

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Resiko Perilaku kekerasan adalah bentuk perilaku dimana seseorang mengalami gangguan dan dapat menyakiti seseorang secara fisik atau psikis, verbal atau non-verbal, dengan cara yang merugikan diri sendiri, orang lain atau lingkungan (Vahurina & Rahayu, 2021). Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020).

Penderita yang berisiko mengalami perilaku kekerasan cenderung menunjukkan beberapa tanda, seperti mengancam, mengumpat, berbicara kasar atau keras dengan cara apapun secara objektif pasien terlihat menyerang orang lain, merugikan dirinya sendiri atau orang lain, menimbulkan kerugian lingkungan, kemarahan, agresivitas mata melotot dengan tatapan tajam, kepalan tangan terkepal, rahang terkatup, muka merah dan sikap kaku. (Dermawan, 2020). Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other directed violence*) (Adji, 2022).

Kesimpulan dari pengertian risiko perilaku kekerasan adalah respon dari stressor yang dialami seseorang dengan menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan yang dapat merugikan diri sendiri dan orang lain.

2. Proses Terjadinya Masalah

Proses terjadinya masalah risiko perilaku kekerasan menurut konsep adaptasi stress Stuart (2023) disebabkan oleh dua faktor yaitu faktor predisposisi dan presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

Faktor prediposisi merupakan faktor yang mempermudah dalam menyebabkan terjadinya perilaku seorang seperti keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya. Terdapat tiga faktor predisposisi utama terjadinya perilaku kekerasan (Zahra et al., 2022), diantaranya:

1) Faktor Biologis

Secara biologis, perilaku kekerasan dapat muncul akibat adanya kerusakan sistem limbik yang mengatur emosi dan perilaku, lobus frontal sebagai pusat pengaturan pikiran rasional, neurotransmitter yang berhubungan dengan perilaku agresif, serotonin, dopamine, norepineprin, asetol colin, dan asam amino dan adanya riwayat penyakit atau trauma kepala, serta riwayat penggunaan NAPZA. Faktor biologis lainnya yaitu herediter yaitu dimana anggota keluarga salah satu dari mereka sering melakukan perilaku kekerasan, ataupun adanya keluarga yang mengalami gangguan jiwa (Aprillia, 2022).

2) Psikologis

Pengalaman marah merupakan respon psikologis maladaptif terhadap stimulus internal maupun eksternal sebagai hasil dari akumulasi frustasi. Hasil akumulasi dari frustasi yang dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*), ketidakpuasan fase oral (0-2 tahun) dan pemenuhan kebutuhan air susu yang tidak cukup atau pola asuh yang tidak mendukung serta lingkungan keluarga atau luar rumah merupakan model dan perilaku yang ditiru oleh anak anggota keluarga cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan terhadap lingkungan (Risal et al., 2020).

Teori psikoanalisis Sigmund Freud merupakan teori yang mendukung bahwa perilaku agresi merupakan akibat dari *instinctual drives* artinya tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah (Sutisna, 2021). Terdapat beberapa pandangan psikologis lain yang berperan dalam perkembangan dan pengalaman hidup seseorang terhadap perilaku agresif (Tukatman et al., 2023), yaitu:

- a) Retardasi mental dan kerusakan mental organik sehingga tidak mampu menyelesaikan secara efektif
- b) *Severe emotional deprivation* *rejeksi* yang berlebihan pada masa kanak-kanak atau *seduction parenteral* yang mungkin telah merusak harga diri dan hubungan saling percaya.
- c) Terpapar kekerasan selama masa perkembangan, termasuk *child abuse* atau melihat kekerasan dalam keluarga sehingga membentuk coping atau pola pertahanan yang destruktif.

3) Sosiokultural

Lingkungan sosial merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi seseorang atau kelompok untuk dapat melakukan suatu tindakan serta perubahan-perubahan perilaku setiap individu meliputi lingkungan keluarga, lingkungan sekolah, dan lingkungan teman sepermainan (Sapara et al., 2020). Teori lingkungan social (*Social Environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah (Damanik & Laia, 2022).

