BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian

Perilaku kekerasan adalah “suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif dari marah akibat ketidakmampuan pasien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya,”(Alfianto,2021 dalam Pratama&Senja,2022 hlm.55).

Perilaku kekerasan yaitu “ bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi” yang dirasakan sebagai ancaman,”(Stuart&Sundeen,1991 dalam Yusuf, Fitriyasari & Nihayati,2015 hlm.128).

Perilaku kekerasan adalah “respons marah yang diekspresikan dengan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan timbul akibat adanya stressor” (Keliat,dkk,2019 hlm.180).

Berdasarkan uraian di atas, dapat saya simpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah tingkah laku yang maladaptif akibat ketidakmampuan untuk

mengatasi stressor dapat berupa perilaku menyakiti diri sendiri atau orang lain, melalui ucapan dan merusak lingkungan serta membahayakan secara fisik,emosi, dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.

Risiko perilaku kekerasan adalah “rentan melakukan perilaku yag menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional” (NANDA-I,2018 dalam Keliat,dkk,2019 hlm.112).

Risiko perilaku kekerasan adalah “berisiko membahayakan secara fisik, emosi, dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain” (SDKI,2017 hlm.288)

Berdasarkan uraian di atas maka dapat saya simpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang dapat membahayakan secara fisik, emosi, dan atau seksual terhadap diri sendiri dan atau orang lain.

2.1.2 Etiologi

Penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan seperti (Keliat,dkk, 2019):

a. Waham.
b. Curiga pada orang lain.
c. Halusinasi.
d. Berencana bunuh diri.
e. Kerusakan kognitif.
f. Disorientasi atau konfusi.
g. Kerusakan kontrol implus.
h. Depresi.
i. Penyalahgunaan NAPZA.

j. Gangguan konsep diri.

k. Isolasi sosial.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Tabel 1

Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Subjektif	Objektif
Mayor	**Mayor**
Mengatakan benci/kesal dengan orang lain.	Melotot.
Mengatakan keinginan memukul/menyakiti orang lain.	Pandangan tajam.
Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan.	Tangan mengepal, rahang mengatup.
Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan.	Gelisah dan mondar-mandir.
	Tekanan darah meningkat.
	Nadi meningkat.
	Pernapasan meningkat.
	Mudah tersinggung.
	Nada suara tinggi dan bicara kasar.
	Mendominasi pembicaraan.
	Sarkasme.
	Merusak lingkungan
	Memukul orang lain.
Minor	**Minor**
Mengatakan tidak senang.	Disorientasi.
Menyalahkan orang lain.	Wajah memerah.
Mengatakan diri berkuasa.	Postur tubuh kaku

Merasa gagal mencapai tujuan.	Sinis.
Mengungkapka keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi.	Bermusuhan.
Suka mengejek dan mengkritik.	Menarik diri.

Sumber: Keliat,dkk,2019

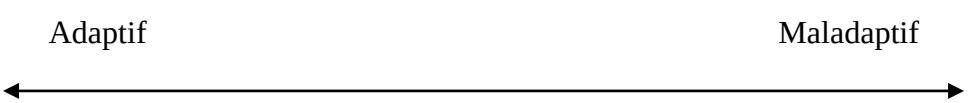
2.1.4 Psikodinamika

a. Rentang Respons

Gambar 1

Rentang Respons Marah

(Stuart dan Sundeen dalam Pratama&Senja,2022)



Keterangan:

Respon Adaptif

1) Asertif yaitu meluapkan marah secara baik tanpa menyakiti diri sendiri maupun orang lain.
2) Frustasi yaitu respons yang muncul ketika seseorang mengalami kegagalan terhadap keinginannya, dan dianggap sebagai ancaman kecemasan. Akibatnya, bisa menimbulkan kekerasan. Individu tidak dapat menerima atau

menunda kesempatan yang memungkinkan. Selanjutnya akan merasa tidak mampu dalam mengungkapkan dan terlihat pasif (Ruswadi,2021).

3) Pasif yaitu seseorang tidak bisa mengutarakan perasaannya. Individu tampak pemalu, pendiam, sulit diajak bicara dan kurang menghargai dirinya (Ruswadi,2021).

