

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Risiko perilaku kekerasan merupakan hal yang dapat membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri ataupun orang lain (SDKI, 2017). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang menunjukkan bahwa dirinya mampu membahayakan dirinya sendiri dan orang lain baik secara fisik, emosional dan seksual (NANDA, 2018). Menurut Sutejo (2019) risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri (*risk for self-directed*) dan risiko perilaku kekerasan pada orang lain (*risk for other-directed*).

Dari beberapa definisi tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu dari ungkapan marah dan bermusuhan sebagai respon terhadap kecemasan atau kebutuhan yang tidak terpenuhi sehingga mengakibatkan tidak terkontrolnya dan kesadaran diri dimana individu bisa berperilaku yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar.

2. Rentang Respon

Rentang Respon marah menurut (Azizah et al., 2016), pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan status rentang emosi merupakan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).

tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.

- 3) Sosial budaya, dapat mempengaruhi karena budaya yang pasif agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar.
- 4) Bioneurologis, beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

b. Faktor presipitasi

- 1) Ekspresi diri, dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 4) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan 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.

4. Tanda dan Gejala

Menurut (Vahurina & Rahayu, 2021) tanda dan gejala yang ditemui pada pasien melalui observasi atau wawancara tentang Risiko Perilaku Kekerasan adalah sebagai berikut:

- a. Muka merah dan tegang
- b. Pandangan tajam
- c. Mengatupkan rahang dengan kuat

- d. Mengepalkan tangan
- e. Jalan mondar-mandir
- f. Bicara kasar
- g. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h. Mengancam secara verbal atau fisik
- i. Melempar atau memukul benda/orang lain
- j. Merusak benda atau barang Tidak memiliki kemampuan mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan.

5. Mekanisme Koping

Menurut Prastya & Arum (2017) perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping pasien, sehingga dapat membantu pasien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan Risiko Perilaku Kekerasan antara lain:

- a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

- b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

B. Konsep Dasar Relaksasi Otot Progresif

1. Definisi

Teknik Relaksasi Otot Progresif adalah teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan atau sugesti. Berdasarkan keyakinan bahwa tubuh manusia berespons pada kecemasan dan kejadian merangsang pikiran dengan ketegangan otot. Teknik Relaksasi Otot Progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan rileks (Setiawan et al., 2021).

Relaksasi adalah kemampuan seseorang membuat tubuhnya menghasilkan zat-zat kimia (*endorphin & enkefalin*) dan merangsang signal otal yang menyebabkan otot rileks serta meningkatkan aliran darah ke otak. *Progressive muscle relaxation* merupakan teknik relaksasi dengan cara menegangkan dan merilekskan otot-otot. Kontraksi dilakukan selama 5 detik kemudian rileks selama 15 detik, saat inspirasi otot dikontraksikan, ketika ekspirasi secara perlahan otot direlaksasikan (Mundakir, 2022).

2. Tujuan Terapi Relaksasi Otot

Mundakir (2022) menjelaskan bahwa tujuan dari terapi Relaksasi Otot Progresif adalah:

1. Menurunkan Tingkat Ketegangan Fisik dan Mental

Pasien dengan RPK seringkali mengalami peningkatan ketegangan otot, kegelisahan, dan agitasi yang menjadi prekursor perilaku kekerasan. Relaksasi Otot Progresif (ROP) secara sistematis melatih

pasien untuk mengidentifikasi dan melepaskan ketegangan otot di seluruh tubuh, sehingga secara fisiologis dapat menurunkan tingkat *arousal* atau keterbangkitan sistem saraf simpatis. Ini menciptakan kondisi relaksasi yang berlawanan dengan kondisi tegang yang mendahului agresi.

