

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perilaku Kekerasan

1. Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah respons terhadap stresor yang dihadapi seseorang. Reaksi ini dapat merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Mereka yang pernah mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan ancaman, perkelahian, ketidakmampuan untuk tetap tenang, berjalan-jalan, gelisah, infleksi keras, ekspresi wajah tegang, ucapan antusias, agresi, suara bernada tinggi, dan perilaku berlebihan. Menunjukkan perubahan perilaku, seperti sebagai bersenang-senang. Kemampuan memecahkan masalah, waktu, tempat, orientasi terhadap orang, dan keadaan kecemasan berubah pada orang yang terancam oleh kekerasan (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020).

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dialami oleh seseorang yang melakukan perilaku kekerasan verbal dan nonverbal terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Bentuk-bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan dapat berupa pelarian, permusuhan dan dapat menimbulkan kerusakan fisik maupun verbal (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

Perilaku kekerasan merupakan suatu respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya

perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pangaribuan, dkk, 2022).

Perilaku kekerasan adalah setiap tindakan yang dimaksudkan untuk menyebabkan kerugian fisik atau psikologis pada seseorang dan dapat terjadi dalam dua bentuk: selama tindakan kekerasan atau selama sejarah tindakan kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif terhadap kemarahan karena klien tidak mampu mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Estika, 2021).

2. Faktor Penyebab Perilaku Kekerasan

Penyebab dari perilaku kekerasan tidak hanya disebabkan oleh satu faktor, tetapi oleh keluarga, media, teman, lingkungan, dan faktor biologis. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan konsekuensi seperti psikosis, kecemasan, isolasi, kehilangan kepercayaan, kecenderungan bunuh diri, depresi, rendah diri, perasaan tidak berdaya, dan isolasi sosial (Putri, dkk, 2020). Perilaku kekerasan dan kemarahan dapat didorong oleh frustrasi, ketakutan, intimidasi, atau manipulasi. Perilaku kekerasan adalah hasil dari konflik emosional yang tidak terselesaikan. Perilaku kekerasan juga mengungkapkan perasaan tidak aman, perasaan membutuhkan perhatian, dan ketergantungan pada orang lain. Perubahan sensorik berupa halusinasi auditori, visual, dan lainnya dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa. Pasien merasa terdorong untuk menggunakan kekerasan melalui suara atau bayangan yang mereka lihat, atau

tersinggung oleh suara atau bayangan yang mengolok-olok diri mereka sendiri (Hulu, 2022).

Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya skizofrenia meliputi biologis, psikologis, dan sosialkultural, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetik, neuroanatomi, neurokimia, dan imunovirologi. Faktor presipitasi merupakan faktor stressor yang menjadikan klien mengalami skizofrenia yang terdiri dari faktor biologi, psikologi, dan sosiokultural yang mampu menyebabkan risiko perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah (Pangaribuan, dkk, 2022).

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Psikologis

Psychoanalytical Theory : Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instinctual drives*. Pandangan psikologi mengenai perilaku agresif mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidup. Beberapa contoh dari pengalaman hidup tersebut :

- a) Kerusakan otak organik dan retardasi mental sehingga tidak mampu menyelesaikan secara efektif.
- b) Rejeksi yang berlebihan saat anak-anak.
- c) Terpapar kekerasan selama masa perkembangan.

2) Faktor Sosial Budaya Sosial

Learning Theory, ini merupakan bahwa agresif tidak berbeda

dengan respon-respon yang lain, kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan.

3) Faktor Biologis

Neurotransmitter yang sering dikaitkan perilaku agresif dimana faktor pendukunya adalah masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh tindakan agresif dan lingkungan yang tidak kondusif.

4) Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan dan sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

b. Faktor Presitipasi

Ketika saat seseorang merasa terancam, mereka bahkan mungkin tidak memahami sumber kemarahannya. Namun umumnya, ketika seseorang merasa terancam, mereka bereaksi dengan kemarahan. Faktor curah hujan muncul dari interaksi dengan pelanggan, lingkungan, atau orang lain. Faktor-faktor yang memprovokasi perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu (Pangaribuan, dkk, 2022) :

- 1) Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri.
- 2) Lingkungan : Ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

3. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah muka memerah, gugup, mata melotot/umpatan, kata-kata kasar, suara melengking, menjentikkan, bahasa kotor, menjentikkan, benda/memukul orang lain, Menyerang orang lain, merusak lingkungan, pemaarah/agresif, mudah tersinggung, tidak berdaya, bermusuhan, marah, ingin berdebat, pilih-pilih, kasar, berdebat, menghina orang lain, peduli tidak, kekasaran, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran (Estika, 2021).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah Risiko perilaku kekerasan, (Pardede, Siregar & Halawa, 2020) :

a. Subjektif

- 1) Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- 2) Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- 3) Klien suka membentak dan menyerang orang lain.