Respon Maladaptif

1) Agresif yaitu tingkah laku yang disertai marah, namun masih bisa terkontrol tetapi tidak memikirkan hak orang lain. Perilaku agresif dibedakan menjadi dua, yaitu pasif agresif dan aktif agresif. Pasif agresif merupakan perilaku yang tampak berupa pendendam, bermuka masam, keras kepala, suka menghambat dan bermalas-masalan. Aktif agresif adalah sikap menentang, suka membantah, bicara keras, cenderung menuntut, bertingkah laku kasar disertai kekerasan (Ruswadi,2021).
2) Kekerasan yaitu rasa marah dan bermusuhan yang tinggi sehingga seseorang kehilangan kemampuan untuk mengontrol dirinya yang dapat merusak diri sendiri atau orang lain.

Tabel 1

Karakteristik Rentang Respons Marah

Rentang Respons	**Sikap**	**Karakteristik**
Asertif	Meluapkan marah secara baik tanpa menyakiti diri sendiri maupun orang lain.	1. Moto dan kepercayaan Dapat menangani kondisi secara baik, yakin bahwa dirinya dan orang lain berharga, dan yakin bahwa dirinya dan orang lain mempunyai hak. 2. Pola komunikasi

		Menjadi pendengar yang aktif, dapat menetapkan Batasan dan harapan, Berbicara jujur dan memperhatikan perasaan orang lain. 3. Karakteristik Memiliki kesadaran, percaya diri, konsisten, inisiatif, akif dan tidak menentang hak orang lain. 4. Bahasa tubuh Terbuka, kontak mata dapat menatap langsung, volume suara sesuai, kecepatan bicara beragam 5. Isyarat Bahasa a) "Aku memilih untuk…." b) "Apa opsi-opsi untukku" c) "Alternatif apa yang kita miliki" 6. Konfrontasi dan pemecahan masalah a) Bernegosiasi, menawar, menukar dan kompromi. b) Mengkonfrontir masalah pada saat terjadi c) Tidak ada munculnya perasaan negatif. d) Perasaan yang dimiliki Memiliki perasaan yang mantap, percaya diri, antusiasme.
Frustasi	Respons yang muncul ketika seseorang mengalami kegagalan	Frustasi dapat dialami karena ancaman dan kecemasan. Akibatnya akan membuat kemarahan.
Pasif	Seseorang tidak bisa mengutarakan perasaannya	Alasan melakukan pasif karena takut/malas/tidak mau ada konflik.
Agresif	Tingkah laku yang disertai marah, namun masih bisa terkontrol tetapi tidak memikirkan hak orang lain	Agresif bersifat menghukum, kasar, menyalahkan atau menuntut. Hal ini merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat terkontrol. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain dan menganggap bahwa setiap orang harus bersaing untuk mendapatkan kepentingannya. Sikap seperti ini memperlihatkan permusuhan, ancaman, niat melukai.
Kekerasan	Gaduh gelisah atau amuk	Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara kasar, memberi ancaman, melukai secara ringan atau berat. Pasien tidak dapat mengendalikan diri.

Sumber: Muhith,2015

b. Faktor Predisposisi dan Presipitasi

Faktor predisposisi dan faktor presipitasi yang menyebabkan perilaku kekerasan menurut (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati,2015):

1) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stress yang mempengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stress baik bio-psiko-sosial. Faktor predispoisisi pada pasien perilaku kekerasan sebagai berikut:

a) Psikoanalisis

Dalam hal ini, disampaikan bahwa agresif hasil dari insting.

b) Psikologis

Agresif muncul karena adanya peningkatan frustasi yang berkelanjutan.

c) Biologis

(1) Sistem limbik, organ yang mengatur perasaan emosi seperti marah.

(2) Lobus temporal, organ yang berfungsi menyimpan memori dan melakukan apa yang didengar.

(3) Lobus frontal, organ yang berfungsi mengelola emosi, pikiran logis dan alasan berpikir.

(4) Neurotransmiter, berdampak pada agresif adalah Serotonin, Dopamin, Neropineprin, Acetylcholine, GABA.

d) Perilaku, dapat berupa adanya retardasi mental, rusaknya otak, gangguan belajar, tekanan, manajemen koping seseorang.

e) Sosial Kultural, norma dalam meluapkan emosi yang diterima atau tidak oleh masyarakat sekitar dan budaya asertif masyarakat dalam merespons marah.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pemicu adalah stimulus yang dianggap individu sebagai tantangan yang mengancam hidup/tuntutan (Sutejo,2017). Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stress atau tekanan hidup. Faktor presipitasi pada pasien perilaku kekerasan sebagai berikut:

a) Internal

(1) Kelamahan.

