur
10. Penganiayaan atau pengabaian anak

b. Kondisi Klinis Terkait

1. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
2. Gangguan perilaku
3. Depresi
4. Serangan panik
5. Demensia
6. Halusinasi
7. Upaya bunuh diri

2.3.3 Intervensi

Menurut (Direja, 2011)

Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan mencederai diri sendiri.

Tujuan : Pasien tidak mencederai diri sendiri.

1. Tujuan Khusus I : Klien dapat membina saling percaya.

Kriteria hasil : klien dapat menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :

- a. Wajah cerah.
- b. Tersenyum.
- c. Mau berkenalan.
- d. Ada kontak mata.
- e. Mau menceritakan perasaan yang dirasakan.
- f. Mau mengungkapkan masalahnya.

Intervensi :

- a. Beri salam setiap interaksi.
 - b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan.
 - c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien.
 - d. Tunjukan tunjukan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi.
 - e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.
 - f. Buat kontrak interaksi yang jelas.
 - g. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien.
2. Tujuan Khusus II : Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil :

- a. Klien dapat mengungkapkan perasaannya.
- b. Klien dapat menceritakan penyebab perasaan marah baik dari diri sendiri maupun orang lain.

Intervensi :

- a. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya.
 - b. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan marahnya.
 - c. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau kesal.
 - d. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa marahnya.
 - e. Dengarkan tanpa menyela atau memberikan penilaian setiap ungkapan perasaan.
3. Tujuan Khusus III : Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Klien mampu menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan:

- a. Tanda fisik : mata merah.
- b. Tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar.
- c. Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

Intervensi :

- a. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya.
 - b. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi.
 - c. Motivasi klien menceritakan kondisi emosionalnya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan.
 - d. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan.
4. Tujuan Khusus IV : Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Klien mampu menjelaskan :

- a. Jelas ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukan.
- b. Perasaannya saat melakukan perilaku kekerasan.
- c. Efektifitas cara yang di pakai dalam menyelesaikan masalah.

Intervensi :

- a. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini.
- b. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan tersebut terjadi.
- c. Diskusikan apakah dengan tindakan kekerasan masalah yang di alami teratasi.

5. Tujuan Khusus V : Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil : Klien dapat menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya :

- a. Diri sendiri : luka, dihajui teman, dan lain-lain.
- b. Orang lain atau keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dan lain-lain.
- c. Lingkungan : batang atau benda rusak.

Intervensi :

- a. Bicarakan akibat atau kerugian dari cara yang dilakukan klien.
 - b. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien.
 - c. Tanyakan pada klien apakah ia ingin mempelajari cara yang sehat.
6. Tujuan Khusus VI : klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil :

- a. Klien menyebutkan contoh mencegah perilaku kekerasan secara fisik.
- b. Tarik napas dalam.
- c. Pukul bantal dan kasur.
- d. Kegiatan fisik yang lain.

- e. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan.

Intervensi :

- a. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien.
 - b. Beri pujian atas kegiatan fisik yang biasa di lakukan.
 - c. Diskusikan dua cara fisik yang paling mudah di lakukan untuk mencegah perilaku kekerasan : tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur.
 - d. Diskusikan cara melakukan tarik nafas dalam dengan klien.
 - e. Beri contoh kepada klien tentang cara menarik nafas dalam.
 - f. Minta klien mengikuti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali.
 - g. Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara menarik nafas dalam.
7. Tujuan Khusus VII : Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil :

- a. Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- b. Fisik : tarik nafas, pukul bantal dan kasur.
- c. Verbal : mengungkapkan perasaan kesal dan jengkel pada orang lain tanpa menyakiti.
- d. Spiritual : zikir, medikasi dan lain-lain.

Intervensi :

a. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan di anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan :

a. Peragakan cara yang mungkin dipilih dan di anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan.

b. Peragakan cara melaksanakan cara yang di pilih.

c. Anjurkan klien menirukan perasaan yang sudah dilakukan.

d. Beri penguatan pada klien, perbaik cara yang masih belum sempurna.

e. Anjurkan klien mengungkapkan cara yang sudah dilatih saat marah.

8. Tujuan Khusus VIII : klien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil :

a. Klien dapat menyebutkan nama ibadah yang biasa dilakukan.

b. Klien dapat mendemostrasikan cara ibadah yang di pilih.

c. Klien mempunyai jadwal untuk melatih kegiatan ibadah.

d. Klien dapat mengevaluasi terhadap kemampuan melakukan kegiatan.

Intervensi :

a. Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah di lakukan.

b. Bantu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat di lakukan.

c. Bantu klien memilih kegiatan yang akan dilakukan.

d. Minta klien mendemostrasikan kegiatan ibadah yang di pilih.

