BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Perilaku kekerasan merupakan suatu upaya pemaksaan atau kekuasaan yang berlebihan sehingga menyebabkan cedera atau penganiayaan kepada diri sendiri atau orang lain baik secara fisik, emosional, dan/atau seksual (Herdman, 2015). Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Yosep, 2013). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang baik secara fisik maupun psikologi (Keliat, 2013).

Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol.

2. Etiologi

Menurut Yosep (2013) terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan antara lain:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Psikologis

Psychoanalytical theory, teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instinctual drives.* Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua insting, yaitu insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas dan insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

2) Faktor Sosial Budaya

Social-Learning Theory mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya.

3) Faktor Biologis

Faktor biologis meliputi adanya kerawanan herediter yang semakin lama semakin kuat, adanya trauma yang bersifat kejiwaan, adanya hubungan orang tua-anak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga.

b. Faktor Presipitasi

Bila dilihat dari sudut perawat-pasien, maka faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yakni:

1) Pasien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.
2) Lingkungan: ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

3. Manifestasi Klinis

Gejala yang dapat dilihat pada pasien dengan perilaku kekerasan menurut Keliat (2013) meliputi:

a. Fisik

Tanda dan gejala secara fisik pada pasien perilaku kekerasan dapat berupa ketegangan tubuh, muka merah, pandangan tajam, nadi dan pernapasan meningkat. Gejala fisik lainnya yaitu tidur terganggu, sakit kepala, sakit perut, rahang mengatup, sikap tubuh kaku atau rigid, mengepalkan jari, rahang terkunci, hiperaktifitas, denyut jantung cepat, nafas terengah-engah, dan cara berdiri mengancam. Tanda dan gejala fisik secara umum yang dapat diamati pada pasien perilaku kekerasan adalah muka merah, pandangan tajam, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernafasan meningkat, tidur terganggu, rahang mengatup, dan tangan mengepal. Gejala fisik seperti muka merah, pernapasan dan nadi yang meningkat, sulit tidur juga sering ditemukan pada pasien dengan halusinasi.

b. Emosional

Tanda dan gejala secara emosional pada pasien dengan perilaku kekerasan berupa: agitasi meningkat, cemas, mudah frustasi, tempertantrum, merasa tidak aman, merasa terganggu, jengkel, cepat marah, muram, lesu, cemas, suara keras, mengeluarkan sumpah serapah, berteriak, memaksa meminta hak istimewa, dan menolak instruksi. Tanda gejala emosional secara umum ditemukan pada pasien perilaku kekerasan adalah jengkel, cepat marah, muram, lesu, cemas, suara keras, memaksa, meminta hak istimewa dan menolak intruksi. Yosep (2013) menyatakan secara emosional maka gejala halusinasi berupa merasa ketakutan, mudah tersinggung, jengkel , merasa curiga, dan mudah marah. Gejala yang tampak secara umum pada pasien perilaku kekerasan dan halusinasi tidak jauh berbeda, dimana pasien sama-sama mengalami perubahan mood yang cepat mudah tersinggung, cepat jengkel dan marah ketika mendapatkan stimulus yang tidak menyenangkan.

c. Kognitif

Secara kognitif gejala pasien dengan perilaku kekerasan adalah mudah bingung, penuh khayalan, senang membantah, menentang, mengancam secara verbal, dan merencanakan perilaku kekerasan yang akan dilakukan. Gejala kognitif lainnya berupa: senang berdebat, bawel, pembicaraan mendominasi, meremehkan, menekan pikiran untuk menyerang, mengacaukan pikiran, ketidakmampuan belajar, penurunan perhatian dan penurunan fungsi intelektual. Tanda dan gejala kognitif

yang dapat diamati pada pasien perilaku kekerasan diantaranya: suka membantah, menentang, mengancam secara verbal, merencanakan tindakan kekerasan, senang berdebat, bawel, mendominasi pembicaraan, meremehkan, dan penurunan perhatian.