2. Meningkatkan Kontrol Marah

Melalui latihan ROP, pasien diajarkan untuk fokus pada sensasi tubuh mereka. Ini membantu pasien menjadi lebih peka dan mampu mengenali tanda-tanda awal ketegangan atau marah dalam tubuh mereka sendiri (misalnya, otot rahang mengencang, bahu terangkat, perut tegang) sebelum hal tersebut meningkat menjadi amarah yang tidak terkontrol atau perilaku kekerasan. Pengenalan dini ini adalah langkah pertama menuju kontrol marah.

3. Mengajarkan Mekanisme Koping Adaptif

Relaksasi Otot Progresif (ROP) memberikan pasien alat konkret dan praktis yang dapat mereka gunakan secara mandiri untuk mengelola emosi marah atau frustrasi. Daripada meluapkan kemarahan melalui agresi, pasien diajarkan untuk merespons ketegangan dengan teknik relaksasi. Ini adalah pengganti perilaku maladaptif dengan respons yang lebih sehat dan konstruktif.

4. Meningkatkan Kontrol Impuls dan Pengambilan Keputusan yang Lebih Baik

Dengan kemampuan untuk meredakan ketegangan dan mencapai kondisi relaksasi, pasien menjadi lebih tenang dan rasional. Kondisi ini memungkinkan mereka untuk berpikir lebih jernih dan membuat keputusan yang lebih baik saat menghadapi situasi pemicu stres, daripada bereaksi secara impulsif dengan kekerasan.

5. Mengurangi Frekuensi dan Intensitas Episode Perilaku Kekerasan

Sebagai hasil dari tujuan-tujuan di atas (penurunan ketegangan, peningkatan kesadaran diri, mekanisme koping adaptif, dan kontrol impuls), probabilitas terjadinya perilaku kekerasan akan berkurang.

Jika episode kekerasan tetap terjadi, intensitasnya diharapkan tidak separah sebelumnya karena pasien memiliki alat untuk meredakan diri.

6. Meningkatkan Kualitas Tidur

Ketegangan dan kecemasan seringkali menyebabkan gangguan tidur, yang dapat memperburuk iritabilitas dan risiko kekerasan. ROP membantu pasien mencapai relaksasi yang lebih dalam, sehingga meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur. Tidur yang cukup dapat secara signifikan memperbaiki *mood* dan mengurangi kecenderungan agresi.

3. Indikasi

Indikasi dilakukannya terapi Relaksasi Otot Progresif (ROP) menurut Mundakir (2022) yaitu sebagai berikut:

1. Stres dan Kecemasan (*Anxiety*)
 - a. Gangguan Kecemasan Umum: Untuk mengurangi tingkat ketegangan kronis dan kekhawatiran berlebihan.
 - b. Serangan Panik: Membantu mengelola gejala fisik yang menyertai serangan panik, seperti jantung berdebar dan sesak napas.
 - c. Fobia: Mengurangi kecemasan saat menghadapi objek atau situasi yang ditakuti.
 - d. Kecemasan Pre-Operasi/Pre-Prosedur: Menurunkan kegelisahan sebelum tindakan medis.
2. Gangguan Tidur (Insomnia)

Membantu individu yang kesulitan tidur atau mempertahankan tidur karena pikiran yang gelisah atau ketegangan otot. Teknik relaksasi ini dapat menyiapkan tubuh dan pikiran untuk beristirahat.
3. Manajemen Nyeri Kronis:
 - a. Nyeri Musculoskeletal: Seperti nyeri punggung, leher, atau *fibromyalgia*, di mana ketegangan otot sering memperburuk nyeri.
 - b. Nyeri Kepala Tegang (Tension Headache): Mengurangi ketegangan otot di kepala, leher, dan bahu yang menjadi pemicu nyeri.

c. Meskipun tidak menghilangkan sumber nyeri, ROP dapat mengurangi persepsi nyeri dan membantu pasien mengelola respons stres terhadap nyeri.

4. Gangguan Jiwa (Khususnya untuk Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan):

a. Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK): Ini adalah indikasi yang sangat penting. ROP membantu pasien:

1) Mengenali tanda-tanda awal kemarahan/agitasi dalam tubuh mereka (misalnya, otot yang menegang, rahang mengeras) sebelum emosi tersebut eskalasi.