- e. Beri pujian atas keberhasilan klien.
9. Tujuan Khusus IX : Klien menggunakan obat sesuai program yang telah di tetapkan.

Kriteria Hasil : Klien mampu menjelaskan :

- a. Manfaat minum obat.
- b. Kerugian tidak minum obat.
- c. Nama obat.
- d. Bentuk dan warna obat.
- e. Dosis yang diberikan kepadanya, waktu, cara, dan efek.
- f. Klien mampu menggunakan obat sesuai program.

Intervensi :

- a. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat.
- b. Jelaskan kepada klien :
 - 1. Jenis obat (nama, warna dan bentuk).
 - 2. Dosis, waktu, cara dan efek.
- c. Anjurkan klien :
 - 1. Minta menggunakan obat tepat waktu.
 - 2. Laporan jika mengalami efek yang tidak biasa.
 - 3. Beri pujian kedisiplinan klien menggunakan obat.

2.3.4 Hasil Jurnal Penelitian

Jurnal 1

“Teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap kemampuan mengontrol marah klien *Skizofrenia*”

Oleh : Sutinah, Rika safitri, Nofrida saswati.

Tujuan Penelitian : untuk mengetahui “pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap mengontrol marah klien *skizofrenia*”

Pendekatan sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 17 orang.

Metode Penelitian

Desain pada penelitian adalah pra eksperimen dengan rancangan *Pretest Posttest One Group Design*.

Hasil Penelitian

Berdasarkan dari hasil penelitian 17 klien sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam memperlihatkan nilai kemampuan mengontrol marah pada klien resiko perilaku kekerasan sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi dengan nilai mean 13,0588.

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan pada 17 klien memperlihatkan nilai kemampuan mengontrol marah klien resiko perilaku

kekerasan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam di Rumah Sakit Jiawa Daerah Provinsi Jambi dengan nilai rata-rata 22,0588.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji pada kelompok *pretest-posttest* diketahui nilai rata-rata (mean) adalah 9,00000 yang menunjukkan nilai sig 0,000 dengan derajat kemaknaan 0,05. Hasil sig $0,000 < 0,05$ yang artinya ada perbedaan mengontrol marah sebelum dan sesudah dilakukan relaksasi nafas dalam terhadap mengontrol marah pada klien *skizofrenia*.

Asumsi yang peneliti dapatkan pada sesudah dilakukan teknik tarik nafas dalam mengalami peningkatan yang signifikan dalam mengontrol marah yang dapat membuat klien tetap pada keadaan tenang dan rileks disaat klien sudah melakukan teknik relaksasi nafas dalam tersebut. Selain itu didapatkan juga bahwa sebagian besar klien mudah mengerti dan paham pada saat pemberian intervensi relaksasi nafas dalam terbukti pada saat dilakukan *posttest* klien bisa mempraktekkannya sesuai prosedur yang sudah diajarkan. Berdasarkan pada hasil oleh data terdapat peningkatan nilai yakni dari 17,6% klien menjawab pertanyaan ke 5 yakni cara mengendalikan perilaku kekerasan meningkat menjadi 70,9% klien dapat menjawab pertanyaan ke 5 yakni perilaku kekerasan dengan sangat baik, begitu pula dengan pertanyaan ke 6 tentang teknik relaksasi nafas dalam dari 70,65 menjawab cukup baik meningkat menjadi 100% dan dapat mempraktekkannya dengan sangat baik.

“Pengaruh Latihan fisik I dan II Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Perilaku Kekerasan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma”

Oleh : Ni Made Sumartyawati, I Made Eka Santoso, Devi Oktaviana.

Tujuan Penelitian : penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Latihan Fisik I dan II Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan.

Sampel penelitian ini menggunakan *Purposive Sampling*. Jumlah total sampel sebanyak 30 responden, 27 responden dengan kategori mampu dan 10 responden dalam kategori cukup mampu.

Metode Penelitian

Desain penelitian ini adalah *pra eksperimen* dengan pendekatan *one group pre-test and post-test*.

Hasil Penelitian

Kemampuan mengontrol perilaku kekerasan sebelum diberikan latihan fisik I dan II menunjukkan sebanyak 20 responden dengan persentase 67% dalam kategori tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan, dan 10 responden dengan persentase 33% sisanya dalam kategori cukup mampu mengontrol perilaku kekerasan. Dari 25 responden yang menunjukkan respon kognitif atau respon sosial pada saat *pre-test* terdapat 5 responden yang sudah mampu melakukan relaksasi nafas dalam dan fisik II (memukul bantal) dengan sangat baik dan benar.