d. Sosial

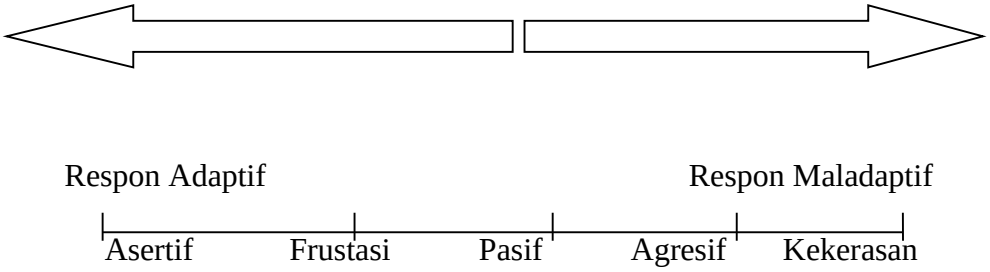
Tanda dan gejala secara sosial ditemukan pada pasien perilaku kekerasan adalah menggertak, suara keras, kata-kata menekan dan marah. Gejala lain seperti: menarik diri dari hubungan sosial, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor dan mengabaikan hak orang lain. Gejala yang tampak pada pasien halusinasi meliputi: sikap curiga dan bermusuhan sehingga lama kelamaan pasien akan menarik diri dari orang lain.

e. Perilaku

Perilaku yang tampak pada pasien dengan perilaku kekerasan diantaranya: mondar mandir, tidak mampu duduk diam, merusak benda, melukai orang lain (Stuart, 2013). Kaplan dan Sadock (2015) menambahkan gejala yang muncul berupa serangan fisik terhadap diri sendiri, benda atau orang lain, mengancam dengan senjata di tangan, menggigit, menendang, meninju, menggaruk, meremas, menusuk, menembak, memperkosa, mendorong, dan melempar. Gejala lainnya berupa: berteriak, melempar objek, memecahkan kaca, membanting pintu, memukul, menendang, meludahi, mencakar, menggigit, melempar objek pada seseorang.

4. Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Rentang respon menurut Prabowo (2014) adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1
Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Keterangan:

a. Respon adaptif

1) Pernyataan (Asertif)

Respon marah dimana individu mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah, rasa tidak setuju, tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain. Hal ini biasanya memberi kelegaan.

2) Frustasi

Respon yang terjadi akibat individu gagal dalam mencapai tujuan, kepuasan, atau rasa aman yang tidak biasanya dalam keadaan tersebut individu tidak menemukaan alternative lain.

b. Respon maladaptif

1) Pasif

Suatu keadaan dimana individu tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan yang sedang dialami untuk menghindari suatu tuntutan nyata.

2) Agresif

Perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan individu untuk menuntut suatu yang dianggapnya benar dalam bentuk destruktif tapi masih terkontrol.

3) Amuk dan kekerasan

Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan disertai hilang control, dimana individu dapat merusak diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

5. Patofisiologi

Menurut Yosep (2013) kemarahan berawal dari stresor yang berasal dari internal seperti penyakit, hormonal, dendam, dan kesal. Atau eksternal seperti ledakan, cacian, hinaan, hingga bencana. Hal tersebut akan mengakibatkan gangguan pada sistem individu, tergangtung bagaimana individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan. Bila seseorang memaknai hal tersebut dengan positif maka akan tercapai persaan lega tetapi jika tidak, maka ia akan memaknai hal tersebut akan muncul perasaan tidak berdaya dan sengsara. Perasaan itu akan menimbulkan gejala psikosomatik.

6. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan pasien dengan perilaku kekerasan menurut Yosep (2013) antara lain:

a. Farmakoterapi

1) Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita skizofrenia yang menahun, hasilnya lebih banyak jika mulai diberi dalam dua tahun penyakit.

2) Neuroleptika dengan dosis efektif tinggi bermanfaat pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat.

b. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang *grandmall* secara artificial dengan melewatkan aliran listrik melalui *electrode* yang dipasang pada satu atau dua *temples*, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

c. Psikoterapi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena dapat membentuk kebiasaan yang baik, untuk itu dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari: terapi gerak atau aktivitas, terapi musik: focus pada mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi. Terapi seni: untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni. Terapi

relaksasi: belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok. Terapi sosial : pasien belajar bersosialisasi dengan pasien lain. Terapi perilaku: teknik modeling partisipan memberi contoh sebuah perilaku yang akan diubah. Terapi kelompok : terapi group (kelompok terapiutik) dan *adjunctive group activity* terapi (terapi aktivitas kelompok). Terapi aktivitas kelompok yang digunakan untuk pasien perilaku kekerasan adalah terapi aktivitas kelompok penyaluran energy.

B. Konsep Relaksasi Otot Progresif

1. Pengertian

Teknik relaksasi otot progresif adalah aktivitas dengan memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasikan otot-otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan pada otot tersebut dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Purwanto, 2013). Soewondo (2012) menyatakan relaksasi otot progresif merupakan keterampilan yang dapat dipelajari dan digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan ketegangan atau stres sehingga menimbulkan rasa nyaman tanpa tergantung pada hal/subjek di luar dirinya.