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses observasi yang mana semakin sering mendapatkan maka semakin tinggi kemungkinan untuk terjadi (Hulu, 2022). Hal tersebut sejalan dengan teori belajar sosial (*Social learning theory*) menurut Albert Bandura (1977, dalam Firmansyah & Saepuloh, 2022) yang menjelaskan bahwa perilaku manusia mempunyai interaksi timbal balik

yang berkesinambungan antara kognitif, perilaku, dan pengaruh lingkungan

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi perilaku kekerasan adalah faktor yang dapat memicu seseorang melakukan kekerasan. Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain (Maharani, 2024). Faktor yang disebabkan dari dalam individu, meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang dicintai, disayangi atau seseorang yang berarti (putus cinta, ditolak pasangan dan dapat juga berupa kematian), kekhawatiran terhadap penyakit (Fransiska, 2020). Sedangkan faktor eksternal meliputi situasi lingkungan yang tidak kondusif, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan, dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain (Vancampfort et al., 2019).

Beberapa faktor pencetus yang menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan (Zahra et al., 2022), sebagai berikut:

- 1) Faktor genetik
- 2) Putus obat sebagai pencetus pasien mengalami resiko perilaku kekerasan.
- 3) Faktor psikologis yaitu konsep diri; tidak diterima lingkungan sekitar sebagai pencetus pasien mengalami risiko perilaku kekerasan.
- 4) Faktor sosial budaya yaitu ketidakharmonisan lingkungan tempat tinggal membuat diri ingin marah dan berbicara dengan kasar.

c. Mekanisme Koping

Penatalaksanaan stress melalui penggunaan mekanisme koping yang adaptif sebagai upaya pertahanan untuk melindungi diri dari stressor. Berikut beberapa mekanisme koping menurut Stuart & Laraia (2005) yang dapat digunakan saat marah (Putri et al., 2022), sebagai berikut:

- 1) Sublimasi: seseorang yang sedang marah dapat menyalurkan marahnya ke obyek lain, misalnya memukul Kasur atau bantal, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
- 2) Proyeksi: menyangkal apa yang sebenarnya dirasakan dengan menyalahkan orang lain, misalnya seorang wanita menyangkal memiliki perasaan seksual terhadap rekan kerjanya dan berbalik menuduh bahwa rekannya tersebut mencoba merayu dan menggodanya.
- 3) Represi: menekan perasaan tidak suka terhadap sesuatu dengan cara mencegahnya masuk ke alam sadar. Seseorang dapat menekan ingatan pengalaman atau memutuskan hubungan dari perasaan atau pikiran yang terkait dengannya. Proses ini adalah jenis mekanisme pertahanan yang mungkin digunakan seseorang untuk mengatasi trauma dimasa lalu.
- 4) Reaksi Formasi: bagaimana seseorang memilih untuk menunjukkan perilaku atau sikap yang berlawanan dengan perasaan yang sebenarnya. Contoh formasi reaksi adalah bagaimana seseorang tetap bisa berperilaku baik pada seseorang yang sebenarnya ia benci.
- 5) *Replacement*: melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti seorang anak yang marah karena baru saja mendapatkan hukuman karena mencoret-coret dinding, pengalihannya dia mulai main perang-perangan dengan temannya.

d. Rentang Respon Marah

Rentang respon kemarahan dari perilaku kekerasan dapat di gambarkan sebagai berikut, assertif, frustrasi, pasif, agresif, dan mengamuk.



Gambar 2. 1 Rentang Respons Marah
(Stuart & Sudden 2023)

Keterangan :

- a. Asertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
- b. Frustasi adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- c. Pasif adalah respons di mana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
- d. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah, namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e. Kekerasan adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri.

3. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala yang ditemui melalui observasi atau wawancara pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan , sebagai berikut:

a. Tanda gejala mayor

1) Subjektif

- a) Mengatakan benci/kesal dengan orang lain
- b) Mengatakan ingin memukul orang lain
- c) Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan

- d) Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan

2) Objektif

- a) Melotot
- b) Pandangan tajam
- c) Tangan mengepal
- d) Rahang mengatup
- e) Gelisah dan mondar-mandir
- f) Tekanan darah meningkat
- g) Nadi meningkat
- h) Pernapasan meningkat
- i) Mudah tersinggung
- j) Nada suara tinggi dan bicara kasar
- k) Mendominasi pembicaraan
- l) Sarkasme
- m) Merusak lingkungan

b. Tanda gejala minor

1) Subjektif

- a) Mengatakan tidak senang
- b) Menyalahkan orang lain
- c) Mengatakan diri berkuasa
- d) Merasa gagal mencapai tujuan
- e) Mengungkapkan keinginan tidak realistis dan minta dipenuhi
- f) Suka mengejek dan mengkritik

