

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Kekerasan (*violence*) merupakan suatu bentuk perilaku agresi (*aggressive behavior*) yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda. Ada perbedaan antara agresi sebagai suatu bentuk pikiran maupun perasaan dengan agresi sebagai bentuk perilaku. Agresif adalah suatu respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat membangkitkan suatu perilaku kekerasan sebagai suatu cara untuk melawan atau menghukum yang berupa tindakan menyerang, merusak hingga membunuh (Yosep, 2017).

Perilaku kekerasan pada klien gangguan jiwa yaitu situasi kegawatan psikiatri yang memerlukan penanganan yang cepat agar tidak membahayakan klien, orang lain termasuk petugas kesehatan, dan lingkungannya. Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu (Keliat, 2018).

Perilaku kekerasan atau agresif adalah bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara psikologis maupun fisik. Seseorang marah tidak mempunyai tujuan khusus, tapi lebih menunjukkan pada suatu perasaan tertentu yang terkadang disebut dengan perasaan marah (Dermawan & Rusdi, 2019).

Kemarahan yang ditekan atau pura-pura tidak marah akan mempersulit sendiri dan mengganggu hubungan interpersonal. Pengungkapan kemarahan dengan langsung dan konstruktif pada waktu terjadi akan melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaan yang sebenarnya. Untuk itu perawat harus pula mengetahui tentang respons kemarahan seseorang dan fungsi positif marah. Emosi marah merupakan suatu emosi yang didominasi kesiapan untuk beraksi. Dari penelitian yang mereka lakukan, disimpulkan bahwa ada dua unsur dalam emosi marah, yaitu unsur bergerak melawan atau *moving against* (kecenderungan untuk antagonis seperti menyerang atau berposisi) dan *boiling inwardly* (mendidih di dalam) (Yosep, 2017).

2. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2017), menyatakan bahwa faktor predisposisi yang mendukung terjadinya dengan perilaku kekerasan yaitu :

1) Teori Biologis

a) Faktor Genetik

Adanya faktor gen yang di turunkan melalui orang tua menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset Kazu Murakami alam gen manusia terdapat dorman (potensi) agresif yang sedang tidur akan bangun jika terstimulus dengan faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyotype XYY, pada umumnya didapati oleh penghuni pelaku tindak kriminal dan orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.

b) Irama sirkadian

Peranan individu dipegang oleh irama sirkadian. Menurut penelitian pada jam sibuk atau pada pekerjaan *shift* seperti menjelang berakhirnya kerja dan menjelang masuk kerja atau pada saat jam tertentu akan menstimulus orang untuk mudah bersikap agresif.

b. Faktor Neurologi

Beragam komponen dari sistem syaraf seperti sinap, dendrit, neurotransmitter, akson terminalis memiliki peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan - pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlihat dalam menstimulus timbulnya respon agresif. Lobus frontalis memegang peranan penting sebagai penengah antara perilaku yang berarti dan pemikiran rasional. Kerusakan pada lobus frontal dapat mengakibatkan tindakan agresif yang berlebihan.

1) **Brain area disorder**

Gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, tumor otak, sindrome otak, trauma otak, penyakit ensepalitis, epilepsi di dapatkan sangat berpengaruh terhadap tindakan kekerasan dan perilaku agresif.

c. **Faktor biokimia**

Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak contohnya epineprin, norepineprin, serotonin, dan dopamin sangat berperan penting dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh. Apabila ada stimulus dari luar tubuh yang di anggap membahayakan atau mengancam akan di hantarkan melalui influx neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent. Peningkatan hormon norepineprin dan androgen serta penurunan serotonin dan GABA (*Gamma Aminobutyric Acid*) pada cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

1) **Teori psikoanalisa**

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai komponen adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya. Tidak

terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat menyebabkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Tindak kekerasan dan perilaku agresif merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidaberdayaan dan rendahnya harga diri perilaku tindak kekerasan.

2) Imitation, Modelling, and Information Processing Theory

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolelir kekerasan. Adanya model, contoh, dan perilaku yang ditiru dari lingkungan atau media sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan pemukulan pada boneka dengan reward positif (semakin keras pukulannya akan diberi coklat). Anak lain diberikan tontonan yang sama dengan tayangan mengasihi dan mencium boneka dengan reward yang sama (yang baik mendapat hadiah). Setelah anak - anak keluar dan diberi boneka ternyata masing - masing anak berperilaku sesuai dengan tontonan yang pernah dilihatnya.