Relaksasi otot progresif atau Progressive Muscular Relaxation (PMR) merupakan salah satu teknik relaksasi yang mudah dan sederhana serta sudah digunakan secara luas. Prosedur ini mendapatkan relaksasi pada otot melalui dua langkah, yaitu dengan memberikan tegangan pada suatu

kelompok otot, dan menghentikan tegangan tersebut kemudian memusatkan perhatian terhadap bagaimana otot tersebut menjadi rileks, merasakan sensasi rileks, dan ketegangan (Wahyuningsih, 2018).

2. Tujuan Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Kushariyadi & Setyoadi (2011), bahwa indikasi dari terapi relaksasi otot progresif, yaitu: klien yang mengalami insomnia, klien sering stress, klien yang mengalami kecemasan, klien dengan perilaku kekerasan, klien yang mengalami depresi. Adapun tujuan terapi relaksasi otot progresif antara lain:

a. Meningkatkan rasa kebugaran konsentrasi
b. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress.
c. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah, frekuensi jantung, laju metabolik.
d. Membangun emosi positif dari emosi negatif.
e. Mengurangi distritmia jantung, dan kebutuhan oksigen.
f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, dan fobia ringan.
g. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian relaks.

3. Fisiologis Relaksasi Otot Progresif

Kontraksi dan relaksasi otot dikendalikan oleh susunan syaraf pusat melalui serabut syaraf motoriknya, tempat lekat cabang-cabang syaraf

motorik adalah neuromuscular junction yang merupakan penghantar kimiawi (neuro transmitter) asetil kholin maupun adrenalin untuk eksitasi serabut otot. Impuls syaraf yang tiba pada sebuah neuromuskular akan dihantar langsung kepada tiap-tiap sarkomer oleh sistem tubura transversar yang mengelilingi miofibril. Semua sarkomer pada otot akan menerima sinyal untuk berkontraksi sehingga otot dapat berkontraksi sebagai satu kesatuan yang utuh. Sinyal elektrik itu dihantar menuju retikulum sarkoplasmik, yaitu suatu sistem dari vesicles yang bersifat membran dan berasal dari retikulum endoplasma yang membungkus myofibril. Pada keadaan relaksasi, ujung-ujung filamen aktin yang berasal dari dua membran yang berurutan satu sama lain hampir tidak tumpang tindih, sedangkan pada saat yang sama filamen miosin mengadakan tumpeng tindih secara sempuma, sebaliknya pada keadaan kontraksi filament-filamen aktin ini tertarik kedalam diantara filamen miosin sehingga satu sama lain saling tumpang tindih. Filamen aktin dapat ditarik demikian kuatnya sehingga ujung-ujung filamen miosin melengkung ketika kontraksi.

Relaksasi otot progresif dilakukan dengan cara menegangkan kelompok otot tertentu kemudian melepaskan ketegangan tersebut. Pada saat otot sedang ditegangkan memang menimbulkan rasa tidak nyaman, tetapi ketika ketegangan dilepaskan maka saat itulah akan merasakan sensasi rasa nyaman. Dalam hal ini, orang yang melakukan latihan relaksasi otot memang diminta untuk berkonsentrasi membedakan sensasi rasa nyaman yang timbul ketika ketegangan dilepaskan (Karang, 2018).

4. Penatalaksanaan Relaksasi Otot Progresif

a. Posisi

PMR atau relaksasi otot progresif dapat dilakukan dalam posisi duduk yang nyaman. Akan tetapi metode ini paling baik dipelajari dan dipraktikan untuk pertama kalinya dalam keadaan berbaring dengan nyaman diatas lantai berkarpet. Lemaskan kedua lengan disisi kedua tubuh anda, dengan telapak tangan menghadap keatas. Longgarkan pakaian yang ketat disekitar leher dan pinggang anda. Anda harus melepaskan perhiasan yang dipakai, seperti jam tangan, gelang, kacamata atau lensa kontak jika memakainya.

b. Pernafasan

Teknik pernapasan relaksi otot progresif sebenarnya cukup sederhana. Hiruplah udara saat anda mengontraksikan otot, kemudian hembuskan bersamaan dengan saat anda melepaskan ketegangan. Pelepasan ketegangan ini dikoordinasikan dengan pelepasan udara didalam paru, dan relaksasi diafragma memungkinkan kita untuk dapat lebih merasakan relaksasi total yang terjadi pada tubuh

c. Lingkungan

Jika mungkin, sesuaikan suhu ruangan. Lingkungan yang dingin mungkin akan menyebabkan ketegangan otot dan keadaan menggigil yang tidak diinginkan. Begitu menguasai teknik ini relaksasi dapat dilakukan dimanapun (Wahyuningsih, 2018)

