



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Perilaku Kekerasan

##### 2.1.1 Pengertian

Risiko perilaku kekerasan adalah perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain dan lingkungan, baik fisik, emosional, seksual dan verbal. Risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain. Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Hasannah & Solikhah, 2019).

Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan individu melakukan koping terhadap stress, tidak mampu mengidentifikasi stimulus yang dihadapi dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan. Masalah pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan jika tidak dilakukan penanganan dengan baik akan membawa dampak buruk misalnya mencederai ataupun bisa menimbulkan kematian (Hasannah & Solikhah, 2019).

Pasien dengan perilaku kekerasan mengalami perubahan respon kognitif berupa gangguan proses pikir yaitu gangguan dalam



mempersepsikan sesuatu serta tidak mampu membuat alasan (Boyd & Nihart, 1996). Respon kognitif merupakan hasil penilaian terhadap kejadian yang menekan, pilihan coping yang digunakan, reaksi emosional, fisiologis, perilaku dan sosial individu (Stuart & Laraia, 2005). Setelah terjadi penilaian kognitif terhadap situasi, individu akan menampilkan respon afektif yang dimunculkan dengan emosi berupa marah, gembira, sedih, menerima, antisipasi atau respon emosi lainnya (Stuart & Laraia, 2005).

Pernyataan-pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien dengan perilaku kekerasan mengalami perubahan pada respon kognitif yang nantinya akan berpengaruh terhadap respon afektif yang dimunculkan dalam bentuk emosi seperti kemarahan. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan pada klien dengan perilaku kekerasan juga perlu mengacu kepada emosi selain kognitif dan perilaku. Sebab-sebab terjadinya perilaku kekerasan ada 2 bagian yaitu faktor predisposisi yang meliputi faktor psikologis, faktor perilaku, faktor sosial budaya dan faktor bioneurologis. Faktor presipitasi meliputi ekspresi diri, adanya riwayat perilaku anti sosial, kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga dan kondisi sosial ekonomi (Prabowo, 2014)

#### 2.1.2 Rentang Respon Marah

Menurut Yosep (2010) Rentang respon marah adalah :

Tabel.2.1.2 Rentang respon marah

| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>←</span> <span>→</span> </div> |                                                                                          |                                                                                 |                                                                                                 |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respon adaptif                                                                                                         |                                                                                          |                                                                                 | Respon maladaptif                                                                               |                                                                                              |
| Asertif                                                                                                                | Frustasi                                                                                 | Pasif                                                                           | Agresif                                                                                         | Kekerasan                                                                                    |
| Pasien mampu mengungkapkan rasa marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan.                            | Pasien gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya | Pasien merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah | Pasien mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman | Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol disertai amuk, merusak lingkungan |

### 2.1.3 Etiologi

Menurut (Madhani & Kartina, 2020), ada beberapa faktor penyebab risiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Faktor predisposisi
  - a. Psikologis, menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.
  - b. Perilaku, mempengaruhi salah satunya adalah perilaku kekerasan, kekerasan yang didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka



perilaku tersebut diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.

- c. 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.
  - d. Bioneurologis, beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.
2. Faktor presipitasi
- a. Ekspresi diri, dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
  - b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
  - c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
  - d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
  - e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.





- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

#### 2.1.4 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 :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Jalan mondar-mandir
6. Bicara kasar
7. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
8. Mengancam secara verbal atau fisik
9. Melempar atau memukul benda/orang lain
10. Merusak benda atau barang
11. Tidak memiliki kemampuan mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasan

Menurut Stuart (2009), perilaku yang ditunjukkan pasien seperti mondar-mandir, tidak mampu untuk duduk tenang, tangan mengepal, menghentikan aktivitas secara tiba-tiba, kata-kata menekan, suara tinggi dan tinggi, memukul dan melukai, serta ancaman secara fisik kepada dirinya dan orang lain.



#### 2.1.5 Sumber Koping

Sumber koping dapat berupa asset ekonomi, kemampuan dan ketrampilan, tehnik defensive, dukungan sosial, dan motivasi. Hubungan Antara individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber koping lainnya termasuk kesehatan dan energy, dukungan spiritual, keyakinan positif, ketrampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik.