3) Learning theory

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah.

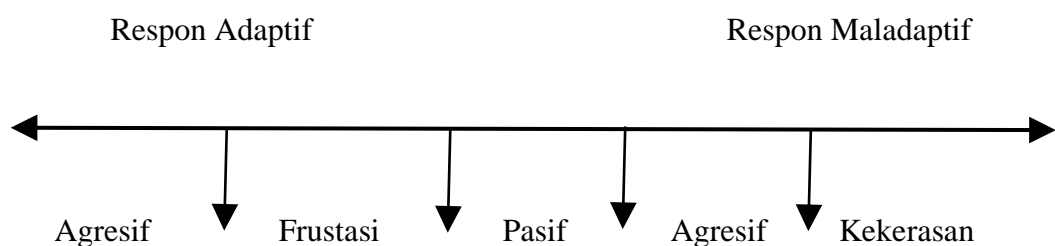
d. Faktor Presipitasi

Menurut Yosep (2017), menyatakan bahwa faktor presipitasi yang mendukung terjadinya dengan perilaku kekerasan yaitu :

- 1) Ekspresi diri, ingin melihat simbolis solidaritas ataupun ekstensi diri seperti dalam sebuah konser, gang sekolah, perkelahian massal, penonton sepak bola, dan lain sebagainya.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kondisi sosial ekonomi dan kebutuhan dasar.
- 3) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi alcoholisme, tidak mampu mengendalikan emosinya pada saat menghadapi fase frustrasi, dan penyalahgunaan obat.
- 4) Kesulitan dalam mengkonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan berbicara untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

3. Rentang respon

Rentang Perilaku Kekerasan (Stuart & Laraia, 2019)



Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan karena terhambat / realistik.

Pasif : Respon lanjutan dimana klien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Kekerasan : Perilaku destruktif tetapi tidak terkontrol.

Tabel 1 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, dan Agresif (Fitria, 2019)

Karakteristik	Pasif	Asertif	Agresif
Nada Bicara	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Negatif. ➤ Menghina diri. ➤ Dapatkah ia lakukan? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Positif. ➤ Menghargai diri sendiri. ➤ Saya akan/dapat lakukan. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Berlebihan. ➤ Menghina orang lain. ➤ Anda tidak/selalu pernah?
Nada Suara	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diam. ➤ Lemah. ➤ Merengek. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diatur. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tinggi. ➤ Menuntut.
Sikap Tubuh	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Melotot. ➤ Merundukan kepala. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tegak. ➤ Rileks. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tegang. ➤ Bersandar ke depan.
Personal Space	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Memperlihatkan gerakan yang sesuai. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mempunyai teritorial orang lain.
Gerakan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Minimal. ➤ Resah. ➤ Lemah. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Memperlihatkan gerakan yang sesuai. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengancam. ➤ Ekspansi gerakan.

Kontak Mata	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sedikit. ➤ Tidak ada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sekali - kali (interminten) sesuai dengan kebutuhan interaksi. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Melotot.
--------------------	--	--	--

a) Respon Adaptif

Respon adaptif yaitu respon yang bisa diterima norma - norma budaya sosial yang berlaku. Dengan kata lain, seseorang tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah bisa memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif antara lain :

- 1) Pikiran logis yaitu suatu pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- 2) Persepsi akurat yaitu suatu pandangan yang tepat pada kenyataan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu suatu perasaan yang timbul dari pengalaman.
- 4) Perilaku sosial yaitu sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan sosial yaitu proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b) Respon maladaptive

- 1) Kelainan pikiran yaitu secara kokoh mempertahankan keyakinan walaupun orang lain tidak menyakini dan bertentangan dengan kenyataan sosial.

- 2) Perilaku kekerasan adalah ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik dan merupakan status rentang emosi.
- 3) Kerusakan proses emosi yaitu perubahan status yang timbul. Perilaku tidak terorganisir adalah suatu perilaku yang tidak teratur.