5. Prosedur Relaksasi Otot Progresif

Menurut Kushariyadi & Setyoadi, (2011) prosedur untuk melakukan teknik relaksasi progresif antara lain:

a. Persiapan

Persiapan alat dan lingkungan kursi serta lingkungan yang tenang dan sunyi. Pahami tujuan, manfaat, prosedur. Posisikan tubuh secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal di bawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri. Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam, dan sepatu. Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain sifatnya mengikat.

b. Langkah-langkah relaksasi progresif

1. Gerakan 1: Ditunjukan untuk melatih otot tangan.
   a. Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan.
   b. Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.
   c. Pada saat kepalan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik.
   d. Lakukan gerakan yang sama pada tangan kanan.
2. Gerakan 2: Ditunjukan untuk melatih otot tangan bagian belakang.
   a) Tekuk kedua lengan ke belakang pada peregalangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang.
   b) Jari-jari menghadap ke langit-langit.

c) Pada saat ketegangan dilepaskan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik.

3. Gerakan 3: Ditunjukan untuk melatih otot biseps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).
   a) Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan.
   b) Kemudian membawa kedua kapalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang.
   c) Pada saat ketegangan dilepaskan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik.
4. Gerakan 4: Ditunjukan untuk melatih otot bahu supaya mengendur.
   a) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga.
   b) Fokuskan perhatian gerekan pada kontrak ketegangan yang terjadi di bahu punggung atas, dan leher.
5. Gerakan 5 dan 6: ditunjukan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti dahi dan mata).
   a) Gerakan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa kulitnya keriput.
   b) Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.
6. Gerakan 7: Ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.

Pada saat ketegangan dilepaskan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik.

7. Gerakan 8: Ditujukan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut. Pada saat ketegangan dilepaskan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik.
8. Gerakan 9: Ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang.
   a) Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan.
   b) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
   c) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas.
9. Gerakan 10: Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.
   a) Gerakan membawa kepala ke muka.
   b) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka
10. Gerakan 11: Ditujukan untuk melatih otot punggung
    a) Angkat tubuh dari sandaran kursi.
    b) Punggung dilengkungkan
    c) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.

d) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lurus.

11. Gerakan 12: Ditujukan untuk melemaskan otot dada.
    a) Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.
    b) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
    c) Saat tegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega. Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks.
12. Gerakan 13: Ditujukan untuk melatih otot perut
    a) Tarik dengan kuat perut ke dalam.
    b) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
    c) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut.
13. Gerakan 14-15: Ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).
    a) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.
    b) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
    c) Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas.
    d) Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi 4 tahapan, yaitu: pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi, yang masing-maing berkesinambungan serta memerlukan kecakapan ketrampilan yang profesional tenaga keperawatan (Keliat, 2013).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahapan itu berupa pengumpulan data yang meliputi:

a. Aspek biologis

Respons fisiologis timbul karena sistem saraf otonon bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, takikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urine meningkat. Ada juga gejala yang sama dengan kecemasan, seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang tegrkatup, tangan dikepal, tubuh kaku dan refleks cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

b. Aspek emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merassa tidak berdaya, jengkel, frustasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk. Bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan dan menuntut.

c. Aspek intelektual

Pengalaman hidup individu didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indera yang sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkugan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara pasien marah, diklarifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi diproses.

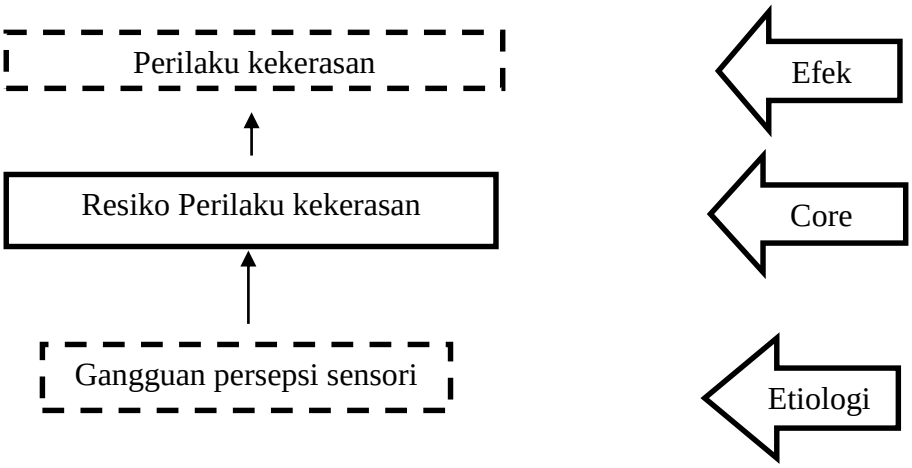
d. Aspek sosial

Meliputi interaksi sosial semua budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi sering merangsang kemarahan orang lain. Pasien sering kali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras.

e. Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rassa tidak berdosa.