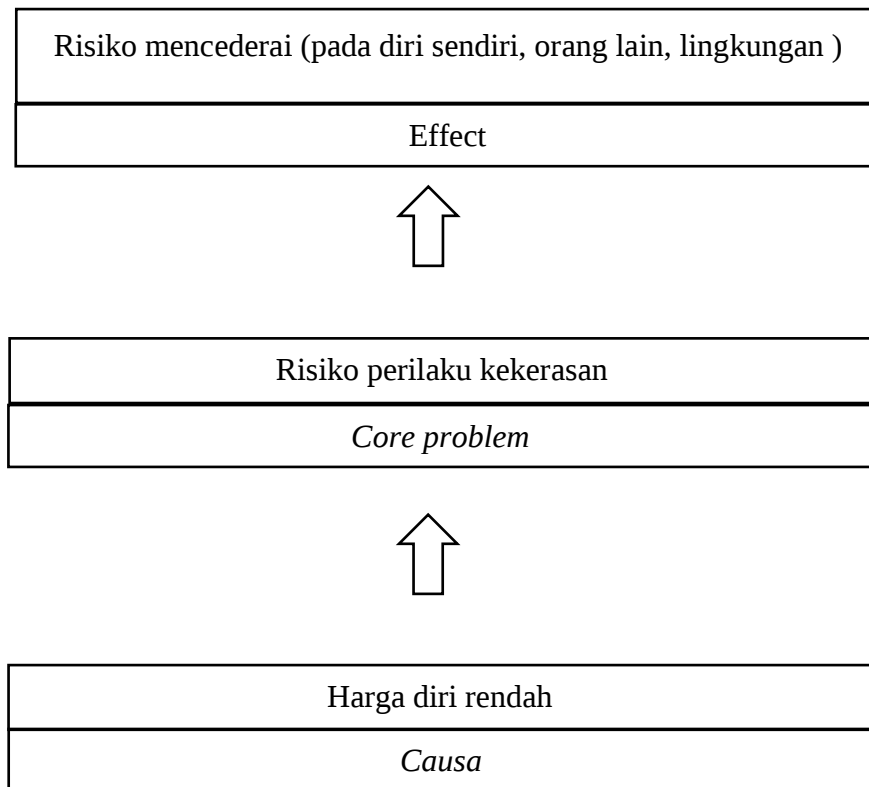
#### 2.1.6 Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang biasa digunakan menurut (Muhith, 2015) adalah :

1. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain.
2. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenal kesukaran/ keinginan tidak baik.
3. Represif yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.
4. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan berbahaya bila diekspresikan dengan melebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.
5. Displacement yaitu melepaskan perasaan tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu.



### 2.1.7 Pohon Masalah



Gambar: 2.1.7 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

### 2.1.8 Penatalaksanaan

#### A. Pencegahan perilaku kekerasan

Tindakan yang dilakukan perawat untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan yaitu melakukan Strategi Pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh pasien dengan perilaku kekerasan adalah diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara latihan tarik nafas dalam, dan pukul kasur atau bantal. Mengontrol secara verbal yaitu dengan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Mengontrol perilaku kekerasan secara



spiritual dengan cara shalat dan berdoa. Serta mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat), (Sujarwo & Livana, 2018).

Menurut Dermawan & Rusdi (2013) Terapi yang efektif diantara lain:

1. Aktivitas yang dilakukan dalam empat sesi yang bertujuan untuk melatih pasien mengendalikan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. Pasien yang diindikasikan mendapatkan terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah pasien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan. Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi pada pasien ngan risiko perilaku kekerasan dibagi menjadi empat sesi, antara lain:
  - a. Sesi 1 mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik (melatih nafas dalam dan pukul bantal). Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu tindakan yang dilakukan untuk mengontrol marah. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara sederhana yang terdiri dari napas abdomen dengan frekuensi lambat dan berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (hirup, dua, tiga) dan ekshalasi (hembuskan, dua, tiga). Pada saat perawat mengajarkan teknik ini, akan sangat membantu bila menghitung dengan keras bersama pasien pada awalnya. Napas yang lambat, berirama juga dapat digunakan sebagai teknik distraksi. Teknik relaksasi juga tindakan pereda nyeri non invasif lainnya, mungkin memerlukan latihan sebelum pasien menjadi terampil



menggunakannya. Penelitian (Agus Waluyo, 2022) menyatakan hasil analisis data dan uji statistik menunjukkan bahwa latihan relaksasi pernapasan dalam dapat meningkatkan kemampuan pasien mengendalikan marah dan menurunkan rasa marah pada pasien.