2) Objektif

- a) Disorientasi
- b) Wajah merah
- c) Postur tubuh kaku
- d) Sinis
- e) Bermusuhan
- f) Menarik diri

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien perilaku kekerasan bukan hanya meliputi pengobatan dengan farmakoterapi, tetapi juga pemberian psikoterapi, serta terapi modalitas yang sesuai dengan gejala pada perilaku kekerasan, dan terapi ini juga perlu dukungan keluarga dan sosial akan memberikan peningkatan kesembuhan klien (Anggraini, 2017).

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan adalah dengan pemberian psikofarmaka, psikoterapi dan modifikasi lingkungan (Kemenkes, 2016).

1) Biologis

a) Farmakoterapi

Penatalaksanaan farmakologis menurut (Muliani et al., 2020) yang diberikan pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu:

- (1). Obat anti-anxiety dan *sedative-hipnotics* seperti lorazepam dan clonazepam umumnya digunakan untuk meredakan kecemasan pada klien yang melakukan perlawanan. Obat ini dikonsumsi dengan cara oral atau intramuscular, dan terbukti efektif dalam mengurangi sikap agresif.
- (2) *Antidepressants*, seperti amitriptyline dan trazadone adalah jenis obat yang digunakan untuk mengobati gangguan mental. Obat-obat ini membantu mengurangi gejala-gejala seperti agresivitas pada pasien dengan gangguan mental.
- (3) Antipsikotik seperti haloperidol yang di kombinasikan dengan lorazepam merupakan obat yang paling umum digunakan untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan terbukti efektif mengurangi rasa marah dan memberikan ketenangan.

b) Terapi Somatis

Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik klien. Walaupun yang diberi perlakuan adalah fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien.

Jenis terapi somatis adalah meliputi pengikatan, ECT, isolasi dan fototerapi (Musmini, 2019).

(1) Pengikatan

Pengikatan merupakan terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik pada klien sendiri dan orang lain.

(2) Terapi Kejang listrik

Terapi kejang listrik atau *Electro Convulsif Therapi* (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan dipelipis pasien. Terapi ini ada awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali) dengan kekuatan arus listrik (2-3 joule).

(3) Isolasi

Isolasi merupakan bentuk terapi dengan menempatkan klien sendiri diruang tersendiri untuk mengendalikan perilakunya dan melindungi klien, orang lain dan lingkungan. Akan tetapi tidak dianjurkan pada klien dengan risiko bunuh diri.

2) Psikoterapi

Psikoterapi adalah salah satu pengobatan atau penyembuhan terhadap suatu gangguan atau penyakit, yang pada umumnya dilakukan melalui wawancara terapi atau melalui metode-metode tertentu misalnya relaksasi, bermain dan sebagainya, yang mana dapat dilakukan secara individu atau kelompok, tujuan utamanya adalah untuk

menguatkan daya tahan mental penderita, mengembangkan mekanisme pertahanan diri yang baru dan lebih baik serta untuk mengembalikan keseimbangan adaptifnya (Ariyanti, 2023).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan yang diberikan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan individu, keluarga, atau komunitas melalui proses yang terstruktur dan berdasarkan pada penerapan ilmu keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan secara holistik pada pasien resiko perilaku kekerasan meliputi tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan guna untuk meningkatkan kesehatan mental dengan cara melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan (Afriyanti et al., 2021).

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari atas pengumpulan data bertujuan untuk menilai status kesehatan klien dan kemungkinan masalah keperawatan yang memerlukan intervensi dari perawat (Ariyanti, 2023). Data yang dikumpulkan dapat berupa data subjektif dan data objektif. Pengkajian pasien risiko perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau proses wawancara (Keliat et al., 2019), pengumpulan data ini mencakup:

a) Identitas

- (1) Identitas klien meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status mental, suku bangsa, alamat, nomer medrek, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis.
- (2) Identitas penanggung jawab: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, alamat.

b) Alasan masuk

Biasanya klien 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 et al., 2019).

c) Faktor Predisposisi

(1) Gangguan jiwa dimasa lalu

Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa

(2) Pengobatan sebelumnya

Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke tempat pengobatan alternatif lain dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa

(3) Riwayat trauma masa lalu

Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal.