(2) Rasa percaya menurun.

(3) Takut sakit.

(4) Hilang kontrol.

b) Ekternal.

(1) Penganiyaan fisik.

(2) Kehilangan orang yang dicintai.

(3) Kritik.

c. Proses Terjadinya Amuk

Ancaman, stress, cemas dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif.

Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada pasien. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menentang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk (Yusuf,2015).

2.1.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah upaya yang diharapkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Mekanisme koping yang dipakai pasien marah untuk melindungi diri antara lain (Ruswadi,2021) :

a. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang baik. Contohnya seorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada adonan kue dengan meremas-remasnya dengan tujuan untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain. Misalnya seorang wanita menyangkal bahwa dirinya menyukai rekan kerja dan menuduh bahwa temannya yang mempunyai perasaan menyukai.

c. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Contohnya seorang anak sangat benci kepada orang tuanya tetapi menurut ajaran bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh tuhan. Sehingga, perasaan benci anak tersebut dapat dilupakan.

d. Reaksi formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila di ekspresikan dengan berlebihan. Misalnya, seseorang tertarik kepada suami temannya maka orang tersebut akan memperlakukan dengan kuat.

e. Deplacement

Rasa marah yang dialihkan kepada orang lain yang biasanya bermusuhan. Contohnya, anak berusia 5 tahun marah karena ia mendapat hukuman dari ibunya dan ia bermain perang-perangan dengan temannya.

2.1.6 Dampak Risiko Perilaku Kekerasan Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Teori hierarki kebutuhan maslow adalah salah satu teori psikologi yang berguna untuk memotivasi seseorang dalam memenuhi kebutuhan. Dalam teori ini terdapat lima tingkatan kebutuhan yang diawali dengan kebutuhan dasar seperti kebutuhan fisiologi, kebutuhan rasa aman, kebutuhan merasakan kasih sayang, kebutuhan akan harga diri, dan kebutuhan mengaktualisasi diri. Pada pasien risiko perilaku kekerasan seperti berikut:

a. Kebutuhan fisiologi

Kebutuhan fisiologi adalah kebutuhan yang harus terpenuhi agar dapat bertahan hidup. Kebutuhan ini merupakan nutrisi, eliminasi, istirahat tidur,perawatan diri, dan aktifitas. Pada pasien risiko perilaku kekerasan ada beberapa yang mengalami nafsu makan menurun sehingga akan berakibat terganggunya eliminasi, istirahat tidur bisa terganggu karena memendam amarah, ada yang mengalami defisit perawatan diri, dan untuk aktifitas cenderung menjadi lebih aktif.

b. Kebutuhan rasa aman

Pada pasien risiko perilaku kekerasan akan merasa khawatir, berusaha keras menghindari hal-hal yang tidak ia inginkan.

c. Kebutuhan merasakan kasih sayang

Pada pasien risiko perilaku kekerasan akan merasa kurang kasih sayang dari lingkungan sekitar dan merasa tidak ada yang peduli kepadanya.

d. Kebutuhan akan harga diri

Pada pasien risiko perilaku kekerasan kebutuhan akan harga diri rendah karena bermula dari merasa dirinya tidak berguna dan tidak puas terhadap pencapainnya.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Pasien risiko perilaku kekerasan mempunyai rasa ingin diakui yang tinggi sehingga akan melakukan segala sesuatu untuk mencapainya.

2.1.7 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Kumar,2020 dalam Senja & Pratama,2022) penatalaksanaan pada pasien perilaku kekerasan sebagai berikut :

1) Terapi Farmakologi

Pemberian obat efektif tinggi Chlorpromazine HCL yang berguna mengendalikan psikomotor atau dengan efektif rendah Trifluoperazine yang mempunyai efek antitegang,anticemas dan antiagitasi. Terapi farmakologi menurut (Saputri,2019 dalam Alami,2021):

a) Chlorpromazine adalah obat anti psikotik yang digunakan untuk menenangkan pasien.
b) Haloperidol adalah obat anti psikotik tipikal digunakan untuk mengendalikan halusinasi
c) Diazepam obat anti anxietas yang digunakan untuk menenangkan dan merelaksasikan otot.
d) Olanzapine (Xiprexa) obat anti psikotik tipikal digunakan untuk mengatasi agitasi dan kegelisahan motorik.
e) Risperidone adalah obat anti psikotik atipikal digunakan untuk menghilangan gejala positif dan negatif skizofrenia.
f) Trihexphenidyl adalah obat anti Parkinson yang berguna untuk mengatasi gejala ekstapiramidal dan sindrom parkinsonisme seperi gemetar, badan kaku seperti robot dan hiperventilsi yang dapat ditimbulkan sebagai efek dari obat-obat anti psikotik.