2) Meredakan ketegangan fisik yang sering mendahului ledakan amarah atau agresi.

3) Mengembangkan mekanisme koping adaptif untuk mengelola emosi marah atau frustrasi.

4) Meningkatkan kontrol marah dengan memberikan cara untuk menenangkan diri sebelum bereaksi secara agresif.

5) Mengurangi frekuensi dan intensitas episode perilaku kekerasan.

b. Gangguan Bipolar (Fase Manik/Agitatif): Dapat membantu menenangkan dan mengendalikan *arousal* yang berlebihan.

4. Kontraindikasi

a. Cedera otot atau tulang yang akut: PMR dapat memperburuk cedera jika dilakukan secara tidak tepat.

b. Patah tulang: PMR dapat memperburuk patah tulang jika dilakukan secara tidak tepat.

c. Kondisi jantung yang tidak stabil: PMR dapat meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung, sehingga tidak cocok untuk orang dengan kondisi jantung yang tidak stabil.

d. Kondisi neuromuskuler yang parah: PMR dapat memperburuk kondisi neuromuskuler yang parah, seperti multiple sclerosis atau amyotrophic lateral sclerosis (ALS).

- e. Kondisi ortopedi yang parah: PMR dapat memperburuk kondisi ortopedi yang parah, seperti skoliosis atau spondylolistesis.

5. SOP Teknik Relaksasi Otot Progresif

Langkah-langkah latihan Relaksasi Otot Progresif , adalah sebagai berikut :

a. Fase Orientasi

- 1) Memberikan salam terapeutik dan berkenalan
- 2) Melakukan evaluasi dan validasi data
- 3) Melakukan kontrak waktu (waktu, tempat, dan topik).

b. Fase Kerja

- 1) Persiapan pasien
 - 1) Menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur pelaksanaan pada pasien.
 - 2) Anjurkan pasien untuk minum air putih dan berkemih terlebih dahulu.
 - 3) Posisikan tubuh pasien secara nyaman yaitu dengan berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal dibawah kepala dan lutut atau duduk dikursi dengan kepala ditopang , hindari dengan posisi berdiri.
 - 4) Lepaskan semua aksesoris yang digunakan seperti kacamata, sepatu, sabuk dan jam tangan.
 - 5) Melonggarkan ikatan ikat pinggang , longgarkan dasi atau hal lani yang sifatnya mengikat ketat.
- 2) Prosedur pelaksanaan
 - a) Gerakan 1: Untuk melatih otot-otot wajah (Otot dahi, mata, rahang, dan mulut).
 - (1)Gerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi serta alis hingga kulit sekitas dahi dan alis terasa keriput.
 - (2)Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan.

- b) Gerakan 2, ditujukan melemaskan otot rahang: Dianjurkan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang, dengan cara katupkan rahang, diikuti dengan mengggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot rahang
- c) Gerakan 3, bertujuan mengendurkan otot otot sekitar mulut: Bibir di mencucukan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan disekitar mulut
- d) Gerakan 4, bertujuan untuk merilekskan otot-otot leher bagian belakang
 - (1)Gerakkan kepala ke depan sekuat mungkin dimbangi dengan gerakan kebelakang.
 - (2)Setelah dirasa cukup, istirahatkan kepala dengan cara meletakkannya kesandaran.
 - (3)Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sekuat tenaga sehingga otot bagian dalam serta otot punggung mengalami ketegangan.
- e) Gerakan 5: Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan
 - (1)Membawa atau menundukan kepala ke muka
 - (2)Kemudian pasien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya, sehingga dapat merasakan ketegangan didaerah leher bagian muka
- f) Gerakan 6: Ditujukan untuk melatih otot bahu supaya mengendur rileks
 - (1)Mengangkat kedua bahu setinggi-setingginya seakan-akan bahu dibawa menyentuh kedua telinga.
 - (2)Fokus perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yang terjadi di bahu, leher dan punggung atas.