4. Patofisiologi

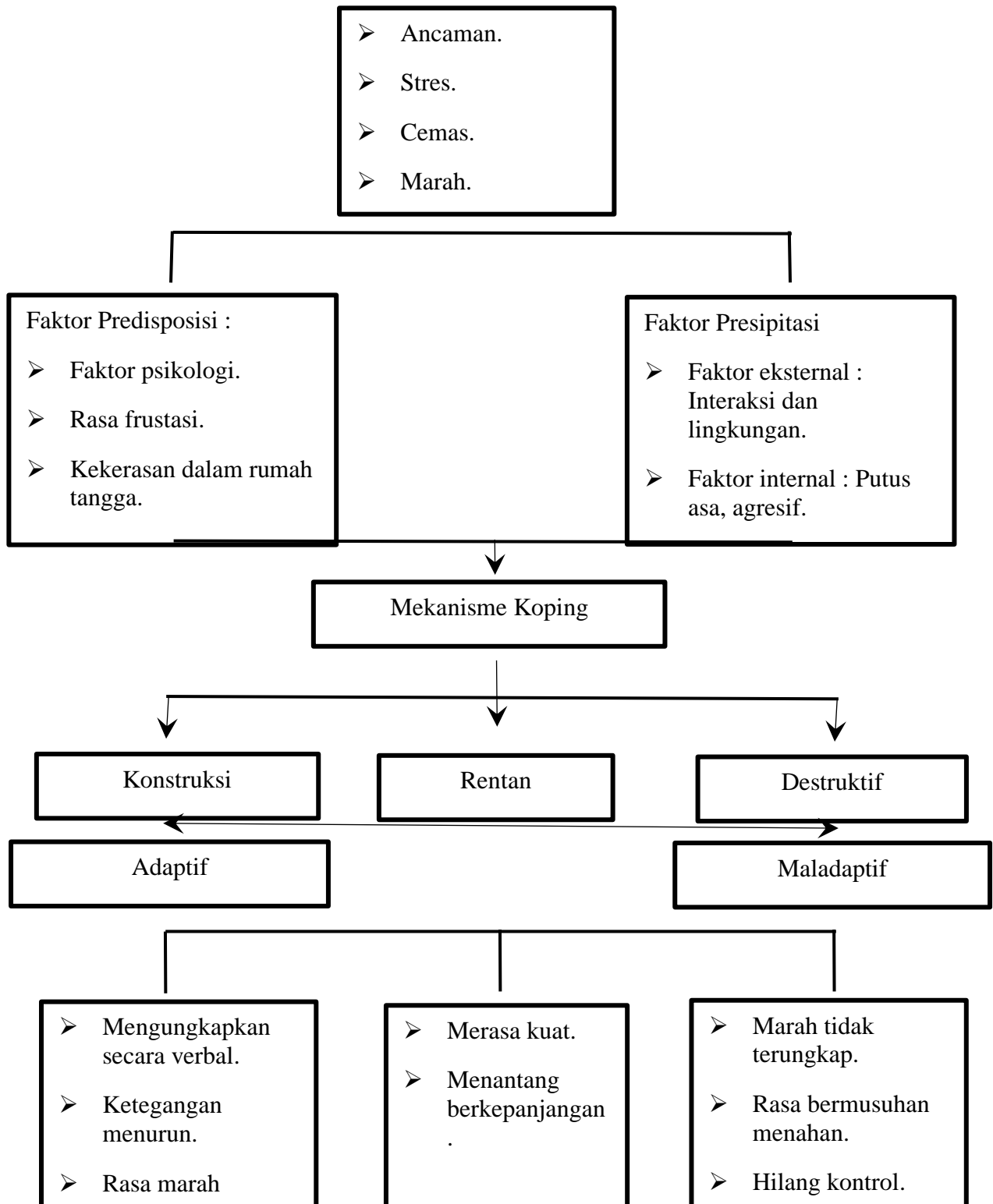
Menurut Yosep (2017), patofisiologi dari perilaku kekerasan yaitu cemas, stres, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah bisa di ekspresikan secara internal maupun eksternal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruksi maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan kata - kata yang dapat di terima dan di mengerti tanpa menyakiti perasaan orang lain. Selain akan memberikan rasa lega, keteganganpun akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi.