(4) Herediter

Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

(5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, kegagalan, perpisahan, kematian, trauma selama tumbuh kembang.

d) Pemeriksaan 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 klien 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).

e) Psikososial

(1) Genogram

Genogram dibuat 3 generasi ke atas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian.

(2) Konsep diri

(a) Citra diri

Biasanya berisi tentang persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan bagian tubuh yang tidak disukainya. Biasanya pasien mudah kecewa, mudah putus asa, menutup diri.

(b) Identitas diri

Biasanya berisikan status pasien atau posisi pasien sebelum dirawat. Kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan. Dan kepuasan pasien terhadap status dan posisinya di (sekolah, tempat kerja, dan kelompok)

(c) Peran diri

Biasanya pasien menceritakan tentang peran/tugas yang diemban dalam keluarga/kelompok masyarakat. Kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut biasanya mengalami krisis peran.

(d) Identitas diri

Biasanya berisi tentang harapan pasien terhadap penyakitnya. Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat). Dan

harapan pasien terhadap tubuh, posisi, status, dan tugas atau peran. Biasanya gambaran diri negatif.

(e) Harga diri

Biasanya tentang bagaimana cara pasien memandang dirinya, orang lain sesuai dengan kondisi pada citra diri, identitas diri, peran diri, dan ideal diri. Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya. Biasanya pasien mengalami harga diri rendah.

(3) Hubungan Sosial

- (a) Orang yang berarti tempat mengadu dan berbicara.
- (b) Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- (c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

(4) Spiritual

(a) Nilai dan keyakinan

Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa

(b) Kegiatan ibadah

Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

f) Status mental

(1) Penampilan

Pada pasien dengan perilaku kekerasan biasanya pasien 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

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

(3) Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien 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 dan emosi

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

(6) Interaksi selama wawancara

Pasien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensif 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.

(7) Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

(8) Proses Pikir

(a) Proses pikir (arus dan bentuk pikir)

Otistik (autisme): bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya.

(b) Isi pikir.

Pada pasien dengan perilaku kekerasan memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya kepada orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

(9) Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

(10) Memori

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

(11) Tingkat Konsentrasi

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

(12) Kemampuan penilaian

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

(13) Daya Tilik diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

g) Kebutuhan Perencanaan Pulang

(1) Makan

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak mengalami perubahan dalam pola makan/minum

(2) BAB/BAK

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan dalam BAB/ BAK.

(3) Mandi

Biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

(4) Berpakaian

Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki .

(5) Istirahat dan tidur

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

(6) Penggunaan obat

Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

(7) Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

(8) Aktifitas didalam rumah

Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

h) Mekanisme koping

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

i) Masalah psikologis dan lingkungan

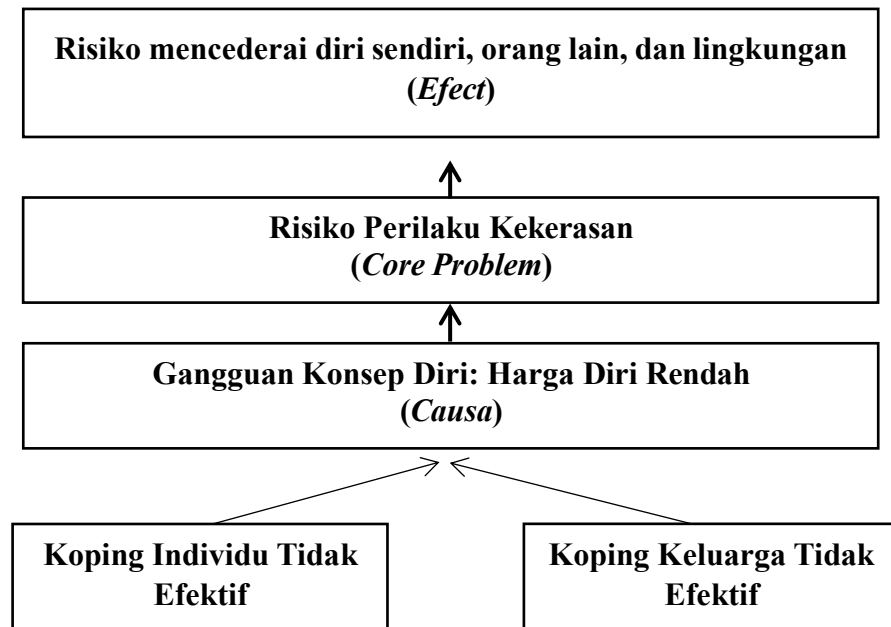
Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

j) Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan

tentang penyakitnya dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2) Pohon masalah Risiko Perilaku Kekerasan