- b. Sesi 2 tehnik pukul bantal ini untuk meluapkan perasaan marahnya dengan mengalihkan sebuah objek dengan sebuah benda seperti bantal. Pukul bantal bertujuan mengalihkan apa yang pasien rasakan dengan perumpamaan, hal ini supaya tidak terjadi adanya resiko mencederai pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar (Soekarno,2015). Hasil penelitian lainnya tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan Latihan fisik yakni pukul bantal Karena mengontrol marah dengan cara melatih pasien pukul bantal bertujuan untuk meluapkan perasaan marahnya dengan mengalihkan objek pada sebuah benda atau dalam hal ini bantal, pukul bantal bertujuan mengalihkan apa yang pasien rasakan dengan perumpamaan, hal ini supaya tidak terjadi adanya resiko mencederai pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar (Ardika et al., 2019)
- c. Sesi 3 mengendalikan perilaku kekerasan secara asertif/verbal pemberian pelatihan asertif dapat mengurangi perilaku agresif pasien terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. (Prianto dan Permana, 2019). Penerapan komunikasi asertif dapat menurunkan respons perilaku terhadap gejala risiko perilaku kekerasan serta memperpendek lama perawatan (Priyanto & permana, 2019). Penelitian Ustun & Kucuk (2020) juga mengatakan bahwa latihan asertif terbukti

efektif dalam meningkatkan remisi fungsional dan tingkat ketegasan pada pasien skizofrenia.

- d. Sesi 4 mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara terapi berdzikir merupakan bagian dari terapi spiritual yang bisa diberikan pada pasien perilaku kekerasan untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dari kondisi sebelumnya. Berdzikir dengan cara beristighfar dan sholat dapat diberikan pada gangguan jiwa ringan maupun berat, dengan adanya pemenuhan kebutuhan spiritual membuat jiwa seseorang menjadi merasa tentram, damai sehingga membawa pengaruh positif bagi pasien risiko perilaku kekerasan (Triyani et al., 2019)

#### B. Penatalaksanaan terapi

Penatalaksanaan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu:

##### 1. Medis

- a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilakupsikosial
- b. Halloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri
- c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontro perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas
- d. ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan pasien bila mengarah pada keadaan amuk

##### 2. Penatalaksanaan keperawatan

###### a. Terapi TAK (Terapi aktivitas kelompok)

Terapi ini Memotivasi pasien, memberikan perhatian lebih dari pihak keluarga, dan konsumsi obat secara rutin.





b. Terapi keluarga

Sistem ini yang berpikir dalam pandangan tentang keluarga unit emosional, tindakan keluarga yang spesifik dan kerangka kerja yang secara konseptual yang lebih luas, tindakan ini mencakup perawatan pada keluarga, psikoterapi keluarga dan pasangan, membangun keterampilan dalam keluarga dan dukungan keluarga serta kelompok dalam keluarga.

c. Menciptakan lingkungan

Pada pasien gangguan jiwa untuk mengurangi tingkat kepemikiran, kecemasan, kepanikan, ketakutan pasien dengan halusinasinya. Pendekatan ini dilakukan secara individual dengan pendekatan kontak mata, dipegang atau disentuh. Pendekatan ini dengan cara mendekati pasien, berbicara dengan pasien untuk membina hubungan saling percaya, begitu juga bila meninggalnya hendak pasien dibantu.

d. Memberi aktivitas pada pasien

Pasien akan diberi untuk kebebasan dan diajak mengaktifkan diri untuk melakukan kegiatan gerakan fisik, seperti berolahraga (senam), bermain dan melakukan kegiatan lainnya. Kegiatan tujuannya untuk membantu pasien untuk mengarahkan kehidupan pasien pada kehidupannya yang lebih nyata agar dapat bersosialisasi hubungan dengan orang lain.

e. Menggali permasalahan pasien

Untuk mengatasi permasalahan pada pasien setelah pasien kooperatif dan komunikatif, perawat dapat menggali masalah pada pasien

menimbulkan timbulnya halusinasi yang muncul serta dapat membantu mengatasi masalah ini.