Kemampuan mengontrol perilaku kekerasan sesudah diberikan latihan fisik I dan II menunjukkan sebanyak 27 responden dengan persentase 90% dalam kategori mampu mengontrol perilaku kekerasan, dan 3 responden dengan persentase 10% dalam kategori cukup mampu mengontrol perilaku kekerasan. Teknik relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan efek yang menegangkan fisik tetapi juga menegangkan pikiran. Oleh karena itu beberapa teknik relaksasi nafas dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi. Latihan fisik II (memukul bantal) juga termasuk dalam suatu aktivitas pergerakan dalam mengurangi marah dan mengontrol perilaku kekerasan klien.

Hasil analisa di dapat P value $< \alpha$ ($0.00 < 0.05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada pengaruh latihan fisik I dan II terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan. Jadi dapat disimpulkan bahwa latihan fisik I dan II memberikan pengaruh terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan.

Jurnal 3

“Pengaruh Pelaksanaan Terapi spiritual Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan”

Oleh : Ernawati, Samsualam, Suhermi.

Tujuan Penelitian : untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan di Ruan Kenari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

Sampel penelitian ditetapkan menggunakan *purposive sampling* dengan kriteria inklusi. Jumlah total sampel sebanyak 20 pasien.

Metode Penelitian

Metode penelitian ini menggunakan metode *Pre-Experimental One group Pretest-posttest Design*.

Hasil Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang Kenari Rumah sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan selama satu bulan dengan frekuensi pemberian terapi spiritual dua kali dalam seminggu. Hasil uji statistik menggunakan *Uji Wicoxon* di peroleh nilai sig. (2-tailed) 0.003 dengan α (0.05). salah satu tindakan yang dapat menurunkan perilaku kekerasan adalah dengan terapi spiritual dzikir (subhanallah, alhamdulillah, allahu akbar) sebanyak 33 kali dan mendengarkan bacaan Al-qur'an (surah Ar-Rahman) yang dibacakan langsung oleh petugas tetapi keagamaan Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Pada saat dilakukan penelitian di Ruan Kenari RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, sebelum dan sesudah dilakukan terapi spiritual terdapat perbedaan atau pengaruh yang signifikan karena dari tanda dan gejala yang muncul ada saat *pre-test* menjadi berkurang setelah dilakukan *post-test* terapi spiritual. Itu sangat terbukti karena pada saat *pre-test*, kategori tidak terkontrol lebih banyak (65.0%) dibanding kategori yang terkontrol (35.0%), sedangkan pada saat *post-test* kategori terkontrol lebih banyak (80.0%). Seluruh pasien beragama islam yang ada di Ruang Kenari menjalani terapi keagamaan

atau terapi spiritual secara bergantian, dimulai dari 10 hingga 15 pasien yang ikut terapi keagamaan mengikuti jadwal yaitu setiap hari Selasa dan Kamis.

2.3.5 Kajian Intervensi Dalam Al-Qur'an

Riwayat al-Tirmidzi (2988) dan Ibnu Hibban (993). Kata Imam al-Tirmidzi Hadis ini adalah Hadis oleh Hasan Gharib.

“Dari Anas bin Malik bahwa Nabi Sawa bersabda kepada Abu Talhah : Carilah seorang anak kecil dari milikmu untuk melayaniku (selama kepergianku ke Khaibar). Abu Talhah keluar bersamaku dengan memboncengku. Saat itu aku hanya seorang anak kecil yang hampir baligh. Aku melayani Rasulullah SAW saat beliau singgah dan aku selalu mendengarkan Nabi banyak memohon doa : Ya Allah, aku berlindung kepadamu dari sifat (jiwa) gelisah, sedih, lemas, malas, kikir, takut, terlilit hutang, dan dikuasai manusia” (HR Al-Bukhari).

Allah SWT menganugerahkan jiwa pada manusia yang nilainya tak terhingga. Dengannya manusia suka, duka, bahagia, derita, kecewa, dan kedamaian. Ia keajaiban yang datang dari Allah di mana selalu menuntun manusia pada cahaya kebenaran. Tapi, setiap tubuh, jiwa dapat merasakan sehat dan sakit. Terdapat depan penyakit jiwa yang secara lugas disebutkan Nabi dalam Hadis di atas.

2.3.6 Implementasi

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi. Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut (Kozier, et al. 2010). Berikut ini adalah Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan :

1. Strategi Pelaksanaan Pertemuan Pertama

Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik.

2. Strategi Pelaksanaan Kelima

Latihan mengontrol perilaku kekerasandengan obat

- a. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih.
- b. Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
- c. Susun jadwal minum obat secara teratur.

3. Strategi Pelaksanaan Pertemuan Ketiga.

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2

- a. Evaluasi latihan nafas dalam.
- b. Latihan cara fisik ke 2 pukul bantal dan kasur.