2) Terapi Kejang Listrik (ECT)

Terapi kejang listrik atau *Electronic Convulsive Therapy (ECT)* adalah terapi yang diberikan kepada pasien yang mengakibatkan kejang dengan aliran listrik melalui elektroda yang menempel di pelipis pasien.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Terapi Okupasi

Terapi kerja adalah terapi yang dapat mengembalikan kemampuan komunikasi seperti bermain catur, membaca doa atau koran, bernyanyi, mendengarkan musik.

2) Peran Serta Keluarga

Keluarga adalah sistem pendukung utama yang memberikan perawatan secara langsung setiap hari. Derajat kesehatan pasien perilaku kekerasan dapat meningkat dengan cara keluarga mempunyai kemampuan mangatasi masalah secara adaptif, mengurangi perilaku maladptif.

3) Terapi Somatik

Terapi yang diberikan bertujuan untuk mengubah perilaku yang maladaptif menjadi adaptif.

4) Tindakan keperawatan

Pendapat (Keliat dkk,2019) terdapat tindakan keperawatan yang dapat dilakukan, sebagai berikut:

a) Latih pasien melakukan pencegahan perilaku kekerasan secara fisik dengan relaksasi nafas dalam, pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.

b) Latih pasien melakukan pencegahan perilaku kekerasan secara sosial dan verbal untuk berbicara dengan baik dalam mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik, dan menolak dengan baik.

c) Latih pasien melakukan kegiatan spiritual sesuai dengan kepercayaan.

d) Latih pasien patuh meminum obat dengan prinsip 8 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara atau rute, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi).

e) Tindakan pada kelompok pasien terapi akivitas kelompok:

Stimulasi persepsi:

(1) Sesi 1 : Mencegah perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(2) Sesi 2 : Mencegah perilaku kekerasan secara fisik.

(3) Sesi 3 : Mencegah perilaku kekerasan secara verbal.

(4) Sesi 4 : Mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

(5) Sesi 5: Mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengkajian

a. Pengumpulan data

Perilaku kekerasan adalah tingkah laku yang maladaptif dalam menghadapi stressor, dapat berupa perilaku menyakiti diri sendiri atau orang lain, dan ucapan seseorang. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Keliat,dkk,2019).

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja pasien (Stujeo,2017). Pengkajian pada pasien risiko perilaku kekerasan sebagai berikut (Winranto,2021 dalam Adji,2022):

1) Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, nomer rekam medis,tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, suku, agama, pekerjaan, status perkawinan.

2) Alasan masuk dan faktor presipitasi

Tanyakan tanda gejala yang menyebabkan dibawa ke RS, kondisi yang menyebabkan dibawa ke RS, tanya perasaan pasien setelah menyatakan alasan masuk. Biasanya pasien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu yang kambuh karena tidak diminum obatnya.

3) Faktor predisposisi

a) Tanyakan pernahkah mengalami ganguuan jiwa di masa lalu. Biasanya pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.

b) Tanyakan pengobatan sebelumnya. Biasanya pasien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.

c) Tanyakan pernahkah mengalami atau menjadi pelaku atau menjadi saksi dalam aniaya fisik, seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan

kriminal. Biasanya pasien mempunyai atau menyaksikan penganiyaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan sehingga menjadi trauma.

d) Tanyakan riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, jika ada tanyakan hubungan dengan keluaga, gejala, pengobatan dan perawatan.

e) Tanyakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Biasanya pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

4) Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik berfokus pada kebersihan dan efek samping obat.

a) Ukur dan observasi tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan. Tekanan darah dilakukan pengukuran dua posisi, yaitu yang pertama saat posisi tidur atau duduk sedangkan yang kedua jika posisi pertama berbaring maka posisi kedua duduk dan jika posisi pertama duduk maka posisi kedua berdiri. Pada pasien perilaku kekerasan tekanan darah yang akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernafasan terlihat cepat.

b) Ukur tinggi badan dan berat badan.

c) Tanya dan periksa pada seluruh tubuh dari kepala hingga kaki yang berfokus pada efek samping pengobatan.