2. **Pohon Masalah**



Gambar 2.2
Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

3. **Diagnosis Keperawatan**

   a. Risiko Perilaku Kekerasan

   b. Gangguan persepsi sensori

   c. Perilaku kekerasan

4. **Intervensi Keperawatan**

Perencanaan tindakan keperawatan merupakan suatu pedoman bagi perawat dalam melakukan intervensi yang tepat.

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Risiko perilaku kekerasan	Setelah diberikan asuhan keperawatan tiga kali 24 jam diharapkan kontrol diri	**SIKI: pencegahan perilaku kekerasan** a. Observasi

	meningkat dengan kriteria hasil: **SLKI: kontrol diri** a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain dari meningkat (1) menjadi menurun (5) b. Verbalisasi umpatan dari meningkat (1) menjadi menurun (5) c. Perilaku menyrang dari meningkat (1) menjadi menurun (5) d. Perilaku melukai diri sendiri dan orang lain dari meningkat (1) menjadi menurun (5) e. Perilaku merusak lingkungan sekitas dari meningkat (1) menjadi menurun (5) f. Perilaku agresif atau amuk g. Suara keras dari meningkat (1) menjadi menurun (5) h. Bicara ketus dari meningkat (1) menjadi menurun (5)	• Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan • Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung • Monitor selama menggunakan barang yang dapat membahayakan b. Terapeutik • Pertahankan lingkungan yang bebas dari bahaya secara rutin • Libatkan keluarga dalam perawatan c. Edukasi • Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien • Latih mengungkapkan perasaan secara asertif • Latif cara mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (relaksasi, latihan fisik, bercerita, spiritual) **SIKI: manajemen pengendalian marah** d. Observasi • Identifikasi penyebab kemarahan • Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif • Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan e. Terapeutik • Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan • Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaftif • Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah • Cegah aktifitas memicu agresi (meninju tas, mondar mandir, berolah raga berlebihan) • Lakukan kontrol eksternal (pengekangan, seklusi) • Berikan penguatanatas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah f. Edukasi • Jelaskan makna, fungsi marah, frustasi, dan rspon marah

	• Anjurkan meminta bantuan perawat dan keluarga selama ketegangan meningkat • Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah secara maladftif • Ajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat (latihan asertif, relaksasi, aktivitas penyaluran energy)

5. Implementasi Keperawatan

Tabel 2.2

Implementasi Keperawatan Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku Kekerasan	
Strategi Pelaksanaan Pertama Pasien	Strategi Pelaksanaan Pertama keluarga
1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 6. Membantu pasien mempraktekan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1: latihan nafas dalam 7. Menganjurkan pasien memasukan ke dalam kegiatan harian	1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialami pasien beserta proses terjadinya
Strategi Pelaksanaan Kedua Pasien	Strategi Pelaksanaan Kedua Keluarga
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian	1. Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pada pasien perilaku kekerasan
Strategi Pelaksanaan Ketiga Pasien	Strategi Pelaksanaan Ketiga Keluarga
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara social atau verbal 3. Menganjurkan pasien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	1. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (perencanaan pulang) 2. Menjelaskan tindakan tindak lanjut psien setelah pulang

Strategi Pelaksanaan Keempat Pasien	
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Menganjurkan pasien memasukan ke dalam kegiatan harian	
Strategi Pelaksanaan Kelima Pasien	
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 3. Menganjurkan pasien memasukan ke dalam kegiatan harian	

6. **Evaluasi**

Tulis semua respon pasien/keluarga terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, baik subyektif maupun subyektif. Analisis respons pasien dengan mengaitkan kepada diagnosis, data dan tujuan. Adapun kriteria evaluasi sesuai dengan SLKI: kontrol diri antara lain:

a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain dari meningkat (1) menjadi menurun (5)
b. Verbalisasi umpatan dari meningkat (1) menjadi menurun (5)
c. Perilaku menyrang dari meningkat (1) menjadi menurun (5)
d. Perilaku melukai diri sendiri dan orang lain dari meningkat (1) menjadi menurun (5)
e. Perilaku merusak lingkungan sekitas dari meningkat (1) menjadi menurun (5)
f. Perilaku agresif atau amuk
g. Suara keras dari meningkat (1) menjadi menurun (5)