Gambar 2.2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan
(Adji, 2022)

3) Diagnosa Keperawatan

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 (Dermawan, 2018). Dalam menegakkan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan, dirumuskan jika pasien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut (Sutejo, 2019).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah risiko perilaku kekerasan (Adji, 2022), sebagai berikut:

- a) Risiko perilaku kekerasan
 - b) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
 - c) Harga diri rendah kronis
 - d) Koping tidak efektif
- 4) Intervensi keperawatan
- a) Generalis

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengontrol emosi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dengan menerapkan strategi pelaksanaan 1-4 (Pardede et al., 2022), sebagai berikut:

(1) Strategi pelaksanaan pasien :

- (a) SP 1 pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dan memukul bantal.
- (b) SP 2 pasien: Evaluasi kemampuan pasien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan pasien dengan minum obat secara teratur
- (c) SP 3 pasien: Evaluasi kemampuan klien, latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- (d) SP 4 pasien: Evaluasi kemampuan pasien, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual/beribadah.

(2) Strategi pelaksanaan untuk keluarga :

- (a) SP 1 keluarga: Mendiskusikan permasalahan yang dihadapi oleh klien dan keluarga dan memberikan penjelasan dengan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan .
- (b) SP 2 keluarga: melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan .
- (c) SP 3 keluarga: melatih secara langsung ke pasien cara keluarga mempraktekkan cara merawat pasien .

- (d) Sp 4 keluarga: memfasilitasi keluarga untuk menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk pasien dan obat (discharge planning).

b) Terapi modalitas

Terapi modalitas adalah terapi yang diberikan pada pasien gangguan jiwa agar perilaku pasien berubah dari maladaptif menjadi adaptif (Amir et al., 2024). Terdapat beberapa jenis terapi modalitas yang bisa diberikan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan (Keliat et al., 2024), sebagai berikut:

(1) Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok merupakan terapi modalitas yang tepat untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan yaitu stimulasi persepsi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sensori, untuk memusatkan perhatian, kesegaran jasmani dan mengespresikan perasaan. Terapi ini menggunakan aktivitas sebagai stimulus dan terkait dengan pengalaman kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Dengan aktivitas kelompok ini, maka akan memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, meningkatkan pengobatan, dan pemulihan kesehatan (Pratiwi, 2020).

(2) Terapi perilaku (*Behaviour Therapy*)

Behaviour Therapy ialah suatu teknik yang diberikan dengan tujuan untuk mengubah perilaku kekerasan dari maladaptif ke menjadi adaptif, memungkinkan pasien dengan perilaku kekerasan untuk berperilaku lebih efektif dan merespon situasi serta masalah secara efektif dan efisien. *Behaviour Therapy* sangat efektif dalam memperbaiki perilaku pasien sehingga pasien yang melakukan kekerasan dapat mengontrol perilakunya saat marah (Pardede & Hulu, 2019).

(3) Terapi perilaku kognitif (CBT)

Terapi perilaku kognitif (CBT) adalah salah satu bentuk psikoterapi yang merupakan gabungan dari dua pendekatan terapi, yang dikenal sebagai terapi kognitif dan terapi perilaku. *Cognitive behavioural therapy* (CBT) merupakan pendekatan terapi pertama yang berpusat pada proses berfikir dan kaitannya dengan keadaan emosi, perilaku, dan psikologi. Terapi perilaku kognitif bertujuan untuk mengajak klien untuk menentang pikiran dan emosi mereka dengan memberikan bukti yang bertentangan dengan kesadaran mereka tentang masalah yang sedang dihadapi (Rizky et al., 2023).

