

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Terapi Mengontrol Emosi Dengan Memukul Bantal Untuk Mengurangi Risiko Prilaku Kekerasan

1. Terapi mengontrol emosi

a. Pengertian mengontrol emosi

Menurut Purwanto (2012) emosi merupakan gejala penyesuaian diri yang berasal dari dalam yang melibatkan hampir keseluruhan individu yang berfungsi untuk tercapainya suatu pemuasan atau perlindungan diri atau kesejahteraan diri pada saat berhadapan dengan lingkungan atau objek tertentu. Kata emosi adalah kata serapan dari bahasa Inggris, yaitu *emotion* yang digunakan untuk menggambarkan perasaan yang kuat akan suatu dan perasaan yang sangat menyenangkan atau sangat mengganggu. (Candra, Harini, & Sumirta, 2017).

b. Bentuk – bentuk reaksi emosi

Menurut Wijayaningsih (2014) bentuk – bentuk reaksi emosi dapat dibagi menjadi tujuh yaitu :

1) Reaksi amarah

Hormon adrenalin meningkat, menyebabkan gelombang energi yang cukup kuat untuk bertindak dahsyat, maka tangan menjadi mudah menghantam lawan, detak jantung meningkat.

2) Reaksi takut

Kaki akan lebih mudah diajak mengambil langkah seribu dan wajah menjadi pucat. Hal ini disebabkan karena di pusat – pusat emosi, otak memicu terproduksi hormon seperti adrenalin, yang membuat tubuh waspada dan siap bertindak.

3) Reaksi kebahagiaan

Perubahan utama akibat timbulnya kebahagiaan adalah meningkatnya kegiatan di pusat otak yang menghambat perasaan negative dan meningkatkan energi yang ada dan menenangkan perasaan yang menimbulkan kerisauan.

4) Reaksi perasaan cinta/kasih sayang dan kepuasan seksual

Mencangkup rangsangan parasimpatik (secara fisiologi lawan dari aktivitas simatik), secara fisiologis adalah lawan mobilisasi “fight or flight” yang sama sama dimiliki oleh rasa takut, maupun amarah.

5) Reaksi terkejut

Reaksi ini membawa kemungkinan lebih banyak informasi tentang peristiwa tak terduga, sehingga memudahkan memahami apa yang sebenarnya terjadi dan menyusun rencana tindakan terbaik.

6) Reaksi perasaan jijik

Ungkapan ini tampak sama dan memberi pesan yang sama, sesuatu yang menyengat rasa atau bau. Ungkapan wajah rasa jijik, bibir atas mengkerut ke samping sewaktu hidung sedikit berkerut.

7) Reaksi perasaan sedih

Kesedihan menurunkan energi dan semangat hidup untuk melakukan kegiatan sehari -hari, terutama kegiatan penghambat waktu dan kesenangan. Bila

kesedihan semakin mendalam dan mendekati depresi, kesedihan akan memperlambat metabolisme tubuh, sehingga mengakibatkan kehilangan energi.

c. Gangguan afek dan emosi

Menurut Candra dkk (2017) gangguan afek dan emosi yang dapat terjadi, yaitu:

1) Depresi atau melankolis

- a) Komponen psikologis, misalnya sedih, susah, murung, rasa tak berguna, gagal, kehilangan, tak ada harapan, putus asa, dan penyesalan.
- b) Komponen somatic, misalnya anoreksia, konstipasi, kulit lembab atau dingin, dan tekanan darah menurun.

2) Kecemasan (ansietas)

- a) Komponen psikologis, misalnya khawatir, gugup, tegang, rasa tak aman, takut, dan cepat terkejut.
- b) Komponen somatic, misalnya palpitasi (debaran jantung) menjadi lebih cepat atau keras, keringat dingin, tekanan darah meningkat, dan peristaltic meningkat.

3) Euforia : rasa riang, gembira, senang, dan Bahagia yang berlebihan, bila tidak sesuai dengan keadaan, maka menunjukkan adanya gangguan jiwa. Jika lebih keras lagi dinamakan 'elasi' dan, jika jika lebih keras lagi dinamakan 'exaltasi'.

4) Anhedonia: ketidakmampuan merasakan kesenangan, kehilangan perasaan senang, dengan aktivitas yang biasanya menyenangkan baginya.

5) Kesepian : merasa dirinya ditinggalkan.

6) Kedangkalan: kemiskinan afek dan emosi secara umum (berkurang secara kuantitatif). Dapat digambarkan sebagai 'datar', 'tumpul', dan 'dingin', istilah ini tidak menunjukkan gradasi. Misalnya : tidak atau hanya sedikit merasa atau

kelihatan gembira atau sedih dalam keadaan yang benar – benar menggembirakan atau menyedihkan.