- g) Gerakan 7: Ditujukan untuk melatih otot punggung
- (1)Angkat tubuh dari sandaran kursi
 - (2)Punggung dilengkungkan
 - (3)Bususngkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian rileks.
 - (4)Saat rileks, letakkan anggota tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas
- h) Gerakan 8: Ditujukan untuk melatih otot tangan
- (1)Lakukan pernafasan perut, kemudian hembuskan perlahan. Saat menghembuskan nafas bayangkan bahwa ketegangan yang berada dalam tubuh mulai rileks mengalir pergi
 - (2)Genggam tangan kiri sambil membuat kepalan
 - (3)Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi
 - (4)Ketika kepalan tangan dilepaskan, pasien dipandu untuk merasakan rileks dalam 10 detik
 - (5)Lakukan gerakan pada tangan kiri dengan dilakukan dua kali sehingga pasien dapat memebedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.
 - (6)Prosedur serupa juga lakukan pada tangan sebelah kanan.
- i) Gerakan 9: Ditujukan untuk melatih otot tangan bagian belakang
- (1)Tekuk pergelangan tangan ke arah belakang sehingga otot tangan bagian belakang dan otot lengan bawah mengalami ketegangan.
 - (2)Jari – jari menghadap ke atas (langit-langit)
- j) Gerakan 10: Ditujukan untuk melatih otot biseps dan trispes (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).
- (1)Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan
 - (2)Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang.
 - (3)Kencangkan otot trisep dengan memperpanjang lengan dan mengunci siku . Tahan dan kemudian rilekskan.

- k) Gerakan 11: Ditujukan untuk melemaskan otot dada
- (1) Tarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara bersih sebanyak banyaknya
 - (2) Posisi ini ditahan selama 10 detik sambil merasakan ketegangan yang di bagian dada kemudian turunkan ke perut
 - (3) Saat ketegangan dilepas, lakukan nafas normal dengan lega
 - (4) Ulangi sekali lagi , sehingga dapat dirasakan perbedaan antara konsisi tegang dan rileks
- l) Gerakan 12: Ditujukan untuk melatih otot perut
- (1) Tarik nafas kuat perut ke dalam
 - (2) Tahan sampai perut menjadi kencang dan keras. Setelah 10 detik dilepaskan bebas, kemudian diulang kembali seperti gerakan awal untuk perut ini
- m) Gerakan 13: yang bertujuan untuk melatih otot bokong
- (1) Tarik nafas dalam dan hembuskan
 - (2) Kontraksikan otot bokong seperti sedang menjepit kertas sehingga otot bokong terasa keras. Setelah 10 detik, kemudian lepas dan rilekskan.
- n) Gerakan 14: yang bertujuan untuk melatih otot kaki seperti paha dan betis
- (1) Luruskan kaki ke depan hingga otot paha terasa tegang.
 - (2) Lanjutkan dengan mengunci lutut hingga ketegangan berpindah ke otot betis.
 - (3) Pertahankan posisi ini selama sepuluh detik lalu lepaskan.
 - (4) Lakukan gerakan ini masing – masing sebanyak dua kali.

Ulangi setiap gerakan masing masing dua kali

c. Fase Terminasi

- 1) Menyampaikan pujian
- 2) Evaluasi hasil, yang terdiri dari: evaluasi subjektif dan objektif
- 3) Rencana tindak lanjut, kontrak yang akan datang.
- 4) Berpamitan

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Menurut (Winranto, 2021) pengkajian risiko perilaku kesehatan seperti berikut:

a. Identitas

Meliputi: Nama, umur, jenis kelamin, nomer RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Alasan masuk

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

c. Faktor predisposisi

- 1) Biasanya pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- 2) Biasanya pasien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternative serta memasing dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.
- 3) Trauma, biasanya pasien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- 4) Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- 5) Biasanya pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

b. Pengkajian fisik

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan.