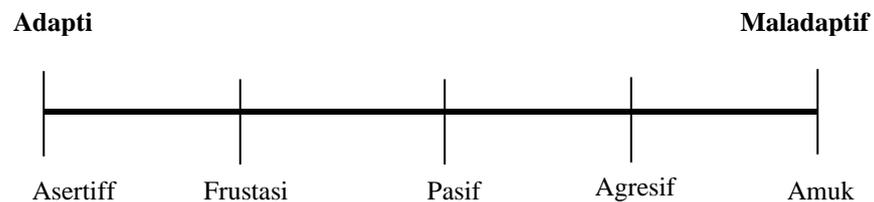
b. Objektif

- 1) Mata melotot/pandangn tajam.
- 2) Tangan mengepal dan Rahang mengatup.
- 3) Wajah memerah.
- 4) Postur tubuh kaku.
- 5) Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
- 6) Suara keras.
- 7) Bicara kasar, ketus.
- 8) Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain.

9) Merusak lingkungan.

10) Amuk/agresif.

4. Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Hulu, 2022).

- a. Asertif : Kemarahan yang dapat diungkapkan tanpa ada menyakiti orang lain.
- b. Frustrasi : Tujuan yang tidak tercapai karena tidak realistis atau terhambat.
- c. Pasif : Reaksi selanjutnya terhadap ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.
- d. Agresif : Perilaku merusak, tetapi masih dapat dikendalikan. Orang yang agresif biasanya tidak mau tahu hak orang lain. Ia menegaskan bahwa setiap orang harus memperjuangkan kebaikannya sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e. Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol. Yaitu rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun orang lain.

5. Mekanisme Koping

Menurut Hulu, dkk (2022). Perawat harus mengidentifikasi mekanisme koping pada klien, sehingga klien sendiri dapat mengembangkan cara yang konstruktif untuk menghadapi kemarahannya

sendiri. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah untuk pertahanan ego yaitu seperti represi, sublimasi, proyeksi, represi, penyangkalan, dan respons formatif. Perilaku seperti ini yang terkait dengan risiko perilaku kekerasan meliputi:

a. Menyerang atau menghindar

Dalam keadaan ini, pada aktivitas sistem saraf otonom dapat merespons sekresi epinefrin, dapat menghasilkan respons fisiologis yang juga meliputi peningkatan pada tekanan darah, takikardia, wajah merah, pupil melebar, mual, peningkatan sekresi HCL, lambung Penurunan peristaltik, peningkatan gairah, tinju dengan konsekuensi seperti mengepalkan, tubuh kaku dan refleks cepat.

b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditunjukkan dari individu dalam mengungkapkan kemarahannya, yaitu perilaku pasif, agresif, dan asertif, memungkinkan individu untuk dapat mengungkapkan kemarahannya tanpa merugikan orang lain baik secara fisik maupun psikis dan pada diri individu sendiri.