(1) Sistem integument : melakukan pemeriksaan kebersihan diri dan adanya alergi (ruam pada kulit) setelah 6 minggu pemberian obat.

(2) Sistem penglihatan dan pendengaran : Tanyakan dan obervasi adanya penglihatan kabur dan pendengaran berkurang.

(3) Sistem pencernaan : Tanyakan dan observasi adanya mulut kering, stomatitis, konstipasi, nyeri lambung, dan bising usus.

(4) Sistem endokrin : Tanyakan dan observasi adanya pembesaran kelenjar tiroid dan perubahan berat badan setelah minum obat.

(5) Sistem perkemihan : Tanyakan dan observasi adanya retensi urine (berapa banyak minumnya, apakah BAK lancar, apakah ada nyeri saat BAK).

(6) Sistem persyarafan : Tanyakan dan observasi adanya *drowness* (mengantuk) dan tremor (sebagai efek samping obat terhadap sistem ekstrapiramidal).

(7) Sistem musculoskeletal : Tanyakan dan observasi adanya kekuatan dan kelemahan otot pada ekstremitas, kataton dan stupor, adanya ngences akibat kekakuan otot pada daerah fasial.

Pada saat pemeriksaan fisik bisa didapatkan seperti mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah. Verbal seperti mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus.

5) Psikososial

a) Genogram

Genogram dibuat 3 generasi ke atas yang dapat menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh pasien maupun keluarga pada saat pengkajian. Tanyakan dan jelaskan terkait komunikasi, pengambilan keputusan, pola penyelesaian masalah, dan pola asuh.

b) Konsep diri

(1) Gambaran diri

Tanyakan bagian tubuh mana yang disukai dan tidak, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.Kebanyakan pasien perilaku kekerasan merasa tidak suka dengan anggota tubuh tertentu.

(2) Identitas

Status dan posisi sebelum dirawat, kepuasan terhadap status posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelamin yang dimiliki. Kebanyakan pasien perilaku kekerasan merasa tidak puas terhadap status dan posisinya.

(3) Harga diri

Penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Pada pasien perilaku kekerasan biasanya harga diri rendah karena penyebab marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tak terkontrol.

(4) Peran diri

Tugas atau peran pasien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien dirawat. Peran pada pasien perilaku kekerasan akan terganggu karena adanya perilaku yang menciderai diri sendiri,orang lain dan lingkungan.

(5) Ideal diri

Pasien dengan perilaku kekerasan jika kenyataan tidak sesuai harapannya ia akan menunjukkkan amarahnya.

6) Hubungan sosial

a) Orang yang berarti untuk tempat mengadu, berbicara.

b) Kegiatan yang diikuti dalam masyarakat dan apakah pasien berperan penting dalam kelompok tersebut.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain atau tingkat keterlibatan pasien dalam berhubungan masyarakat.

Kebanyakan pasien perilaku kekerasan mengalami gangguan pada hubungan sosial karena berpotensi mencederai orang lain, dan tidak memiliki orang untuk mengadu atau bercerita.

7) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan terhadap sakit dan kesembuhan

Kebanyakan pasien perilaku kekerasan tidak menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa.

b) Kegiatan ibadah

Kebanyakan selama sakit pasien jarang melakukan ibadah.

8) Status mental

a) Penampilan

Observasi penampilan pasien dari ujung kepala hingga kaki. Apakah penggunan pakaian sesuai, bersih, Biasanya pasien berpenampilan kotor.

b) Pembicaraan

Amati pembicaraan pasien apakah lambat, cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/*blocking*, apatis, membisu, menghindar, tidak mampu memulai

pembicaraan. Kebanyakan pada saat pengkajian pasien akan berbicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

c) Aktivitas motorik

Amati aktivitas motorik apakah tegang, gelisah, agitasi, lesu, grimasen, tremor, komplusif, gembira berlebihan, senang. Kebanyakan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal dan rahang kuat.

d) Alam perasaan

Tanya dan amati apakah sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, gembira, senang. Kebanyakan akan merasa putus asa, kecewa.

e) Afek

Amati apakah pasien datar, tumpul, labil, sesuai, tidak sesuai. Kebanyakan sesuai, saat marah pasien tampak mata melotot, wajah terlihat tegang.