- 7) Afek dan emosi yang tak wajar : reaksi yang berlawanan dengan stimulus, misalnya : tertawa terbahak – bahak saat wawancara.
- 8) Afek dan emosi yang labil : reaksi yang berubah – ubah tanpa ada stimulus, contoh tiba – tiba marah atau menangis.
- 9) Variasi afek dan emosi sepanjang hari : perubahan afek dan emosi mulai sejak pagi sampai malam hari, misalnya pada *psikosis – manik depresif* , depresinya lebih keras pada pagi hari dan menjadi lebih ringan pada sore hari.
- 10) Ambivalensi : emosi dan afek yang berlawanan timbul bersama -sama terhadap suatu objek, hal atau orang.
- 11) Apatis : berkurangnya afek dan emosi terhadap semua hal dengan disertai rasa terpengcil dan tidak peduli. Dapat diartikan pula sebagai menurunnya kesadaran.
- 12) Amarah : kemurkaan atau permusuhan, yang ditandai dengan sifat agresif.

d. Terapi mengontrol diri

Terapi emosi dilakukan karena adanya gangguan afektif yaitu gangguan dengan gejala utama adanya perubahan suasana perasaan (mood) atau afek, biasanya ke arah depresi dengan atau tanpa ansietas yang menyertainya, atau kearah elasi (suasana perasaan meningkat). Teknik memukul bantal dimaksudkan untuk memulihkan gangguan perilaku yang terganggu (maladaptif) menjadi perilaku yang adaptif (mampu menyesuaikan diri). Untuk mengurangi resiko melakukan menciderai diri atau orang lain dikarenakan status emosi pasien, maka perlu dilakukan terapi yang berguna untuk menyalurkan energi yang konstruktif dengan cara fisik, salah satunya adalah teknik memukul bantal (Keliat, 2011). Teknik ini

digunakan agar energi marah yang dialami oleh pasien dapat tersalurkan dengan baik sehingga tidak menciderai diri dengan orang lain dan adaptasi menjadi adaptif.

e. Prosedur pelaksanaan

Standar operasional prosedur di UPTD Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali adalah sebagai berikut:

- 1) Tahap prainteraksi
 - a) Mencuci tangan
 - b) Menyiapkan alat yang dibutuhkan
 - c) Menilai kesiapan diri perawat
 - d) Membuat rencana pertemuan
- 2) Tahap orientasi
 - a) Memberikan salam dan tersenyum pada pasien
 - b) Melakukan validasi (kognitif, afektif, psikomotor) pada pertemuan lanjutan
 - c) Memperkenalkan nama perawat
 - d) Menanyakan nama panggilan kesukaan pasien
 - e) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan
 - f) Menjelaskan tujuan
 - g) Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan
- 3) Tahap kerja
 - a) Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya
 - b) Tanyakan keluhan pasien
 - c) Bina hubungan saling percaya
 - d) Validasi masalah dan latihan sebelumnya

- e) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dengan memukul bantal atau kasur
- f) Anjurkan pasien untuk memasukan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul bantal ke dalam jadwal kegiatan harian
- g) Akhiri bincang – bincang dan membuat kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya

4) Tahap terminasi

- a) Evaluasi hasil kegiatan (subyektif dan obyektif)
- b) Berikan reinforcement positif pada pasien
- c) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d) Akhiri kegiatan dengan cara yang baik

5) Tahap dokumentasi

Dokumentasikan hasil interaksi dalam catatan perkembangan pasien meliputi subyektif dan obyektif

2. Konsep perilaku kekerasan

a. Pengertian perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan didefinisikan sebagai kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan / atau merusak lingkungan (PPNI, 2016)

Keterangan :

- 1) Asertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, tanpa merendahkan harga diri orang lain.
- 2) Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan.
- 3) Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, sifat tidak berani mengemukakan keinginan dan pendapat sendiri, tidak ingin terjadi konflik karena takut akan tidak disukai atau menyakiti perasaan orang lain.
- 4) Agresif adalah sikap membela diri sendiri dengan cara melanggar hak orang lain.
- 5) Kekerasan atau amuk adalah perasaan marah dan bermusuhan kuat disertai kehilangan kontrol diri, individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

d. Penyebab perilaku kekerasan

Ada enam penyebab perilaku kekerasan, yaitu (PPNI, 2016) :

- 1) Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
- 2) Stimulus lingkungan
- 3) Konflik interpersonal
- 4) Perubahan status mental
- 5) Putus obat
- 6) Penyalahgunaan zat atau alkohol

e. Tindakan keperawatan

Penatalaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan meliputi (Videbeck, 2008) :