c. Memberontak

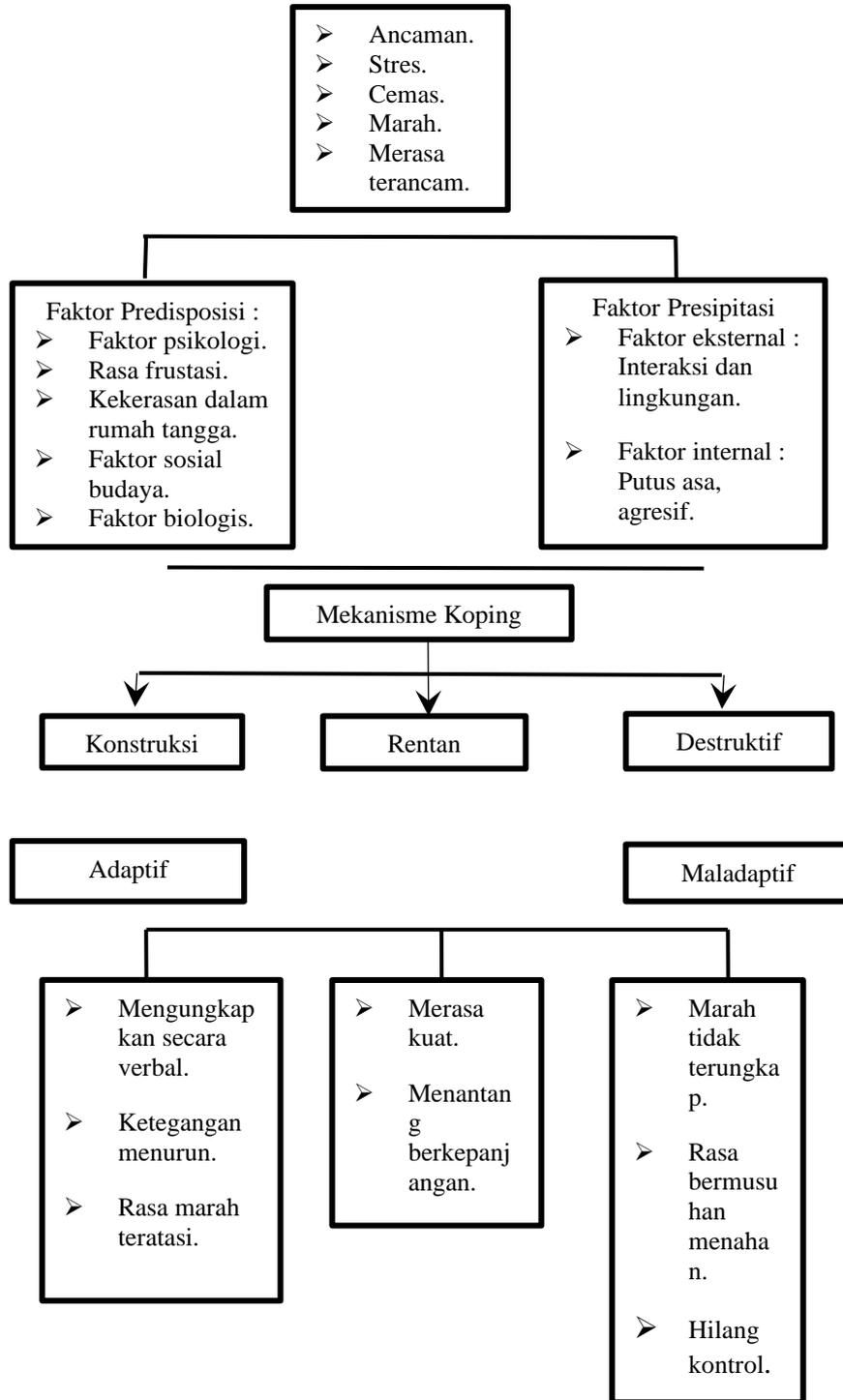
Perilaku yang tidak konsisten muncul untuk menarik perhatian orang lain, seringkali disertai juga dengan kekerasan.

d. Perilaku kekerasan

Kekerasan atau amukan yang ditujukan untuk mendapatkan perhatian orang lain sebagai akibat dari perilaku yang tidak konsisten.

6. Pathway

Sumber : (Rawlins dalam Yosep, 2017)



Perawat harus mampu mengidentifikasi mekanisme koping klien mereka sehingga mereka dapat membantu klien dalam mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif untuk dapat mengekspresikan marah klien. Mekanisme koping biasa yang digunakan adalah pertahanan ego, antara lain (Yosep, 2017) :

a. Displacement

Melepaskan perasaan tertekannya yang membangkitkan emosi asli itu sendiri, sehingga menyebabkan permusuhan terhadap subjek.

b. Proyeksi

Menyalahkan kesalahan yang ada kepada orang lain atas keinginan atau kemauan yang buruk.

c. Depresi

Menekan perasaan emosi pada orang lain sehingga mengakibatkan penyakit dan ingatan sadar yang saling bertentangan satu sama lain jadi cenderung menambah mekanisme ego lainnya.

d. Reaksi Formasi

Pembentukan pada sikap sadar dan pola perilaku yang bertentangan dengan apa yang sebenarnya sedang dilakukan orang lain.

7. Pengukuran Perilaku Kekerasan

a. Diagnosa Keperawatan : Prilaku Kekerasan Rufa :

SKOR 1 – 10

SKOR 11 – 20

SKOR 21 – 30

b. Tujuan :**c. Intervensi****1) Intensif I :**

- a) Kendalikan secara verbal
- b) Pengikatan Pengikatan ATAU Isolasi Isolasi
- c) Psikofarmaka: anti psikotik parenteral, anti ansietas

2) Intensif II :

- a) Dengarkan keluhan pasien tanpa menghakimi
- b) Latih cara fisik mengendalikan marah: nafas dalam
- c) Beri psikofarmaka: antipsikotik

3) Intensif III :