f) Interaksi selama wawancara

Observasi apakah selama wawancara pasien tampak bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang, defensif/bertahan pada pendapatnya, dan kooperatif. Kebanyakan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

g) Persepsi

Pada pasien perilaku kekerasan untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya yang berisikan suruhan marah dan kekerasan.

h) Proses pikir

Amati apakah pasien sirkumtansial, *flight of idea*, tangensial, *blocking*, kehilangan asosiasi, pengulangan pembicaraan/perseverasi, tidak terganggu. Kebanyakan pasien perilaku kekerasan *blocking.*

i) Isi pikir

Amati apakah pasien obsesi, depersonalisasi, fobia, hipokondria, pikiran magis, atau tidak terganggu. Kebanyakan pasien perilaku kekerasan curiga, tidak percaya kepada orang lain, dan merasa tidak aman.

j) Tingkat kesadaran

Amati apakah pasien bingung, sedasi, stupor atau tidak terganggu. Kebanyakan tampak bingung.

k) Memori

Tanyakan hal-hal yang berhubunga dengan daya ingat jangka pendek, jangka Panjang dan saat ini. Kebanyakan saat diwawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi namun memiliki gangguan daya ingat jangka Panjang.

l) Tingkat konsentrasi

Tanya dan minta apakah pasien dapat berhitung sederhana. Pasien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya dan selalu menatap penuh kecemasan tegang dan kegelisahan.

m) Kemampuan penilaian

Kebanyakan mengalami kemampuan penilaian ringan atau sedang atau tidak mampu mengambil keputusan.

n) Daya tilik diri

Tanyakan mengenai penyakitnya apakah pasien mengingkari, menyalahkan hal-hal diluar dirinya, atau menyadari. Kemampuan mengingkari penyakit yang dideritanya.

9) Kebutuhan persiapan pulang

Tanyakan terkait *activity daily living*, pengetahuan dan penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan dan kegiatan yang dilakukan (kegiatan di dalam rumah dan di luar rumah), serta kemungkinan bantuan yang diperlukan untuk persiapan perawatan lanjutan di rumah.

10) Mekanisme koping

Kebanyakan menggunakan respons maladaptif atau agresif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya dan merusak alat-alat yang berada disekitar.

11) Masalah psikologis dan lingkungan

Kebanyakan pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

12) Pengetahuan

Kebanyakan kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan tidak mengetahui akibat putus obat dan fungsi dari obat yang dikonsumsinya.

13) Kaji Terapi Aktivitas dan Aspek Medis

Tanyakan terapi gerak yang pernah dilakukan, terapi aktivitas kelompok musik yang pernah diikuti, tanyakan terapi aktivitas sosialisasi yang pernah

diikuti. Kaji mengenai diagnosa medis, terapi pengobatan, hasil pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostic.

b. Analisa data

Tabel 2

Analisa data

Data	**Masalah Keperawatan**
Data mayor Subjektif: 1. Mengancam. 2. Mengumpat dengan kata-kata kasar. 3. Suara keras. 4. Bicara ketus. Objektif: 1. Menyerang orang lain. 2. Melukai diri sendiri/orang lain. 3. Merusak lingkungan. 4. Perilaku agresif/amuk. Data minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Mata melotot atau pandangan tajam. 2. Tangan mengepal. 3. Rahang mengatup. 4. Wajah memerah. 5. Postur tubuh kaku.	Perilaku Kekerasan
Data mayor Subjektif: 1. Mengatakan benci/ kesal dengan orang lain.	Risiko perilaku kekerasan

2. Mengatakan ingin memukul orang lain.
3. Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan.
4. Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan.

Objektif:

1. Melotot.
2. Pandangan tajam.
3. Tangan mengepal, rahang mengatup.
4. Gelisah dan mondar-mandir.
5. Tekanan darah meningkat.
6. Nadi meningkat.
7. Pernapasan meningkat.
8. Mudah tersinggung.
9. Nada suara tinggi dan bicara kasar.
10. Mendominasi pembicaraan.
11. Sarkasme.
12. Merusak lingkungan.
13. Memukul orang lain.

Data minor

Subjektif:

1. Mengatakan tidak senang.
2. Menyalahkan orang lain.
3. Mengatakan diri berkuasa.
4. Mengatakan gagal mencapai tujuan.
5. Mengungkapkan keinginan yang tidak. realistis dan minta dipenuhi.
6. Suka mengejek dan mengkritik.