- c. Susun jadwal kegiatan harian cara kedua
4. Strategi Pelaksanaan Keempat.

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial atau verbal.

- a. Evaluasi jadwal harian untuk kedua cara fisik.
- b. Latihan mengucapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
- c. Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.

5. Strategi Pelaksanaan Kelima.

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual.

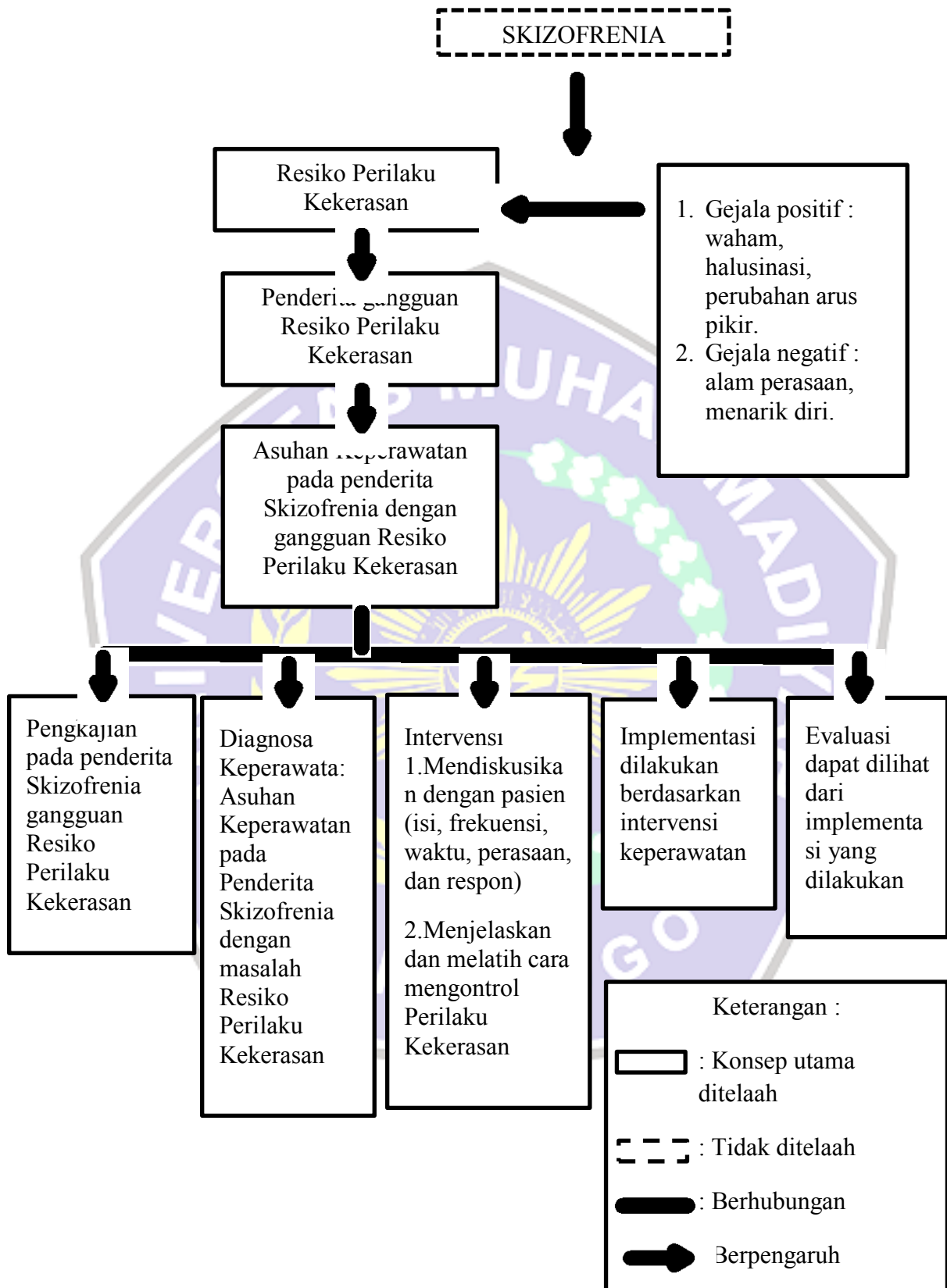
- a. Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial atau verbal.
- b. Latihan sholat dan berdoa.
- c. Membuat jadwal latihan sholat dan berdoa.

2.3.7 Evaluasi

Evaluasi adalah pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan implementasi. Langkah-langkah dalam mengevaluasi asuhan keperawatan adalah menganalisis respons

klien, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan dan perencanaan untuk asuhan keperawatan di masa depan (Rosdahl dan Kowalski, 2014).

2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Hubungan antar konsep perilaku kekerasan.