Rasa marah yang di ekspresikan secara destruktif, seperti dengan perilaku menantang dan agresif biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang ditunjukkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku yang submitif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura - pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan

menimbulkan kemarahan yang destruktif yang di ajukan pada diri sendiri, orang lain, dan ingkunagn (Yosep, 2017).

5. Pathway

Sumber : (Rawlins dalam Yosep, 2017)



6. Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marah klien. Mekanisme koping yang biasanya digunakan yaitu pertahanan ego, antara lain (Yosep, 2017) :

a. Displacement

Melepaskan perasaan tertekannya yang bermusuhan pada objek yang seperti itu yaitu pada mulanya yang membangkitkan emosi itu sendiri.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai keinginannya atau kemauannya yang tidak baik.

c. Depresi

Menekan perasaan orang lain yang menyakitkan ataupun konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluas mekanisme ego yang lainnya.

d. Reaksi Formasi

Pembentukan sikap kesadaran dan pola perilaku berlawanan dengan apa yang benar - benar dilakukan orang lain.

7. Tanda dan gejala

Menurut Fitria (2010), menyatakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dilihat dari bentuk kekerasan itu sendiri, antara lain :

- a. Fisik : Mata melotot/pandangan tajam, tangan mengempal, wajah memerah, rahang mengatup, dan tegang, serta postur tubuh kaku.

- b. Verbal : Menyebutkan dengan kata - kata kotor, amuk/agresif, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus, dan mengancam.
- c. Perilaku : Melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif, dan menyerang orang lain.
- d. Emosi : Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, dendam, tidak berdaya, jengkel, mengamuk, bermusuhan, menyalahkan, menuntut, merasa terganggu, dan ingin berkelahi.
- e. Intelektual : Kasar, mendominasi cerewet, meremehkan, berdebat, dan tidak jarang mengeluarkan kata - kata kasar.
- f. Spiritual : Merasa dirinya benar, keragu - raguan, kreativitas terhambat, tidak bermoral, dan merasa dirinya berkuasa.
- g. Sosial : Penolakan, ejekan, sindiran, penolakan, dan menarik diri.
- h. Perhatian : Melarikan diri, melakukan penyimpangan seksual, dan bolos.

B. Konsep dasar proses keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah atau kebutuhan klien. Data yang dikumpulkan meliputi data psikologis, biologis, sosial, dan spiritual. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, kemampuan coping, dan sumber coping yang dimiliki oleh klien (Keliat & Akemat, 2018).

Untuk dapat menjangkau data yang digunakan umumnya, dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Isi pengkajian meliputi :

- 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.

Kemudian data yang didapatkan dikelompokkan menjadi dua macam, yaitu sebagai berikut :

- a. Data objektif adalah data yang didapatkan secara nyata. Data ini diperoleh melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- b. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini didapatkan melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer dan data yang diambil dari hasil catatan tim kesehatan lain sebagai data sekunder.

Menurut Yosep (2017), menyatakan pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditunjukkan pada semua aspek, seperti biopsikosial, kultural, dan spiritual, yaitu sebagai berikut :

a. Aspek Biologis

Respon biologis timbul karena ada sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, tachikardi, pupil melebar, muka merah, dan pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti ketegangan otot (rahang terkatup), meningkatnya kewaspadaan, reflek cepat, dan tubuh kaku. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

b. Aspek Emosional

Individu yang marah atau kesal merasa tidak nyaman, jengkel, dendam, frustrasi, merasa tidak berdaya, mengamuk, sakit hati, bermusuhan, ingin memukul orang lain, menuntut, dan menyalahkan.

c. Aspek Intelektual

Sebagian besar pengalaman individu diperoleh melalui proses intelektual, peran pancaindra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, bagaimana informasi diproses, diklarifikasi dan diintegrasikan, serta mengidentifikasi penyebab kemarahan.