Objektif:

1. Disorientasi.
2. Wajah memerah.
3. Postur tubuh kaku.

4. Sinis. 5. Bermusuhan. 6. Menarik diri.	
Data mayor Subjektif: 1. Menilai diri sendiri negatif (mis. Tidak berguna,tidak tertolong). 2. Merasa malu/bersalah. 3. Merasa tidak mampu melakukan apapun. 4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah. 5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif. 6. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri. 7. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri. Objektif: 1. Enggan mencoba hal baru. 2. Berjalan menunduk. 3. Postur tubuh membungkuk. Data minor Subjektif: 1. Merasa sulit konsentrasi. 2. Sulit tidur. 3. Mengungkapkan keputusasaan. Objektif: 1. Kontak mata kurang. 2. Lesu dan tidak bergairah. 3. Berbicara pelan dan lirih. 4. Pasif. 5. Perilaku tidak asertif. 6. Mencari penguatan secara berlebihan.	Harga diri rendah kronis

7.	Bergantung pada pendapat orang lain.
8.	Sulit membuat keputusan.
9.	Sering kali mencari penegasan.

Sumber: Keliat,dkk,2019. PPNI,2017

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah “suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap proses kehidupan baik secara aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien yang berkaitan dengan kesehatan,”(SDKI,2017 hlm.5). Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien risiko perilaku kekerasan, yaitu perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan, dan harga diri rendah (Pratama&Senja,2022).

2.2.3 Perencanaan

Intervensi keperawatan merupakan “segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pengetahuan dan penilaian klinis,” (SIKI,2017 hlm.2). Setelah dilakukan pengkajian dan penegakkan diagnosis maka selanjutnya adalah merencanakan tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan dibuat untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan (Muhith,2015). Rencana yang dapat dilakukan sebagai berikut:

Tabel 3

Perencanaan Keperawatan, Implementasi, dan Evaluasi Formatif

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
	Resiko Prilaku Kekerasan	TUM : Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK : 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya Dengan kriteria evaluasi : setelah….x pertemuan Pasien menunjukan tanda-tanda percaya pada perawat : a. Wajah tersenyum. b. Mau berkenalan. c. Ada kontak mata. d. Bersedia menceritakan perasaan atau masalah yang dirasakan.	1. Bina hubungan saling percaya dengan : a. Beri salam setiap interaksi. b. Perkenalan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi. c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan Pasien. d. Tunjukan sikap empati jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi. e. Tanyakan perasaan Pasien dan permasalahan yang dihadapi. f. Buat kontrak interaksi yang jelas.	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar utama untuk melakukan intrvensi selanjutnya.	

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
			g. Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapkan perasaan Pasien.		
		2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya. Dengan kriteria evaluasi setelah…..x pertemuan Pasien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya : a. Menceritakan penyebab, perasaan jengkel atau kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya	1. Bantu Pasien mengungkapkan perasaan marahnya : a. Motivasi Pasien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya. b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan Pasien. c. Berikan pujian saat Pasien dapat menjawab penyebab perilaku kekerasan.	1. Membantu Pasien mengungkapkan apa yang dirasakan untuk membantu pasien dalam menyelesaikan perasaan marah.	
		3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan. Dengan kriteria evaluasi setelah….x pertemuan Pasien menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan a. Tanda fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang dll. b. Tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar.	1. Bantu Pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya : a. Motivasi Pasien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi. b. Motivasi Pasien menceritakan kondisi emosinya(tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan. c. Motivasi Pasien menceritakan kondisi hubungan dengan orang	1. Mengetahui tanda-tanda perilaku kekerasan sehingga dapat mencegah perilaku yang berbahaya.	

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		c. Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.	lain(tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan.		
		4. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya Dengan kriteria evaluasi Setelah.....x pertemuan Pasien menjelaskan: a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya. b. Perasaannya saat melakukan kekerasan. c. Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.	1. Diskusikan dengan Pasien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini : a. Motivasi Pasien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya. b. Motivasi Pasien menceritakan perasaan Pasien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi. c. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.	1. Mengetahui perilaku kekerasan apa saja yang sudah dilakukan dalam menyelesaikan masalah atau perasaan yang dialaminya.	
		5. Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah……x pertemuan Pasien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya : a. Diri sendiri : luka, di jauhi teman dll.	1. Diskusikan dengan Pasien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada : a. Diri sendiri. b. Orang lain atau keluarga c. Lingkungan.	1. Membantu pasien mengetahui dampak atau kerugian dari tindakan kekerasan yang dilakukan.	