- a) Dengarkan keluhan pasien
- b) Latih cara mengendalikan marah dengan cara verbal, spiritual.
- c) Pertahankan pemberian psikofarmaka oral: anti psikotik

| Domain | Intensif I 1-10 | Intensif II 11-20 | Intensif III 21-30 |
|---------------|--|---|--|
| Pikiran | Orang lain / makhluk lain mengancam | Orang lain / makhluk lain mengancam | Orang lain / makhluk lain mengancam |
| Perasaan | Marah serta jengkel terus-menerus | Marah dan jengkel (seringkali) | Kadang marah dan jengkel, sering tenang |
| Tindakan | Terus-menerus mengancam orang lain (verbal) Terus-menerus berusaha mencederai orang lain (fisik) Komunikasi sangat kacau | Hanya mengancam secara verbal Tidak ada tindakan kekerasan fisik Komunikasi kacau | Kadang-kadang masing mengancam secara verbal. Komunikasi cukup koheren |

8. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan perilaku kekerasan juga dapat dikelola melalui terapi wajib. Pengekangan adalah penerapan langsung kekuatan fisik pada seseorang tanpa izinnya untuk mengatasi kebebasan Bergeraknya. Terapi ini menggunakan alat mekanis atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien. Terapi wajib dapat diindikasikan untuk melindungi pasien dan orang lain dari bahaya ketika pasien sedang marah atau mengamuk (Hastuti, 2019).

Perawatan adalah mengendalikan perilaku kekerasan melalui metode medis dan non-medis. Terapi yang dapat medis berikan yaitu memberikan obat-obatan yang seperti antipsikotik adalah Chlorpoazine (CPZ), Risperidon (RSP) Haloperidol (HLP), Clozapin dan Trifluoerazine (TFP). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik: nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok (Estika, 2021).

a. Terapi Medis

Fsikomarmaka merupakan terapi penggunaan obat yang bertujuan agar memberikan pengurangan atau menghilangkan gejala yang muncul pada gangguan jiwa. Secara kepatuhan meminum obat dilihat dengan meminum obat yang diresepkan dokter untuk dosis dan waktu tepat 10, karena hasil efektif pengobatan, dilihat jika telah memenuhi

penggunaan obat secara teratur (Pangaribuan, dkk, 2022). Obat yang diberikan yaitu:

- 1) Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
- 2) Halloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri.
- 3) Thrihexiphenidil, yaitu mengontro perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
- 4) ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk.

b. Tindakan Keperawatan

Mengajarkan stimulasi persepsi perilaku kekerasan berdasarkan standar pelaksanaan untuk mengenal penyebab perilaku kekerasan dengan latihan fisik seperti : Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, meminum obat dengan teratur, berbicara secara baik-baik seperti meminta sesuatu dan mengajarkan spritual sesuai kepercayaan pasien (Pardede, Siregar & Halawa, 2020). Tindakan yang dilakukan sebagai berikut :

- 1) Psikoterapeutik
- 2) Lingkungan terapieutik
- 3) Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
- 4) Pendidikan Kesehatan

B. Konsep Dasar Keperawatan

Menurut (Anggit, 2021), asuhan keperawatan meliputi dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan landasan pertama dan terpenting dari proses keperawatan. Tahap evaluasi terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah atau kebutuhan pelanggan. Data yang dikumpulkan meliputi data psikologis, biologis, sosial dan spiritual. Data penilaian kesehatan mental dapat dikelompokkan menjadi predisposisi, fasilitator, peringkat stresor, keterampilan koping, dan sumber daya koping klien (Keliat & Akemat, 2018).

Formulir evaluasi dan pedoman teknis evaluasi telah dikembangkan untuk memfasilitasi pengumpulan data yang umum digunakan. Isi survei adalah sebagai berikut.

- a. Identitas klien.
- b. Keluhan utama atau alasan masuk.
- c. Faktor predisposisi.
- d. Aspek fisik atau biologis.
- e. Aspek psikososial.
- f. Status mental.
- g. Kebutuhan persiapan pulang.
- h. Mekanisme koping.
- i. Masalah psikososial dan lingkungan.
- j. Pengetahuan.
- k. Aspek medik.

Data yang diperoleh kemudian dikelompokkan dalam dua cara, yaitu sebagai berikut :

- a. Data objektif merupakan suatu data yang diperoleh secara nyata. Data ini diperoleh dengan melalui pemeriksaan langsung atau observasi dari perawat.
- b. Data subjektif merupakan suatu data yang penyampaiannya secara lisan dari keluarga maupun klien. Data ini diperoleh secara wawancara pada perawat ke keluarga dan klien. Data yang diperoleh langsung ini didapat dari perawat disebut juga dengan data primer, sedangkan data yang diperoleh dari hasil catatan kesehatan klien disebut sebagai data sekunder.