1) Terapi modalitas

a) Terapi lingkungan

Begitu pentingnya bagi perawat untuk mempertimbangkan lingkungan bagi semua pasien ketika mencoba mengurangi atau menghilangkan agresif. Aktivitas atau kelompok yang direncanakan seperti permainan kartu, menonton dan mendiskusikan sebuah film, atau diskusi informal memberikan pasien kesempatan untuk membicarakan peristiwa atau isu ketika pasien tenang. Aktivitas juga melibatkan pasien dalam proses terapeutik dan meminimalkan kebosanan.

b) Terapi kelompok

Pada terapi kelompok, pasien berpartisipasi dalam sesi bersama dalam kelompok individu. Para anggota kelompok bertujuan sama dan diharapkan memberi kontribusi kepada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain. Peraturan kelompok ditetapkan dan harus dipatuhi oleh semua anggota kelompok. Dengan menjadi anggota kelompok, pasien dapat mempelajari cara baru memandang masalah atau cara coping atau menyelesaikan masalah dan juga membantunya mempelajari keterampilan interpersonal yang penting.

c) Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan pasien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi pasien, memobilisasi kekuatan dan sumber

fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptif, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga.

d) Terapi individual

Psikoterapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilakunya. Terapi ini memiliki hubungan personal antara ahli terapi dan pasien. Tujuan dari terapi individu yaitu memahami diri dan perilaku mereka sendiri, membuat hubungan personal, memperbaiki hubungan interpersonal, atau berusaha lepas dari sakit hati atau ketidakbahagiaan.

E. Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Mengontrol Emosi Secara Fisik Pada Pasien Risiko Prilaku Kekerasan

Menurut Nur Fajariyah (2012) Asuhan Keperawatan Dengan Perilaku

Kekerasan yaitu:

1. Pengkajian

Risiko perilaku kekerasan adalah beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri ataupun orang lain. Perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau lingkungan (PPNI, 2016).

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subyektif:

a) Mengancam

b) Mengumpat dengan kata – kata kasar

c) Suara keras

d) Bicara ketus.

2) Obyektif:

- a) Menyerang orang lain
- b) Melukai diri sendiri atau orang lain
- c) Merusak lingkungan
- d) Perilaku agreif atau amuk

b. Gejala dan tanda minor

1) Subyektif: (tidak tersedia)

2) Obyektif:

- a) Mata melotot atau pandangan tajam
- b) Tangan mengepal
- c) Rahang mengatup
- d) Wajah memerah
- e) Postur tubuh kaku

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) rumusan diagnosa perilaku kekerasan yaitu :

P : Perilaku kekerasan

E : Harga diri rendah

S : Gejala dan tanda mayor : Subyektif : mengancam, mengumpat dengan kata – kata kasar, suara keras, bicara ketus. Obyektif : menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, perilaku agreif atau amuk. Gejala dan tanda minor: Subyektif : (tidak tersedia). Obyektif : mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan postur tubuh kaku.

Diagnose keperawatan :

Perilaku kekerasan

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan menurut Fajariyah (2012) meliputi :

a. Tujuan :

TUM :

Pasien dapat melanjutkan peran sesuai dengan tanggung jawab

TUK 1 :

Pasien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria hasil:

- 1) Pasien mau menjawab salam
- 2) Ada kontak mata
- 3) Pasien mau berjabat tangan
- 4) Pasien mau berkenalan
- 5) Pasien mau menjawab pertanyaan
- 6) Pasien mau duduk berdampingan dengan perawat
- 7) Pasien mau mengungkapkan perasaannya

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi therapeutic

- 1) Sapa klien dengan ramah dan baik secara verbal dan non verbal.
- 2) Perkenalkan diri dengan sopan.
- 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien.
- 4) Jelaskan tujuan pertemuan.

- 5) Buat kontrak interaksi yang jelas
- 6) Jujur dan menepati janji.
- 7) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.
- 8) Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien

Rasional:

Memfasilitasi keterbukaan dalam mengungkapkan dan penyelesaian masalah

TUK 2 :

Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

Pasien dapat menyebutkan minimal satu penyebab perilaku kekerasan, pasien dapat mengungkapkan penyebab marah, baik dari : Diri sendiri, Orang lain dan

Lingkungan

Intervensi:

- 1) Anjurkan pasien mengungkapkan yang dialami saat marah.
- 2) Kaji pengetahuan Pasien tentang perilaku kekerasan dan tanda-tandanya
- 3) Diskusikan dengan Pasien penyebab perilaku kekerasan

Rasional:

- 1) Memfasilitasi pasien untuk mengungkapkan yang dialami saat marah
- 2) Perilaku kekerasan dapat teridentifikasi lebih awal
- 3) Dapat melakukan penatalaksanaan sesuai penyebab

TUK 3 :

Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan

Kriteria hasil:

- 1) Pasien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel

2) Pasien dapat menyimpulkan tanda – tanda marah atau jengkel yang dialami

Intervensi:

- 1) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan saat marah/jengkel sakit
- 2) Observasi tanda perilaku kekerasan pada pasien
- 3) Simpulkan bersama pasien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami pasien

Rasional:

- 1) Ungkapan perasaan Pasien di perlukan agar Pasien lebih dapat terbuka
- 2) untuk mengetahui tanda perilaku kekerasan pada pasien
- 3) untuk mengetahui tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami pasien.