#### 2.1.9 Faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa

Menurut (Yundari. 2018) faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga merawat pasien gangguan jiwa :

##### 1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (Notoatmodjo, 2014 dalam Yundari 2018). Pengetahuan menjadi faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kejiwaan risiko perilaku kekerasan dimana semakin tinggi pengetahuan seseorang, maka semakin tinggi kemampuan menerima dan memahami tentang informasi perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan, sebaliknya jika pengetahuan keluarga rendah maka dapat mengalami kesulitan untuk menerima dan memahami tentang informasi perawatan anggota keluarga yang sakit. Berdasarkan hal ini pengetahuan merupakan hal yang penting agar keluarga dapat mempraktekan cara perawatan





anggota keluarga dengan gangguan jiwa, untuk mencegah kekambuhan.

## 2) Pekerjaan/Ekonomi

Pekerja di sector informal(swasta) juga mempengaruhi pengetahuan seseorang karena bekerja di sector informal tidak harus memiliki pendidikan yang tinggi sehingga mereka hanya mendapatkan pengetahuan dari lingkungan hidup sehari-hari. Jika keluarga memiliki pekerjaan yang dapat menghasilkan pendapatan yang tinggi maka keluarga dapat memberikan perawatan yang baik kepada anggota keluarga nya yang sakit dengan support ekonomi yang memadai, contohnya dapat membawa pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas yang memiliki pelayanan kesehatan jiwa atau rumah sakit jiwa, sedangkan jika pendapatan nya rendah keluarga bisa saja tidak membawa pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan karena support ekonomi yang tidak memadai, tetapi pendapatan tinggi ataupun rendah tidak sepenuhnya mempengaruhi pasien dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan, tergantung pada pengetahuan dan stigma yang dimiliki oleh keluarga.

## 3) Sikap/budaya

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap ini merupakan kesiapan atau kesedian untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.



Salah satu sikap dan budaya yang mempengaruhi kemampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa ialah stigma masyarakat dimana orang dengan gangguan jiwa dianggap berbeda dan dikucilkan, diasingkan dengan cara dipasung dan dikurung akibat dari stigma tersebut orang dengan gangguan jiwa menanggung konsekuensi kesehatan dan sosio-kultural, seperti pemasangan dan penanganan yang tidak maksimal sehingga memperberat dan memperparah kondisi.

Jadi berdasarkan uraian di atas keluarga menjadi suatu pijakan dalam upaya merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pengetahuan sangat mempengaruhi peran keluarga dalam bertindak, pengetahuan yang baik tentang cara perawatan anggota keluarga dengan gangguan jiwa akan menimbulkan peran yang baik seperti memberikan dukungan emosional keluarga dalam hal memotivasi pasien untuk sembuh ataupun menumbuhkan harapan dan optimisme, pengawasan minum obat serta upaya pencegahan kekambuhan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.(Yundari, 2018)

Faktor-faktor menyebabkan seseorang berperan ada enam alasan, yaitu pengetahuan, kepercayaan, sikap, orang penting sebagai refensi, sumber daya dan kebudayaan. Peran keluarga dalam perawatan pasien gangguan jiwa ini diwujudkan dengan cara meningkatkan fungsi afektif yang dilakukan dengan memotivasi, menjadi pendengar yang baik, membuat senang, memberi tanggung

jawab dan kewajiban peran dari keluarga sebagai pemberi asuhan (Yundari 2018).

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian risiko perilaku kekerasan seperti berikut :

#### 1. Identitas

Stuart (2013) yang menyatakan usia merupakan aspek sosial budaya terjadinya gangguan jiwa dengan risiko frekuensi tertinggi pada usia 22- 44 tahun. Melaporkan bahwa tingkat stress pria lebih tinggi dari pada wanita, pada usia dewasa banyak stressor yang berasal dari lingkungan pekerjaan, rumah tangga, masyarakat sehingga seseorang lebih mudah untuk mengalami stress dan beresiko melakukan perilaku kekerasan

#### 2. 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).

#### 3. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor pendukung (bio, psiko, sosial) yang berkontribusi timbulnya gangguan jiwa/kekambuhan





Faktor predisposisi yang harus dikaji meliputi: kapan terjadinya, keluhan/tanda gejala, penyebab/faktor faktor yang melatar belakangi, apa yang sudah dilakukan.