Menurut Yosep (2017), menyatakan dasar dari pengkajian terhadap klien perilaku kekerasan dilihat dari semua aspek, seperti biopsikososial, kultural, dan spiritual. Berikut penjelasan dari aspek-aspek yang ada:

- a. Aspek Biologis

Respon biologis dapat timbul karena ada sistem saraf otonom sekresi epinefrin, sehingga terjadi respons biologis, mengakibatkan peningkatan tekanan darah, takikardia, pupil melebar, kemerahan pada wajah, dan peningkatan buang air kecil. Gejala seperti kecemasan termasuk kekakuan otot (rahang mengempal), peningkatan kewaspadaan, refleks tersentak-sentak, dan kekakuan tubuh. Ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat kemarahan meningkat.

- b. Aspek Emosional

Seseorang yang sedang marah ataupun merasa kesal dan tidak nyaman, frustrasi, merasa tidak berdaya, jengkel, dendam, mengamuk,

sakit hati, bermusuhan, dan sampai ingin memukul, mengeluh serta menyalahkan orang lain.

c. **Aspek Intelektual**

Sebagian besar pengalaman pribadi diperoleh melalui proses intelektual. Peran panca indera sangat penting untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan, yang kemudian diolah sebagai pengalaman dalam proses intelektual. Pengasuh harus memeriksa bagaimana klien marah, bagaimana informasi diproses, diklarifikasi, dan diintegrasikan, dan mengidentifikasi penyebab kemarahan.

2. Pengkajian Keperawatan

Pada dasar dari pengkajian pada klien dengan perilaku kemarahan dapat dilihat pada aspek biopsikososial-kultural-spiritual (Erita, 2019). Aspek-aspeknya dijelaskan sebagai berikut:

a. **Aspek biologi**

Respon fisiologis dihasilkan dari aktivitas sistem saraf otonom sebagai respons terhadap sekresi adrenalin, mengakibatkan peningkatan tekanan darah, takikardia, kemerahan, pupil melebar, dan peningkatan buang air kecil. Ada yang memiliki gejala seperti kecemasan. Ini termasuk peningkatan kewaspadaan, ketegangan otot seperti mengatupkan rahang dan mengepalkan tangan, kekakuan tubuh, dan refleks yang cepat. Ini karena kemarahan menghabiskan lebih banyak energi.

b. Aspek emosional

seseorang yang marah merasa jahat, tidak berdaya, mudah tersinggung, mudah tersinggung, pendendam, berjuang keras, marah, bermusuhan, terluka, dilecehkan secara verbal, dan menuntut. Perilaku yang menarik perhatian dan kontradiksi diri harus diselidiki. Contohnya termasuk melarikan diri dari rumah, membolos sekolah, mencuri, pembakaran, dan penyimpangan seksual.

c. Aspek intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup seseorang diperoleh melalui proses intelektual. Peran panca indera sangat penting untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan, yang diproses dalam proses intelektual sebagai pengalaman.

d. Aspek sosial

Meliputi konsep interaksi sosial, budaya, kepercayaan dan kepercayaan. Perasaan marah seringkali memancing kemarahan pada orang lain. Beberapa klien memprovokasi penolakan pada orang lain, mengarahkan kemarahan mereka pada nilai-nilai, atau mengkritik perilaku orang lain dengan cara yang menyakiti orang lain. Dari proses yang ada bisa didapat mengasingkan diri dari orang lain.

e. Aspek spiritual

Keyakinan, nilai, dan moral memengaruhi ekspresi kemarahan seseorang. Aspek-aspek tersebut mempengaruhi hubungan antara individu dengan lingkungannya. Ini bertentangan dengan norma seseorang dan dapat menyebabkan kemarahan, yang mengarah pada

perasaan tidak bermoral dan tidak bersalah. Mereka yang percaya kepada Tuhan selalu mencari kebutuhan dan bimbingan Tuhan.

3. Data Fokus Pengkajian Perilaku Kekerasan

Data fokus pengkajian dengan klien pada perilaku kekerasan menurut Keliat & Akemat (2018), yaitu :

Berikan tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan data klien.

| | Pelaku/Usia | | Korban/Usia | | Saksi/Usia | |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Aniaya fisik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Aniaya seksual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Penolakan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Kekerasan dalam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. keluarga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tindakan kriminal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Aktivitas Motorik | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lesu | <input type="checkbox"/> Tegang | <input type="checkbox"/> Gelisah | <input type="checkbox"/> Agitasi | | | |
| <input type="checkbox"/> TIK | <input type="checkbox"/> Grimasen | <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Kompulsi | | | |

4. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah evaluasi atau identifikasi pada pola respon dari klien yang potensial dan aktual. Diagnosa ini berdasarkan diagnosa keperawatan yang diperoleh dari pohon masalah adalah sebagai berikut.