TUK 4 :

Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang bisa dilakukan

Kriteria hasil :

Paasien padat mengungkapkan perilaku kekerasan yang bisa dilakukan, bermain peran dengan perilaku kekerasan dan dapat dilakukan cara yang bisa dapat menyelesaikan masalah atau tidak

Intervensi:

- 1) Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien
- 2) Bantu pasien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 3) Bicarakan dengan pasien, apakah dengan cara yang pasien lakukan masalahnya selesai

Rasional:

- 1) Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien

- 2) Pasien dapat melakukan peran peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 3) Untuk memecahkan masalah yang dialami pasien

TUK 5 :

Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

Kriteria hasil:

Pasien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan pasien

Intervensi:

- 1) Bicarakan akibat atau kerugian dari cara yang dilakukan pasien
- 2) Bersama pasien menyimpulkan akibat cara yang digunakan
- 3) Bersama pasien menyimpulkan akibat cara yang digunakan

Rasional:

- 1) Ungkapan perasaan dapat meningkatkan respon emosi Pasien
- 2) Pasien dapat mengetahui manfaat berteman
- 3) Meningkatkan rasa percaya diri pasien

TUK 6 :

Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan

Pemberian Terapi Mengontrol Emosi Secara Fisik

Kriteria hasil:

Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan

Intervensi:

- 1) Bantu Bantu pasien mengidentifikasi manfaat cara yang telah dipilih
- 2) Bantu pasien untuk melakukan roleplay
- 3) Bantu reinforcement positif atas keberhasilan pasien melakukan roleplay

Rasional:

- 1) Untuk mengetahui manfaat cara yang telah dipilih
- 2) Untuk mengetahui apakah pasien dapat melakukan roleplay
- 3) Memberikan dukungan positif terhadap keberhasilan pasien melakukan roleplay.

TUK 7:

Pasien mendapatkan manfaat obat dengan 6B

Kriteria hasil:

- 1) Manfaat minum obat
- 2) Kerugian tidak minum obat
- 3) Nama warna dosis, efek terapi dan efek samping obat

Intervensi:

- 1) Diskusikan dengan Pasien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan obat
- 2) Pantau Pasien saat penggunaan obat
- 3) Anjurkan Pasien minta sendiri obat pada perawat agar dapat merasakan manfaatnya
- 4) Beri pujian jika pasien menggunakan obat dengan benar
- 5) Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter

Rasional :

- 1) Pasien mengerti dan paham mengenai manfaat dan efek samping obat
- 2) Agar pasien dalam minum obat dapat secara tepat dan teratur
- 3) Membuat pasien menjadi mandiri dan mengerti mengenai manfaat obat
- 4) Menambah semangat pasien untuk mengonsumsi obat dengan benar

TUK 8 :

Pasien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil :

Keluarga dapat menjelaskan tentang pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, penyebab dan akibat perilaku kekerasan serta cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan.

Intervensi :

- 1) Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dari sikap yang telah dilakukan keluarga terhadap pasien selama ini.
- 2) Diskusikan dengan keluarga tentang pentingnya peran keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku kekerasan.
- 3) Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan.
- 4) Diskusikan dengan keluarga melalui pertemuan keluarga tentang pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, penyebab dan akibat perilaku kekerasan, cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
- 5) Latih keluarga dalam merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
- 6) Beri kesempatan keluarga mendemonstrasikan ulang.
- 7) Beri reinforcement atas keterlibatan keluarga.

4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan ialah tindakan dari rencana atau intervensi keperawatan yang disusun sebelumnya berdasarkan prioritas yang telah dibuat, dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri dan kolaboratif. Pada beberapa situasi banyak dijumpai implementasi yang dilakukan

berbeda dengan intervensi, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang biasanya situasional berupa rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal ini sangat membahayakan klien dan perawat jika berakibat fatal dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana perawatan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai kondisi saat ini. Jika tidak ada hambatan maka keperawatan boleh melaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan perlu melakukan kontrak dengan klien sebelumnya. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan dan respon klien (Keliat, 2011). Salah satu implementasi yang dapat diberikan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan menurut Keliat (2011) yaitu terapi mengontrol emosi dengan memukul bantal.

5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk subjektif dan objektif yaitu :

S (subjektif) : Pasien mengatakan emosinya dapat berkurang setelah melakukan terapi secara fisik memukul bantal

O (objektif) : Pasien tampak mampu mengikuti kegiatan terapi mengontrol emosi secara fisik memukul bantal

(Keliat, 2011).