- a. Biasanya pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa. (Lase dan Pardede, 2022)
- b. Trauma, biasanya pasien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- c. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- d. Biasanya pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan
- e. Apakah pasien pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang ) yang menjadi faktor pendukung gangguan jiwa
- f. Apakah pasien memiliki riwayat penggunaan NAPZA (Narkotika, psikotropika, dan zat adiktif)?

#### 4. Pengkajian fisik

Pemeriksaan fisik difokuskan pada system/ fungsi organ tubuh (dengan cara observasi, auskultasi, palpasi, perkusi, dan hasil pengukuran) dapat digambarkan sebagai berikut :

##### A. Kesadaran secara kuantitatif GCS (Glasgow Coma Scale)



- a) Composmentis (sadar penuh 4, 5, 6 )
- b) Apatis (tidak mengacuhkan terhadap/lingkungan sekitarnya, mulai mengantuk)
- c) Somnolensia ( mengantuk dan tidak ada perhatian sama sekali).
- d) Bingung, delirium, sedasi (kacau, merasa melayang antara sadar dan tidak sadar)
- e) Sopor ( ingatan, orientasi, pertimbangan hilang, hanya berespon terhadap rangsangan yang keras atau cubitan)
- f) Stupor, subkoma, soporoskomatus (tidak ada lagi reaksi terhadap rangsangan yang keras, terjadi gangguan motoric seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang berulang dan tidak mengerti semua apa yang terjadi dilingkungannya).
- g) Koma (tidur yang sangat dalam, beberapa reflek hilang seperti pupil, cahaya, muntah, dan dapat timbul reflek yang patologis)

B. Lakukan pengukuran dan tuliskan hasilnya tentang:

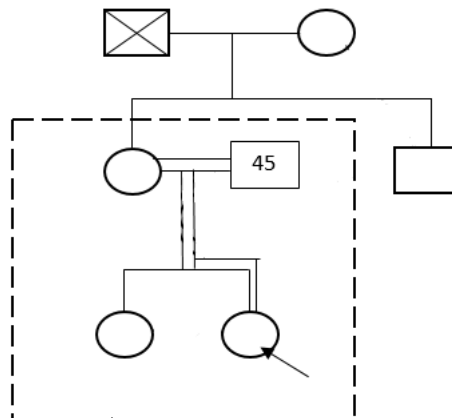
- a) Tanda vital ( tekanan darah dalam mmHg)
- b) Nadi berapa kali dalam 1 menit
- c) Pernafasan berapa kali dalam 1 menit
- d) Suhu badan dalam derajat celcius
- e) Berat badan dalam kg
- f) Tinggi badan dalam cm

C. Apakah ada keluhan-keluhan fisik yang dirasakan pasien?

5. Psikososial

- a. Genogram

Jelaskan pasien tinggal dengan siapa dan apa hubungannya. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh keluarga terhadap pasien dan anggota keluarga lainnya. Genogram merupakan suatu pola untuk menggambar pohon keluarga yang menyimpan informasi tentang anggota keluarga dan hubungan diantara mereka sepanjang tiga generasi. Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan 29 hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian (Lase dan Pardede 2022)



Keterangan :



: Wanita



: Meninggal



: Laki laki



: Orang tinggal serumah



: Cerai



: Perkawinan



: Pasien



: Dekat



: Umur

#### b. 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. Identitas

Biasanya pada pasien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

#### c. 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.





### 1) 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.

### 2) Ideal diri

Biasanya pasien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

## 6. Hubungan sosial

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

## 7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan
- b. Biasanya pasien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
- c. Kegiatan ibadah
- d. Biasanya dalam selama sakit pasien jarang melakukan ibadah

## 8. Status mental

- a. Penampilan



Biasanya penampilan pasien kotor, pakaian tampak berantakan, tampak menggunakan pakaian yang sama, namun sebagian juga terkadang ada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yang juga sedikit menjaga kebersihan tubuhnya.

b. Pembicaraan

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

c. Aktivitas motorik

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

d. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

e. Afek

Biasanya pasien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

f. Interaksi selama wawancara

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

g. Persepsi



Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

#### h. Isi pikir

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

#### i. Tingkat kesadaran

Biasanya pasien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

#### j. Memori

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

#### k. Kemampuan penilaian

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

#### l. Daya fikir diri

Biasanya pasien mengingkari penyakit yang dideritanya.