- a. Perilaku Kekerasan.
- b. Harga Diri Rendah kronis.
- c. Resiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

6. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Perilaku Kekerasan

| SDKI | SLKI | SIKI |
|---------------------------|---|--|
| Risiko Perilaku Kekerasan | <p>Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan 14 kali pertemuan diharapkan pasien mampu memenuhi kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain dari skala 2 menjadi skala 5 2. Perilaku menyerang dari skala 2 menjadi 5 <p>Keterangan: 1 : Meningkatkan 2 : Cukup Meningkatkan 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p> | <p>Promosi Koping (I. 09312) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mengidentifikasi aktifitas kegiatan jangka pendek maupun panjang dengan tujuan yang sesuai 1.2 Mengidentifikasi keterampilan yang ada 1.3 Mengidentifikasi dampak dari situasi pada perandan hubungan 1.4 Mengidentifikasi metode pemecahan masalah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Diskusikan perubahan peran yang dialami 1.6 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 1.7 Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi (Menggunakan terapi REBT). |
| Perilaku Kekerasan | <p>Kontrol Risiko (L.14128) Setelah dilakukan 14x pertemuan diharapkan pasien mampu memenuhi kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan melakukann | <p>Manajemen Pengendalian Marah (I.09290) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| | <p>strategi kontrol resiko dari skala 2 menjadi skala 5</p> <p>2. Kemampuan menghindari faktor resiko dari skala 2 menjadi skala 5</p> <p>Keterangan: 1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : Cukup Meningkatkan 5 : Meningkatkan</p> | <p>2.2 Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan</p> <p>2.3 Monitor potensi agresi tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.4 Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata)</p> <p>2.5 Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif</p> <p>2.6 Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah</p> <p>Edukasi</p> <p>2.7 Menjelaskan arti, fungsi marah, frustrasi, dan respon dari kemarahan</p> <p>2.8 Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi kemarahan yang maladaptif</p> <p>2.9 Ajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran energi)</p> |
| Harga Diri Renda Kronis | <p>Harga diri (L. 09069)</p> <p>Setelah dilakukan 14 kali pertemuan diharapkan pasien mampu memenuhi kriteria hasil:</p> <p>1. Penilaian diri positif dari skala 1 menjadi 5</p> <p>2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif dari skala 2 menjadi 5</p> <p>3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri dari skala 2 menjadi 5</p> <p>4. Minat mencoba hal baru dari skala 2 menjadi skala 5</p> <p>Keterangan : 1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : Cukup Meningkatkan 5 : Meningkatkan</p> | <p>Dukungan pengambilan keputusan (I. 09265)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi persepsi tentang isu dan informasi yang bertentangan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 Fasilitasi klarifikasi nilai dan harapan untuk membantu mengambil keputusan</p> <p>3.3 Diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi</p> <p>3.4 Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif</p> <p>Edukasi</p> <p>3.5 Informasikan alternatif solusi secara jelas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.6 Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya mempermudah pengambilan keputusan</p> |

7. Implementasi Keperawatan

Implementasi perawatan diselaraskan dengan Rencana Tindakan Perawatan dengan memprioritaskan dan mengidentifikasi masalah utama saat ini yang mengancam integritas klien dan lingkungannya. Sebelum

melakukan atau melaksanakan tindakan perawatan yang direncanakan, pengasuh harus menilai apakah rencana tindakan perawatan masih diperlukan dan mengatasi kondisi klien saat ini. Hubungan saling percaya antara klien dan perawat merupakan landasan penting untuk melakukan tindakan keperawatan. Intervensi perawatan untuk klien dengan perilaku kekerasan meliputi: SP 1 P dengan cara 1 : (tarik nafas dalam), SP 2 P dengan fisik : (memuku bantal dan kasur), SP 3 P sosial/verbal, SP 4 P dengan spiritual (shalat, berdo'a, ataupun dzikir), SP 5 P dengan minum obat teratur, dan untuk keluarga pada klien dengan perilaku kekerasan ada SP 1 K, SP 2 K, dan SP 3 K (Keliat, 2018).

Implementasi mengikuti intervensi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan, dengan mempertimbangkan kemampuan kognitif, emosional dan psikomotorik klien. Teknik yang harus diperhatikan adalah strategi komunikasi yang harus diterapkan. Ini berarti berbicara dengan tenang, berbicara perlahan, berbicara dengan netral dan spesifik, menunjukkan rasa hormat kepada pelanggan, menghindari kontak mata langsung, dan menunjukkan kendali. Pahami situasi tanpa berlebihan, fasilitasi percakapan klien, dengarkan klien, jangan terburu-buru menafsirkan, dan jangan membuat janji yang tidak dapat ditepati oleh perawat. Sekitarnya: Kami menawarkan berbagai kegiatan. Melakukan tindakan: perjanjian dengan pelanggan mengenai perilaku yang dapat diterima (Pangaribuan, dkk, 2022).