2. Data fokus pengkajian

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

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

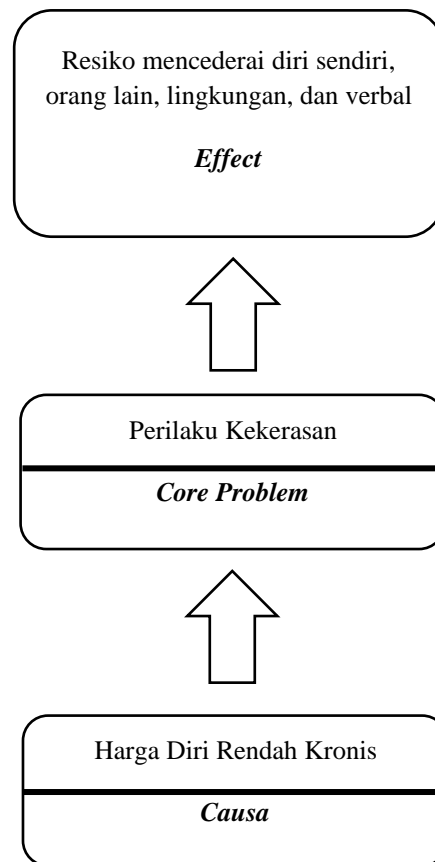
	Pelaku/Usia		Korban/Usia		Saksi/Usia	
a. Aniaya fisik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aniaya seksual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tindakan kriminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 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			

3. Masalah keperawatan

Masalah keperawatan pada klien perilaku kekerasan, adalah :

- Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal.
- Perilaku Kekerasan.
- Harga Diri Rendah Kronis.

4. Pohon masalah



5. Data yang perlu di kaji

Tabel 2 Data yang perlu dikaji pada masalah keperawatan perilaku kekerasan

No	Diagnosa	Tanda Gejala Mayor	
		Subjektif	Objektif
1	Perilaku Kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengancam ▪ Mengumpat dengan kata-kata kasar ▪ Suara Keras ▪ Bicara Ketus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyerang orang lain ▪ Melukai diri sendiri/orang lain ▪ Merusak lingkungan ▪ Perilaku agresif/amuk
		Tanda Gejala Minor	
		Subjektif	Objektif

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mata melotot atau pandangan tajam ▪ Tangan mengempal ▪ Rahang mengatup ▪ Wajah memerah ▪ Postur tubuh kaku
No	Diagnosa	Tanda Gejala Mayor	
		Subjektif	Objektif
2	Gangguan Persepsi Sensori	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan ▪ Merasakan sesuatu melalui inder perabaan, penciuman, atau pengecapan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distorsi sensori ▪ Respons tidak sesuai ▪ Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
		Tanda Gejala Minor	
		Subjektif	Objektif
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyatakan kesal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyendiri ▪ Melamun ▪ Konsentrasi buruk ▪ Disorientasi waktu,tempat, orang atau situasi ▪ Curiga ▪ Melihat ke satu arah ▪ Mondar-mandir ▪ Bicara sendiri
No	Diagnosa	Tanda Gejala Mayor	
		Subjektif	Objektif
3	Harga Diri Rendah	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menilai diri negatif (mis. Tidak berguna, tidak tertolong) ▪ Merasa malu/bersalah ▪ Merasa tidak mampu melakukan apapun ▪ Meremehkan kemampuan mengatasi masalah ▪ Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif ▪ Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri ▪ Menolak penilaian positif tentang diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enggan mencoba hal baru ▪ Berjalan menunduk ▪ Postur tubuh menunduk
		Tanda Gejala Minor	

	Subjektif	Objektif
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyatakan Merasa sulit konsentrasi ▪ Sulit tidur ▪ Mengungkapkan keputusan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontak mata kurang ▪ Lesu dan tidak bergairah ▪ Berbicara pelan dan lirih ▪ Pasif ▪ Perilaku tidak asertif ▪ Mencari penguatan secara berlebihan ▪ Bergantung pada pendapat orang lain ▪ Sulit membuat keputusan