### 9. 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.

### 10. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.



## 11. Pengetahuan

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

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Menurut Direja (2011) diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia terhadap status kesehatan / risiko perubahan dari kelompok dimana perawat secara *accountabilitas* dapat mengidentifikasi dari memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurun, membatasi, dan berubah.

1. Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan orang lain
2. Harga diri rendah kronik
3. Harga Diri Rendah situasional
4. Koping Tidak Efektif
5. Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi

### 2.2.3 Intervensi

Semakin tinggi terjadinya penurunan (signifikan), berarti semakin besar pengaruh dari intervensi yang diberikan. Namun demikian, efektif dan tidaknya intervensi yang diberikan dapat dipengaruhi juga oleh faktor lainnya juga, sehingga intervensi yang sama terhadap 2 subjek yang berbeda dapat menghasilkan hasil yang berbeda (Siti Makhruzah, dkk. 2021)

Perencanaan tindakan menurut buku SIKI sebagai berikut :

1. Diagnosa keperawatan : Risiko perilaku kekerasan



Intervensi utama :

A. Pencegahan perilaku kekerasan (I.145544)

Observasi

- 1) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali)
- 2) Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
- 3) Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur)

Terapeutik

- 1) Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
- 2) Libatkan keluarga dalam perawatan

Edukasi

- 1) Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
- 2) Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
- 3) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)

2. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronik dan harga diri rendah situasional

Intervensi utama : Manajemen perilaku (I.12463)

Observasi

- 1) Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku

Terapeutik

- 1) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku



- 2) Jadwalkan kegiatan terstruktur
  - 3) Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas
  - 4) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan
  - 5) Batasi jumlah pengunjung
  - 6) Bicara dengan nada rendah dan tenang
  - 7) Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi
  - 8) Cegah perilaku pasif dan agresif
  - 9) Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku
  - 10) Lakukan pengekanan fisik sesuai indikasi
  - 11) Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan
  - 12) Hindari sikap mengancam atau berdebat
  - 13) Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan
- Edukasi
- 1) Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif
3. Diagnosa keperawatan : koping tidak efektif
- Intervensi utama : Dukungan pengambilan keputusan (I.09265)
- Observasi
- 1) Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik

#### Terapeutik

- 1) Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan
- 2) Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi
- 3) Fasilitasi melihat situasi secara realistic
- 4) Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan
- 5) Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif
- 6) Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi
- 7) Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu
- 8) Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga Kesehatan lainnya

#### Edukasi

- 1) Jelaskan alternatif solusi secara jelas
- 2) Berikan informasi yang diminta pasien

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan tenaga Kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan
4. Diagnosa keperawatan : Gangguan persepsi sensori ( halusinasi)

Intervensi utama : Manajemen halusinasi (I.09288)

#### Observasi

- 1) Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi
- 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
- 3) Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri)

#### Terapeutik





- 1) Pertahankan lingkungan yang aman
- 2) Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
- 3) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi
- 4) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

#### Edukasi

- 1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
- 2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
- 3) Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)
- 4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu

### 2.2.4 Implementasi

Tujuan umum dari implementasi ini adalah pasien mampu mengontrol perilakunya dan dapat mengungkapkan kemarahannya secara asertif. Tujuan khusus dari implementasi ini adalah pasien dapat membina hubungan saling percaya, Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, Kien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan, Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan



secara konstruktif, Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan, Pasien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan, Pasien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program pengobatan).

Tindakan keperawatan generalis pada pasien perilaku kekerasan dilakukan dalam 4 macam strategi pelaksanaan (SP) yaitu: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu: menceritakan perilaku kekerasan, bicara baik (meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan), mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual, pada setiap pertemuan pasien memasukkan kegiatan yang telah dilatih untuk mengatasi masalah kedalam jadwal kegiatan harian (Keliat, 2019).