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		b. Orang lain atau keluarga : luka, tersinggung, ketakutan dll. c. Lingkungan : barang atau benda rusak dll.			
		6. Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan. Dengan kriteria evaluasi setelah….x pertemuan Pasien : a. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah.	1. Diskusikan dengan Pasien : a. Apakah Pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat. b. Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk megungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui Pasien. c. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah. 1) Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga. 2) Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan orang lain. 3) Sosial : latihan asertif dengan orang lain. 4) Spiritual : sembahyang atau berdoa, dzikir, meditasi dsb sesuai keyakinan agama.	1. Menurunkan perilaku agresif yang berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, dan atau lingkungan.	
		7. Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	1. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurka Pasien memilih cara yang mungkin	1. Dengan cara yang di pilih, Pasien dapat mengontrol	

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		Dengan kriteria evaluasi setelah….x pertemuan Pasien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan : a. Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga. b. Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan orang lain. c. Spiritual : sembahyang atau berdoa, dzikir, meditasi dsb sesuai keyakinan agama.	untuk mengungkapkan kemarahan 2. Latih Pasien memperagakan cara yang dipilih : a. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih. b. Jelaskan manfaat cara tersebut. c. Anjurkan Pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan. d. Beri penguatan pada Pasien, memperbaiki cara yang masih belum sempurna. e. Beri pujian setelah pasien mempraktekan. 3. Anjurkan Pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel.	kemarahannya secara konstruktif. 2. Dengan memperagakan ulang, dapat mengetahui sejauh mana Pasien dapat mengontrol kemarahannya. 3. Memberikan dukungan positif terhadap keberhasilan pasien dalam melakukan marah konstruktif. 4. Membiasakan Pasien mngontrol kemarahannya dengan baik.	
		8. Pasien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah…..x pertemuan keluarga : a. Menjelaskan cara merawat Pasien dengan perilaku kekerasan	1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan. 2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan. 3. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat pasien	1. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan. 2. Meningkatkan kemampuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan.	

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		b. Mengungkapkan cara merawat pasien sesuai anjuran.	perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga 4. Peragakan cara merawat Pasien. 5. Beri kesempatan pada keluarga untuk memperagakan ulang. 6. Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan. 7. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan.		

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		9. Pasien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan Dengan kriteria evaluasi Setelah……x pertemuan Pasien menjelaskan : a. Manfaat minum obat. b. Kerugian tidak minum obat. c. Nama obat. d. Bentuk dan warna obat. e. Dosis yang diberikan kepadanya. f. Waktu pemakaian. g. Cara pemakaian. h. Efek yang dirasakan. Setelah…..x pertemuan pasien menggunakan obat sesuai program.	**a.** Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat. **b.** Jelaskan kepada Pasien : a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk). b. Dosis yang tepat untuk Pasien c. Waktu pemakaian. d. Cara pemakaian. e. Efek yang akan dirasakan Pasien. **c.** Anjurkan Pasien : a. Minta dan menggunakan obat tepat waktu. b. Lapor ke perawat atau dokter jika mengalami efek yang tidak biasa. Beri pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat.	1. Pasien dapat mengetahui jenis obat. 2. Meningkatkan pengetahuan Pasien mengenai pengobatan. 3. Minum obat sesuai anjuran, mempercepat kesembuhan Pasien.	

Sumber: Wijayaningsih,2015

2.2.3 Implementasi

Menurut (Sutejo,2017) implementasi merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Proses pelaksanaan implementasi berpusat kepada kebutuhan pasien, kemampuan pasien, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan perawatan melalui pendekatan komunikasi terapeutik. Perawat bekerja sama dengan pasien, keluarga, serta tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan keperawatan (Stuart,2013 dalam Pratama & Senja,2022).

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan. Adapun dua macam evaluasi, yaitu evaluasi formatif adalah evaluasi yang berfokus pada hasil tindakan keperawatan yang dilakukan segera setelah melakukan tindakan dan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua tindakan keperawatan evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut selesai (Direja, 2013 dalam Suhantara, 2020):

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

A : Analisa ulang data subjketif dan objektif apakah masalah teratasi/belum.

P : Perencanaan atau tindakan lanjutan yang akan dilakukan.

I: Bagaimana dilakukan tindakan.

E: Respon pasien terhadap tindakan.

R: Apakah rencana keperawatan akan diubah atau tetap.