6. Rencana keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Perilaku kekerasan (D. 0132)	<p>Setelah dilakukan Tindakan kep selama....x pertemuan masalah perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Kontrol diri (L.09076)</p> <p>1)Verbalisasi ancaman kepada orang lain 1 2 3 4 5</p> <p>2) Verbalisasi umpatan 1 2 3 4 5</p> <p>3) Perilaku menyerang 1 2 3 4 5</p> <p>4)Perilaku melukai diri sendiri / orang lain 1 2 3 4 5</p> <p>5)Perilaku merusak lingkungan sekitar 1 2 3 4 5</p> <p>6) Perilaku agresif/ amuk 1 2 3 4 5</p> <p>7) Suara keras</p>	<p>Manajemen pengendalian marah (I. 09290)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan</p> <p>1.2 identifikasi harapan perilaku terhadap kemarahan</p> <p>1.3 Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif</p> <p>1.4 Monitor kemajuan dengan membuat grafik, jika perlu</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.6 Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif</p> <p>1.7 Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata)</p> <p>1.8 Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. Meninju, mondar – mandir)</p>

		1 2 3 4 5 Keterangan : 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	1.9 Lakukan kontrol eksternal (mis. Pengekangan), jika perlu 1.10 Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif 1.11 Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah Edukasi 1.12 Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah 1.13 Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat 1.14 Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah 1.15 Ajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan asetif, Teknik relaksasi)
--	--	---	--

Sumber : (Pokja SLKI DPP PPNI, 2017) & (Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)

C. Konsep respon umum fungsi adaptif

1. RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)

Kondisi adaptif dan maladaptif dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri. Adapun lembar observasi pada pasien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

Tabel 3 Lembar Observasi Pasien Perilaku Kekerasan

No	Domain	Skor		
		Fase Intensif I 1-10	Fase Intensif II 11-20	Fase Intensif III 21-30
1.	Perilaku	Mengancam orang lain	Mengancam orang lain	Mengancam orang lain
2.	Perasaan	Marah dan Jengkel Terus Menerus	Marah dan jengkel (seringkali)	Kadang marah, jengkel dan sering tenang
3.	Tindakan	Terus menerus mengancam secara verbal Terus menerus berusaha menciderai orang lain (fisik) Komunikasi sangat kacau	Hanya mengancam secara verbal Tidak ada tindakan kekerasan fisik Komunikasi kacau	Kadang masih mengancam secara verbal Komunikasi koheren

Berdasarkan prinsip tindakan intensif segera, maka penanganan kedaruratan dibagi dalam :

1) Fase intensif (24 jam pertama)

Pasien dirawat dengan observasi , diagnosa, treatment dan evaluasi yang ketat. Berdasarkan evaluasi pasien memilikitiga kemungkinan yaitu dipulangkan, dilanjutkan ke fase intensif II, atau dirujuk ke rumah sakit jiwa.

2) Fase intensif II (24-72 jam pertama)

Perawatan pasien dengan observasi kurang ketat sampai dengan 72 jam. Berdasarkan hasil evaluasi maka pasien pada fase ini memiliki empat kemungkinan yaitu dipulangkan, dipindahkan ke ruang intensif III, atau kembali ke ruang fase intensif I.

3) Fase intensif III (72 jam-10 hari)

Pasien dikondisikan sudah mulai stabil, sehingga observasi sudah mulai berkurang dan tindakan keperawatan diarahkan kepada tindakan rehabilitasi merujuk kepada hasil evaluasi maka pasien pada fase ini dapat dipulangkan, dirujuk ke rumah sakit jiwa atau unit psikiatri di rumah sakit umum ataupun kembali ke ruangan

D. Konsep terapi inovasi

1. Teknik Relaksasi Autogenik

Teknik relaksasi autogenik merupakan suatu relaksasi yang bersumber dari dalam diri sendiri yang berupa kata-kata atau beberapa kalimat pendek bisa juga pikiran yang bisa membuat pikiran kita tenang. Relaksasi autogenik merupakan relaksasi yang berasal dari diri kita sendiri dengan menggunakan kata-kata atau kalimat motivasi seperti “aku tenang dan nyaman” dan “aku damai di sini” yang bisa membuat pikiran kita tenang. Relaksasi autogenik dilakukan dengan membayangkan diri sendiri berada dalam keadaan damai dan tenang, berfokus pada detak jantung dan pengaturan nafas (Aryanti, 2007 dalam Pramesti dkk 2018).