(4) Relaksasi otot progresif (PMR)

Relaksasi otot progresif merupakan cara untuk memisahkan pengaturan spesifik dari otot, menegangkan otot sementara, kemudian membuat rileks yang dilakukan secara bertahap dari kepala sampai kaki dan akan merasakan perbedaan antara ketegangan dan relaksasi sehingga dapat menenangkan pikiran dan perasaan (Rustam et al., 2020). Pemberian terapi otot progresif (PMR) pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan bertujuan untuk menenangkan pasien dengan mengurangi ketegangan, kecemasan, dan marah (Anggraini, 2022).

(5) Latihan asertif

Assertive training (AT) atau latihan asertif adalah suatu proses latihan keterampilan sosial yang diberikan pada individu untuk membantu peningkatan kemampuan dalam mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan dan dipikirkan kepada orang lain namun tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan orang lain (Azmi & Nurjannah, 2022). Pemberian terapi AT ini bermanfaat untuk

menurunkan tanda gejala dan meningkatkan kemampuan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan (Azhari et al., 2021).

(6) *Rasional behavior terapi* (RBT)

Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) ditemukan oleh Albert Ellis, merupakan suatu pendekatan pemecahan masalah yang rasional, yang diarahkan untuk masalah perilaku individu. REBT bertujuan untuk mengurangi keyakinan irrasional dan menguatkan keyakinan rasional yang dapat efektif untuk anak dan dewasa yang marah dan agresif (Siauta et al., 2020).

(7) Terapi komplementer

Terapi komplementer merupakan terapi yang lebih dikenal dengan terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern (Abidin, 2019). Terapi komplementer adalah pengobatan tradisional yang dapat digunakan sebagai pendamping terapi pengobatan konvensional dimana penerapannya bisa dikombinasikan dengan terapi obat (Panggabean et al., 2024). Terapi komplementer merupakan terapi modalitas yang bersifat melengkapi terapi konvensional dengan tujuan untuk mendapatkan hasil pengobatan yang lebih maksimal dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan pada pasien. (Hidayah & Nisak, 2018).

B. Konsep terapi Asertif

1. Pengertian

Tindakan asertif adalah tindakan untuk mengekspresikan marah, meminta dan menolak dengan baik secara sopan sehingga tidak menyakiti orang lain secara fisik dan psikologis (Sutejo, 2019). Menurut Yosep (2016), asertif adalah kemarahan atau rasa tidak setuju yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain, memberikan kelegaan dan tidak akan menimbulkan masalah. Menurut Stuart (2016) sikap asertif adalah sikap

yang berada ditengah pada rentang respon perilaku pasif dan agresif. Perilaku asertif merupakan sikap yang menunjukkan rasa yakin terhadap diri sendiri dan mampu berkomunikasi hormat kepada orang lain, menunjukkan sikap yang memperhatikan norma-norma

Corey (2016) menjelaskan bahwa latihan asertif merupakan penerapan tingkah laku dengan sasaran membantu individu dalam mengembangkan cara berhubungan dalam situasi interpersonal. Fokusnya adalah dengan mempraktekkan bermain peran mengungkapkan perasaan dan pikiran mereka secara lebih terbuka disertai keyakinan bahwa mereka berhak untuk menunjukkan reaksi reaksi yang terbuka itu.

Dari uraian diatas maka dapat disimpulkan latihan asertif adalah sikap dan tindakan yang menunjukkan cara berkomunikasi dan berhubungan dengan orang lain secara lebih terbuka dengan kata kata dan perilaku yang tidak menyakiti orang lain secara fisik dan psikologis.

2. Tujuan

Corey (2016) menjelaskan tujuan latihan asertif yaitu sebagai berikut:

- a. Mengajarkan individu menyatakan dirinya dalam suatu cara sehingga peka terhadap perasaan dan hak hak orang lain
- b. Meningkatkan keterampilan perilaku sehingga mereka bisa menentukan pilihan apakah pada situasi tertentu perlu berperilaku seperti yang diinginkan atau tidak
- c. Mengajarkan pada individu untuk mengungkapkan diri dengan cara sedemikian rupa sehingga terefleksi kepekaannya terhadap perasaan dan hak orang lain.
- d. Meningkatkan kemampuan individu untuk menyatakan dan mengekspresikan dirinya dengan nyaman dalam berbagai situasi sosial.
- e. Menghindari kesalahpahaman dari pihak lawan komunikasi