- 3) Yang kita temukan pada pasien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah).
- 4) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

c. Psikososial

- 1) Genogram Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh pasien maupun keluarga apa saat pengkajian.
- 2) Konsep diri Biasanya ada anggota tubuh pasien yang tidak disukai pasien yang mempengaruhi keadaan pasien saat berhubungan dengan orang lain sehingga pasien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.
- 3) Identitas Biasanya pada pasien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal
- 4) Harga diri Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau pasien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.
 - a) Peran diri Biasanya pasien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya pasien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.
 - b) Ideal diri Biasanya pasien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

d. Hubungan sosial

- 1) Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara.
- 2) Kegiatan yang diikuti pasien dalam masyarakat dan apakah pasien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan pasien dalam hubungan masyarakat.

e. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan
- 2) Biasanya pasien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
- 3) Kegiatan ibadah
- 4) Biasanya dalam selama sakit pasien jarang melakukan ibadah

f. Status mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan pasien kotor

2) Pembicaraan

Biasanya pada pasien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

3) Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motoric pasien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah- ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat

4) Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

5) Afek

Biasanya pasien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

6) Interaksi selama wawancara

Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

7) Persepsi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

8) Isi pikir

Biasanya pasien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.

9) Tingkat kesadaran

Biasanya pasien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

10) Memori

Biasanya pasien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

11) Kemampuan penilaian

Biasanya pasien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

12) Daya fikir diri

Biasanya pasien mengingkari penyakit yang dideritanya.

g. Mekanisme koping

Biasanya pasien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya dan merusak alat-alat rumah tangga.

h. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

i. Pengetahuan

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah Risiko Perilaku Kekerasan. Diagnosa Keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

| Diagnosis | SLKI | SIKI |
|----------------------------------|---|---|
| Risiko Perilaku Kekerasan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam maka kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Suara keras menurun 4. Bicara ketus menurun | Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) • Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung • Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin • Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien • Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif • Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita) Promosi Koping (I.09312) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemampuan yang dimiliki • Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan • Identifikasi pemahaman proses penyakit • Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan • Identifikasi metode penyelesaian masalah • Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan perubahan peran yang dialami • Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan • Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri • Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri • Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu • Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri • Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan • Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan • Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis • Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan • Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan • Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial • Motivasi mengidentifikasi sistem |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>pendukung yang tersedia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan) • Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama • Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat • Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama • Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Anjurkan keluarga terlibat • Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik • Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif • Latih penggunaan Teknik relaksasi • Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan • Latih mengembangkan penilaian obyektif |
|--|--|--|

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk pasien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Martini et al., 2022)

Implementasi keperawatan jiwa pada Risiko Perilaku Kekerasan ada 5 SP menurut (Martini et al., 2022), sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu melakukan rencana dan implementasi dalam asuhan keperawatan sebagai pendekatan yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan. Ada lima strategi pelaksanaan dalam mengontrol perilaku kekerasan, yaitu:

- a. SP 1: Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan latihan nafas dalam
- b. SP 2: Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan teknik pukul bantal.
- c. SP 3: Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan komunikasi verbal dengan baik.
- d. SP 4: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual/ beribadah
- e. SP 5: Mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat (8 benar).

6. Evaluasi

Menurut (Yusuf, A.H & R & Nihayati, 2015) dalam Bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Adapun Evaluasi pada pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan dapat dilakukan pada pasien dan keluarga yaitu:

1. Pada Pasien a. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala Risiko Perilaku Kekerasan, Risiko Perilaku Kekerasan yang biasanya dilakukan, serta akibat dari Risiko Perilaku Kekerasan yang dilakukan. B. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi: 1) Secara fisik 2) Secara sosial/verbal 3) Secara spiritual 4) Terapi psikofarmaka.
2. Pada Keluarga a. Keluarga mampu mencegah terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan b. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien c. Keluarga mampu memotivasi pasien dengan melakukan cara mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan d. Keluarga mampu mengidentifikasi risiko perilaku pasien yang harus dilaporkan pada perawat.