Autogenik mempunyai makna pengaturan sendiri. Autogenik salah satu contoh dari teknik relaksasi yang berdasarkan dengan

konsentrasi pasif dengan menggunakan persepsi tubuh (misalnya, tangan merasa hangat dan berat) yang difasilitasi oleh sugesti diri sendiri. Menurut Santoso dan Ulumuddin (2018), Teknik Relaksasi Autogenik sebagai salah satu teknik relaksasi otot yang terbukti atau terdapat hasil yang memuaskan dalam terapi terhadap ketegangan otot yang mampu mengatasi keluhan anxietas, stressor, kelelahan, dan mengurangi perilaku kekerasan pada seseorang.

2. Manfaat Relaksasi Autogenik

Menurut Santoso dan Ulumuddin (2018), seseorang dikatakan sedang dalam keadaan baik atau tidak, bisa ditentukan dengan perubahan kondisi yang semula tegang menjadi rileks. Kondisi psikologis individu akan tampak pada saat individu mengalami tekanan baik bersifat mental maupun fisik.

Senada dengan Potter & Perry (2007 dalam Syafitri, 2018) mengatakan bahwa setiap individu mempunyai respon yang berbeda terhadap tekanan, tekanan dapat berimbas buruk pada respon fisik, psikologis serta kehidupan sosial seseorang individu. Teknik relaksasi dikatakan efektif apabila setiap individu dapat merasakan perubahan pada respon fisiologis tubuh seperti penurunan ketegangan otot, penurunan kadar lemak, penurunan tekanan darah, penurunan proses inflamasi, dan denyut nadi menurun. Teknik relaksasi mempunyai manfaat bagi pikiran, salah satunya untuk meningkatkan gelombang *alfa* (α) di otak, sehingga tercapailah target dengan keadaan rileks, peningkatan rasa bugar dalam tubuh, serta peningkatan konsentrasi.

Tekhnik relaksasi autogenik mengacu pada konsep baru. Selama ini, fungsi - fungsi tubuh yang spesifik dianggap berjalan secara terpisah dari pikiran yang tertuju pada diri sendiri. Teknik relaksasi ini membantu individu dalam mengalihkan secara sadar perintah dari diri individu tersebut. Hal ini dapat membantu efek melawan efek akibat stres yang berbahaya bagi tubuh. Teknik autogenik mempunyai ide dasar yakni untuk mempelajari cara mengalihkan pikiran berdasarkan anjuran sehingga individu dapat menyingkirkan respon stres yang mengganggu pikiran (Oberg, 2009 dalam Santoso dan Ulumuddin, 2018).

3. Pengaruh Teknik Relaksasi Autogenik

Menurut Widyastuti (2004, dalam Pramesti dkk, (2018) menyatakan bahwa dalam relaksasi autogenik, hal ini menjadi anjuran pokok yang merupakan penyerahan pada diri sendiri sehingga memungkinkan berbagai daerah di dalam tubuh (lengan, tangan, tungkai, dan kaki) menjadi berat dan hangat. Sensasi hangat dan berat ini disebabkan oleh peralihan aliran darah (dari pusat tubuh ke daerah tubuh yang diinginkan), yang bertindak seperti pesan internal, menyejukkan, dan merelaksasikan otot - otot di sekitarnya.

Relaksasi autogenik akan membantu tubuh untuk membawa perintah melalui autosugesti untuk rileks sehingga dapat mengendalikan pernapasan, denyut nadi, tekanan darah serta suhu tubuh. Imajinasi visual dan mantra - mantra yang membuat tubuh merasa berat, hangat, dan santai merupakan standar latihan relaksasi autogenik. Sensasi tenang, ringan, dan hangat yang menyebar ke seluruh tubuh merupakan efek yang

bisa dirasakan dari relaksasi autogenik. Tubuh merasakan kehangatan, merupakan akibat dari arteri perifer yang mengalami vasodilatasi, sedangkan ketegangan otot tubuh yang menurun mengakibatkan munculnya sensasi ringan. Perubahan - perubahan yang terjadi selama maupun setelah relaksasi mempengaruhi kerja syaraf otonom. Respon emosi dan efek menenangkan yang ditimbulkan oleh relaksasi ini mengubah fisiologi dominan simpatis menjadi dominan sistem parasimpatis (Oberg, 2018).