3. Manfaat

Manfaat latihan asertif menurut Permana (2019) yaitu sebagai berikut:

- a. Melatih individu yang tidak dapat menyatakan kemarahan dan kejengkelannya
- b. Melatih individu yang mempunyai kesulitan untuk berkata tidak dan yang membiarkan orang lain memanfaatkannya.
- c. Melatih individu yang merasa dirinya tidak memiliki hak untuk menyatakan pikirannya, kepercayaannya dan perasaannya.
- d. Melatih individu yang sulit mengungkapkan rasa kasih dan respon positif lainnya
- e. Meningkatkan penghargaan kepada diri sendiri
- f. Meningkatkan kemampuan mengambil keputusan
- g. Dapat berhubungan dengan orang lain dengan sedikit konflik, kekhawatiran dan penolakan.

4. Indikasi Terapi Aserif

Berikut adalah indikasi terapi asertif menurut Prabowo (2021):

- a. Pasien RPK yang Kesulitan Mengelola Kemarahan dan Frustrasi:
 - 1) Pasien yang cenderung mengekspresikan kemarahan atau frustrasi melalui perilaku kekerasan karena tidak tahu cara lain yang konstruktif. Terapi asertif mengajarkan pasien untuk menyalurkan kemarahan secara verbal, seperti mengungkapkan perasaan kesal atau jengkel tanpa menyakiti orang lain.
 - 2) Individu yang memendam kemarahan sehingga menyebabkan akumulasi emosi negatif yang kemudian meledak dalam bentuk agresi.
- b. Ketidakmampuan Mengungkapkan Kebutuhan dan Keinginan:
 - 1) Pasien yang tidak mampu mengkomunikasikan keinginan, kebutuhan, atau ketidaksetujuan mereka secara jelas dan langsung, sehingga merasa tidak berdaya dan frustrasi, yang berpotensi memicu perilaku agresif.

- 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan yang tidak terpenuhi yang menjadi pemicu kemarahan.

c. Masalah Komunikasi Interpersonal:

- 1) Individu yang menunjukkan perilaku pasif-agresif atau agresif karena kurangnya keterampilan komunikasi yang efektif. Terapi asertif membantu mereka berkomunikasi secara langsung dan jujur tanpa menjadi agresif atau pasif.
- 2) Pasien dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia yang berisiko perilaku kekerasan, di mana terapi asertif dapat membantu meningkatkan keterampilan komunikasi interpersonal mereka.

d. Rendahnya Harga Diri dan Kepercayaan Diri:

- 1) Pasien yang memiliki harga diri rendah atau merasa tidak berdaya, sehingga cenderung menggunakan kekerasan sebagai bentuk kontrol atau ekspresi kekuatan yang salah. Terapi asertif dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kemampuan untuk membela diri tanpa agresi (Better Health Channel, n.d.; jki.ui.ac.id, n.d.).

e. Pengendalian Diri dan Pencegahan Kekambuhan:

- 1) Membantu pasien mengidentifikasi pemicu perilaku kekerasan, mengenali tanda dan gejala awal kemarahan, serta mengaplikasikan teknik verbal dan non-verbal untuk mengontrol emosi sebelum eskalasi (ResearchGate, n.d. - Application of Assertive Training; eprints.poltekkesjogja.ac.id, n.d.).
- 2) Mengembangkan strategi koping yang adaptif untuk mencegah perilaku kekerasan di masa mendatang

5. Langkah-Langkah Terapi Asertif

Pelaksanaan terapi asertif dilaksanakan melalui lima sesi kegiatan yang dirancang secara bertahap untuk menyesuaikan dengan kondisi, kemampuan, dan perkembangan pasien.

- a. Sesi 1: Mengidentifikasi kejadian yang membuat pasien marah atau kesal dan pasien dilatih untuk mengenali diri, merubah pikiran dan perasaan serta latihan perilaku asertif.

- b. Sesi 2: Latihan dengan cara mengungkapkan kebutuhan dan keinginan secara asertif
- c. Sesi 3: Latihan mengatakan “tidak” untuk permintaan yang tidak rasional
- d. Sesi 4: Latihan memberikan perbedaan pendapat dan menyampaikan secara asertif pendapat
- e. Sesi 5: Mengevaluasi manfaat latihan asertif