Strategi pelaksanaan untuk pasien antara lain :

1) Diagnosa keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

1. SP 1 :

- a. Beri salam dan panggil nama pasien
- b. Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan
- c. Jelaskan maksud hubungan interaksi
- d. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat
- e. Beri rasa aman dan sikap empati
- f. Latihan nafas dalam
- g. Lakukan pukul bantal



2. SP 2 :

- a. Beri kesempatan mengungkapkan perasaannya
- b. Bantu pasien mengungkapkan perasaannya.
- c. Minum obat secara teratur

3. SP 3 :

- a. Anjurkan pasien mengungkapkan yang dialami saat marah/jengkel
- b. Menjelaskan dan melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/bicara baik baik

4. SP 4

- a. Anjurkan pasien untuk melakukan ibadah sesuai dengan agamanya
- b. Lakukan pencegahan perilaku kekerasan dengan mendekatkan diri kepada tuhan

2) Diagnosa keperawatan harga diri rendah

1. SP 1:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi tanda gejala
- c. Penyebab dan akibat harga diri rendah
- d. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien
- e. Melatih kemampuan pertama yang dilatih



## 2. SP 2:

- a. Membantu pasien memilih dan melatih kemampuan kedua yang dipilih
- b. Mengajukan pasien untuk memilih daftar kegiatan yang dapat meningkatkan harga dirinya
- c. Membantu pasien menyusun jadwal kegiatan latihan

## 3. SP 3 :

- a. Membantu pasien memilih dan melatih kemampuan ketiga yang dipilih
- b. Mengajukan pasien untuk memilih daftar kegiatan yang dapat meningkatkan harga dirinya

## 4. SP 4 :

- a. Membantu pasien memilih dan melatih kemampuan keempat yang dipilih
- b. Melakukan latihan yang telah dituliskan sampai semua kemampuan dapat dilatih dan terjadi perubahan perilaku yang dapat meningkatkan harga dirinya
- c. Membantu meningkatkan harga diri dengan aspek positif dan kemampuan yang dipilih
- d. Melatih pasien menerima keterbatasannya

## 3) Diagnosa keperawatan : Koping tidak efektif

## 1. SP 1:

- a. Membina hubungan saling percaya



- b. Mendorong pasien untuk dapat mengungkapkan pikiran dan perasaanya
    - c. Ajarkan pasien untuk relaksasi dan mekanisme koping
  - 4) Diagnosa keperawatan : Gangguan persepsi sensori (halusinasi)
    1. SP 1 :
      - a. Membantu pasien mengenal halusinasinya
      - b. Menjelaskan cara mengontrol halusinasinya
      - c. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama pertama: menghardik halusinasi.
    2. SP 2:
      - a. Melatih pasien melatih halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain.
    3. SP 3:
      - a. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktifitas terjadwal.
    4. SP 4:
      - a. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian
      - b. Melatih pasien untuk minum obat teratur

#### 2.2.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil (Hidayat, 2014).



Evaluasi keperawatan menggunakan SLKI:

1. Diagnosa keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

SLKI: Kontrol diri (L.09076)

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa kontrol diri meningkat adalah:

- a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun
- b. Verbalisasi umpatan menurun
- c. Suara keras menurun
- d. Bicara ketus menurun

2. Diagnosa keperawatan : harga diri rendah

SLKI :Harga diri meningkat (L.09069)

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa harga diri meningkat adalah:

- a. Penilaian diri positif meningkat
- b. Perasaan malu menurun
- c. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat
- d. Penilaian diri positif meningkat
- e. Percaya diri untuk berbicara meningkat
- f. Kontak mata meningkat
- g. Gairan aktivitas meningkat
- h. Berjalan meningkatkan wajah meningkat
- i. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat

3. Diagnosa keperawatan : koping tidak efektif

SLKI : Status koping (L.09086)

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa status koping membaik adalah:



- a. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat
  - b. Perilaku koping adaptif meningkat
  - c. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat
  - d. Verbalisasi pengakuan masalah meningkat
  - e. Verbalisasi kelemahan diri meningkat
  - f. Perilaku asertif meningkat
  - g. Verbalisasi menyalahkan orang lain menurun
  - h. Verbalisasi rasionalisasi kegagalan menurun
  - i. Hipersensitif terhadap kritik menurun
4. Diagnosa keperawatan : gangguan persepsi sensori (halusinasi)
- SLKI : Persepsi sensori membaik (L.09083)
- Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa persepsi sensori membaik adalah:
- a. Verbalisasi mendengar bisikan menurun
  - b. Verbalisasi melihat bayangan menurun
  - c. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun
  - d. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun
  - e. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun
  - f. Distorsi sensori menurun
  - g. Perilaku halusinasi menurun
  - h. Respons sesuai stimulus membaik