8. Evaluasi

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Risiko perilaku kekerasan pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal Risiko perilaku kekerasannya, klien dapat mengontrol Risiko perilaku kekerasan dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol Risiko perilaku kekerasan, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol Risiko perilaku kekerasan. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat Risiko perilaku kekerasan itu datang, pasien dapat berbincang- bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur. Evaluasi keperawatan yang diharapkan: klien sudah dapat mengidentifikasi penyebab, frekuensi perilaku kekerasan dan mengontrol perilaku kekerasan dengan Tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal, klien tidak melakukan perilaku kekerasan, klien minum obat dengan benar dan teratur (Pangaribuan, dkk, 2022).

Evaluasi dapat dilakukan dengan cara menggunakan pendekatan SOAP, berikut penjelasannya yaitu:

a. S (Subjektif)

Respon subjektif ke klien pada tindakan keperawatan yang diberikan.

Diperoleh hasil yang diukur dari pertanyaan sederhana yang diberikan

seperti “coba ibu sebutkan kembali bagaimana cara mengendalikan atau mengontrol perilaku kekerasan yang benar?”.

b. O (Objektif)

Respon klien yang objektif terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Ini dapat diukur dengan mengamati perilaku klien ketika suatu tindakan dilakukan atau dieksekusi.

c. A (Analisa)

Analisis ulang data subyektif dan obyektif untuk menentukan apakah masalah tetap ada, masalah baru muncul, atau jika data bertentangan dengan masalah yang ada. Anda juga dapat membandingkan hasil Anda dengan tujuan Anda.

d. P (Planning)

Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan analisis respon klien, terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat. Rencana tindak lanjut akan terlihat seperti ini:

- 1) Rencana dilanjutkan, jika masalah berlanjut.
- 2) Jika masalah berlanjut, rencana akan berubah. Semua tindakan sudah dilakukan, namun hasilnya belum memuaskan.
- 3) Jika ditemukan masalah baru yang bertentangan dengan masalah yang ada dan diagnosis lama diberikan, rencana dibatalkan.

C. Konsep Intervensi Inovasi REBT

Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) dikembangkan pada tahun 1950-an oleh Dr. Albert Ellis, seorang psikolog klinis di bidang psikoanalisis. Pertama disebut terapi *Rational Therapy* (Terapi Rasional) kemudian berubah

menjadi Terapi Rasional dan Emosi (TRE) dan akhirnya menjadi REBT pada awal tahun 1990-an. REBT merupakan salah satu terapi kognitif dan perilaku, walaupun dibangun secara terpisah namun memiliki banyak kesamaan seperti terapi kognitif (*cognitive therapy*). Lebih dari setengah abad yang lalu, REBT telah berkembang secara signifikan dan terus berkembang (Marlina, dkk, 2021).

Terapi REBT bertujuan untuk membantu orang mengubah *irrational belief* menjadi *rational belief* dan meningkatkan serta memperbaiki fungsi dan perilaku emosional mereka. Menurut Ellis, semua orang rasional. Individu mungkin memiliki *rational belief* dan *irrational belief*, dan jika frekuensi dan intensitas keyakinan irasional adalah lebih besar daripada keyakinan rasional, individu mungkin lebih pendiam dan cenderung tidak memiliki keyakinan irasional dibandingkan dengan individu dengan keyakinan irasional yang lebih lemah. Ketika individu mampu mengubah keyakinan irasional menjadi keyakinan rasional dalam terapi, itu berarti individu mampu membantu diri mereka sendiri dan sangat mengurangi kecacatannya. Sehingga dapat menyimpulkan bahwa orang yang bertindak efektif, bahagia, dan kompeten. Ketika orang berpikir tidak rasional, itu menjadi tidak efektif (Marlina, dkk, 2021).

Berdasarkan hasil teori REBT, munculnya nilai dan sistem kepercayaan yang salah dan tidak rasional pada manusia merupakan penyebab utama depresi dan dapat menimbulkan berbagai masalah pada diri seseorang. Cara berpikir yang irasional ini perlu diubah dan dimodifikasi sehingga mengarah pada nilai-nilai yang tepat dan rasional. Dari perspektif *Rational Emotive*

Behaviour Teraphy (REBT), orang memiliki potensi untuk tumbuh dan berkembang. Dalam hal ini, Islam menghadirkan argumentasi dan pandangan bahwa manusia pada hakikatnya adalah sempurna dan murni (kodrat) serta memiliki konsepsi hidup yang matang yang memungkinkannya berpikir dan bernalar (Paturrochmah, 2020).