4. Tahapan Teknik Relaksasi Autogenik

Menurut Widyastuti (2004 dalam Syafitri, 2018), menyatakan bahwa teknik relaksasi autogenik menggunakan konsep “konsentrasi pasif” pada daerah tertentu di tubuh setiap individu. Praktisi teknik relaksasi autogenik mengilangi ungkapan kepada diri sendiri seperti ungkapan kehangatan, ungkapan lamunan maupun ungkapan pengaktifan. Ungkapan kehangatan yang di pakai dalam relaksasi ini seperti “aku merasa hening, kedua tanganku, lenganku terasa berat dan hangat”. Ungkapan lamunan yang digunakan pada teknik relaksasi ini seperti “jauh di dalam pikiranku, aku merasakan kedamaian dan keheningan yang menenangkan”. Ungkapan pengaktifan yang dapat digunakan dalam relaksasi autogenik seperti “aku merasa kehidupan dan energi mengalir melalui dada, kedua lengan, dan kedua tanganku”.

Berikut akan dipaparkan langkah - langkah dari teknik relaksasi autogenik yaitu sebagai berikut :

- a. Mengatur posisi tubuh, posisi bebaring maupun duduk di tempat yang besandar merupakan posisi tubuh yang terbaik saat melakukan tehnik relaksasi autogenik. Sebaiknya individu berbaring di karpet atau di tempat tidur, kedua tangan di samping tubuh, telapak tangan menghadap ke atas, tungkai lurus sehingga tumit dapat menapak di permukaan lantai. Bantal yang tipis dapat di letakkan di bawah kepala atau di bawah lutut untuk menyangga, asalkan tubuh tetap nyaman dan posisi tubuh tetap lurus. Apabila posisi berbaring tidak memungkinkan untuk dilakukan relaksasi, posisi dapat di ubah menjadi duduk tegak / besandar di kursi. Saat duduk jaga agar kepala tetap sejajar dengan tubuh dan letakkan kedua tangan di pangkuan atau di sandaran kursi. Calon atau klien penerima terapi harus melepaskan jam tangan, cincin, kalung, dan perhiasan yang mengikat lainnya serta pakaian yang ketat di longgarkan.
- b. Konsentrasi dan kewaspadaan, pernapasan dalam sambil dihitung 1 hingga 7 dilakukan guna untuk menyakinkan. Gerakan ini dilakukan sebanyak 3-5 kali. Selanjutnya adalah tarikan dan hembusan napas dengan hitungan 1 hingga 7, yang dilakukan sebanyak 3-5 kali. Ketika menghembuskan nafas perlu dirasakan kondisi yang semakin rileks dan seolah - olah tenggelam dalam ketenangan. Latihan ini di ulanhi sampai 3 kali sehingga mendapatkan konsentrasi yang lebih baik dengan memfokuskan pikiran pada pernapasan serta mengabaikan distraktor yang lain. Fokus pada pernapasan dilakukan dengan cara memfokuskan pandangan pada titik imajiner yang

- berada pada 2 inci (+2,5cm) dari lubang hidung. Latihan ini mempertahankan kondisi secara pasif untuk tetap berkonsentrasi dan napas dihembuskan melewati titik tersebut. Selama latihan tetap mempertahankan irama napas untuk tetap tenang, dan selalu menggunakan pernapasan perut. Sasaran utama mempertahankan pikiran terfokus pada pernapasan.
- c. Ada 4 langkah dalam relaksasi autogenik yaitu perasaan berat, perasaan hangat, dan kehangatan pada jantung, serta ketenangan pernapasan. Langkah relaksasi dengan menggunakan *basix six* dan fokus pada pernapasan dilakukan selama ± 10 menit. Kemudian setelah latihan napas dilanjutkan dengan pengalihan kepada kalimat “mantra” saya merasa tenang dan nyaman berada disini. Responden atau klien disugestikan untuk memasukkan kalimat tersebut ke dalam pikirannya dan diintruksikan supaya tenggelam dalam ketenangan ketika mendengar kalimat tersebut. Akhir dari relaksasi autogenik responden atau klien merasakan hangat, berat, dingin, dan tenang. Tahap akhir dari relaksasi autogenik ini responden atau klien diharapkan mempertahankan posisi dan mencoba menempatkan perasaan rileks ini ke dalam memori sehingga relaksasi autogenik dapat diingat.