Menurut Ellis, menyatakan bahwa ada asumsi beberapa dari dasar REBT yang dikategorikan sebagai berikut:

1. Pikiran, perasaan dan tindakan terus-menerus berinteraksi dan saling mempengaruhi.
2. Gangguan emosi disebabkan oleh faktor biologis dan lingkungan.
3. Orang dipengaruhi oleh orang lain dan lingkungan di sekitar mereka, dan individu juga secara tidak langsung mempengaruhi orang di sekitar mereka.
4. Orang merugikan diri sendiri secara kognitif, emosional, dan perilaku. Orang sering berpikir bahwa mereka menyakiti diri sendiri dan orang lain.
5. Ketika sesuatu yang tidak menyenangkan terjadi, orang cenderung membentuk keyakinan irasional tentang peristiwa tersebut. Keyakinan irasional berkontribusi pada gangguan kepribadian individu.
6. Kebanyakan orang memiliki kecenderungan kuat untuk menciptakan dan memelihara gejolak emosi.
7. Ketika orang terlibat dalam menyakiti diri sendiri (*self- defeating behavior*).

Menurut Ellis, menyatakan jika terdapat sekitar enam prinsip yang ada pada teori REBT, yaitu:

1. Pikiran adalah penentu proksimal emosi individu yang paling penting.
2. Disfungsi berpikir merupakan penyumbang utama tekanan emosional.
3. Cara terbaik untuk menghilangkan stres adalah dengan mengubah cara berpikir.
4. Kepercayaan terhadap berbagai faktor, termasuk genetika dan lingkungan, yang menyebabkan pemikiran irasional.
5. Tekankan masa sekarang (*present*) di atas pengaruh masa lalu.
6. Perubahan tidak terjadi begitu saja.

Konsep kunci pada teori Ellis yaitu suatu ABC model yaitu *Activating event (A)*, *Belief (B)*, dan *emotional Consequence (C)*, berikut adalah penjelasan dari ABC model.

1. *Activating event (A)* yaitu seluruh peristiwa atau kejadian yang aktual yang dialami oleh individu yang berpotensi menjadi pemicu yang memunculkan *belief (B)*. *Activating event* dapat bersumber dari kejadian yang aktual, kejadian yang merupakan penilaian, kejadian yang terjadi secara eksternal atau internal, kejadian yang dapat mengacu pada masa lalu, sekarang atau masa depan.
2. *Belief (B)* yaitu keyakinan, pandangan, nilai atau verbalisasi diri individu terhadap suatu peristiwa A). Keyakinan seseorang ada dua macam yaitu keyakinan rasional (*rational belief* atau B) dan keyakinan irasional (*irational belief* atau B). Keyakinan rasional adalah yang benar, masuk akal, serta produktif. Keyakinan irasional adalah yang salah, emosional tidak masuk akal serta tidak produktif. Keyakinan individu dilihat dari orang tua, masyarakat, dan agama.

3. *Consequence of belief (C)* yaitu konsekuensi sebagai akibat atau reaksi dari suatu hubungan individu dengan *belief* dan *activating event (A)*. Consequence (C) adalah reaksi emosional pada individu baik yang senang atau hambatan emosional yang dialami individu, yang menjadi akibat dari reaksi *Activating Event (A)*. Konsekuensi emosional tidak menjadi akibat dari A saja, namun berpengaruh pula dari rB dan iB. Contohnya saja merasa sedih, bahagia, dan emosi.
4. *Disputing irrational belief (D)* yaitu dengan mengambil tindakan secara terapi agar dapat memperoleh klien irasional dengan pemikiran yang nantinya akan rasional.
5. *Effective (E)* merupakan hasil ABCD yaitu = *Effect (E)* dari emotif, behavior, dan kognitif. Jika ABCD dengan caranya yang berpikir secara logis dan rasional, dapat menghasilkan positif dan begitu pula dengan yang lainnya.

| No | Pertanyaan Terapi <i>Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)</i> |
|--------------------|---|
| Pertemuan 1 | |
| 1. | Kejadian Yang Dialami. |
| 2. | Perasaan dan Perilaku Terkait Kejadian Itu. |
| 3. | Hubungan Kejadian Yang Dialami Dengan Perasaan Pasien. |
| Pertemuan 2 | |
| 4. | Keyakinan Yang Mendasari Respon Emosi dan Perilaku. |
| 5. | Fakta (Keyakinan Rasional) Dari Kejadian Yang Dialami. |
| 6. | Opini (Keyakinan Irasional) Dari Kejadian Yang Dialami. |
| 7. | Membedakan Fakta Dengan Opini. |
| Pertemuan 3 | |
| 8. | Mengubah Keyakinan Pasien Dari Opini Ke Fakta. |
| 9. | Mengidentifikasi Perasaan dan Perilaku Dari Perubahan Keyakinan. |
| 10. | Melatih Perilaku Baru Yang Lebih Baik. |

(Eyet Hidayat, FIK UI, 2011)