

## **BAB II**

### **KONSEP TEORI**

#### **1. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan**

##### **1. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan**

###### **a. Definisi**

Resiko perilaku kekerasan yaitu kondisi dimana individu pernah atau mengalami riwayat mencederai dirinya sendiri, orang lain ataupun lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual maupun lisan karena individu tidak mampu mengendalikan atau mengontrol marah secara konstruktif (Kartika et al., 2018).

Perilaku kekerasan merupakan situasi dimana tindakan seseorang dapat menyebabkan cedera tubuh bagi dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungan. Ini juga sering disebut sebagai mudah tersinggung atau marah dibawah tekanan seseorang, marah merupakan respon atas gerak yang tidak terkendali (Arisandy & Juniarti, 2020). Perilaku kekerasan dapat berupa umpatan, ancaman atau serangan verbal, perilaku yang bisa mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. (Muliani et al., 2019).

###### **b. Klasifikasi**

Menurut Sutejo (2019) resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri

(*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*).

#### 1) Resiko Perilaku

Kekerasan terhadap diri sendiri Merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual.

#### 2) Resiko Perilaku Kekerasan terhadap orang lain

Merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan orang lain, baik secara fisik, emosional, maupun seksual.

### c. Etiologi

Menurut (Kandar & Iswanti, 2019) etiologi Resiko Perilaku Kekerasan ada 2 faktor :

#### 1) Faktor Predisposisi

##### a) Teori Biologik

Bersumber pada faktor biologik, terdapat beberapa hal yang bisa mendorong individu berbuat kekerasan, antara lain yaitu :

(1) Faktor biologis (*neurologi factor*), berbagai bagian dari sistem neurologi memiliki keterkaitan dalam menyediakan dan membatasi implus agresif, sistem

limbik sangat berpengaruh untuk merangsang munculnya sikap bertentangan dan menanggapi secara berlebihan.

- (2) Faktor biokimia, berbagai neurotransmitter (efinefrin, dopamine, asetikolin, dan serotonin) mempunyai peran yang besar dalam menyediakan atau menyekat impuls agresif. Meningkatnya hormon androgen dan neropinefrin juga penurun serotin serta GBA (6 dan 7) pada cairan serobrospinal adalah faktor predisposisi yang juga bisa menyebabkan munculnya respon agresif pada individu tersebut.
- (3) Faktor genetik berdasarkan penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan *genetic* atau keturunan, tergolong *genetic* tipe kasiotipe XXY.
- (4) Gangguan otak sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan selebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit *enesfalitis*, *epilepsy (epilepsy lobus temporal)* terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif da tindakan kekerasan.

b) Teori psikologik

(1) Teori psikoanalitik

Teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresif dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindakan kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri pelaku tindakan kekerasan.

(2) Teori pembelajaran

Perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik.

(3) Teori sosiokultural

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

## 2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal.

- c. Internal adalah semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilangnya kontrol dan lain-lain.
- d. Eksternal adalah penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicinta, krisis, dan lain-lain. Hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan antara lain adalah sebagai berikut:
  - (1) Kesulitan kondisi ekonomi.
  - (2) Kesulitan dalam mengomunikasikan sesuatu.
  - (3) Ketidaksiapan ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai orang dewasa.
  - (4) Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisocial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi.
  - (5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan tahap keluarga.

d. Manifestasi Klinik

Menurut Muhith 2015 dalam (Malfasari et al., 2020) tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi tidak mampu mengontrol emosi, berteriak, menatap dengan tatapan yang tajam, tampak tegang dan muka merah, mengepalkan tangan, rahang mengatup dengan kuat, mencederai orang lain/lingkungan, merusak benda-benda sekitar, mengancam seseorang baik secara verbal atau fisik.

Dalam buku SDKI (PPNI, 2017) menyebutkan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut ;

1) Subjektif

- a) Mengancam baik secara lisan maupun fisik
- b) Memaki/mengumpat dengan kata yang tidak pantas
- c) Berbicara dengan suara yang keras
- d) Ketus saat diajak bicara

2) Objektif

- A. Mencederai dirinya sendiri maupun orang lain
- B. Menyerang
- C. Membanting barang-barang maupun lingkungan
- D. Berperilaku agresif karena tidak bisa mengontrol emosi
- E. Menatap dengan tatapan yang tajam
- F. Mengepalkan tangan
- G. Mengatupkan rahang dengan kuat
- H. Postur tubuh tegang

## I. Wajah memerah

### e. Psikopatologi

Stres, cemas, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat di ekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain akan memberikan rasa lega, ketegangan pun akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif, menantang, biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang ditunjukkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Stres dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan dan terancam. Kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui 3 cara yaitu, mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang. Dengan melarikan diri atau menantang akan menimbulkan rasa bermusuhan, dan bila cara ini dipakai terus-menerus, maka kemarahan dapat diekspresikan pada diri sendiri atau orang lain (Fitri & Ningrum, 2019).

Perilaku yang submisif 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. Pada suatu saat dapat menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Dermawan & Rusdi, 2013).

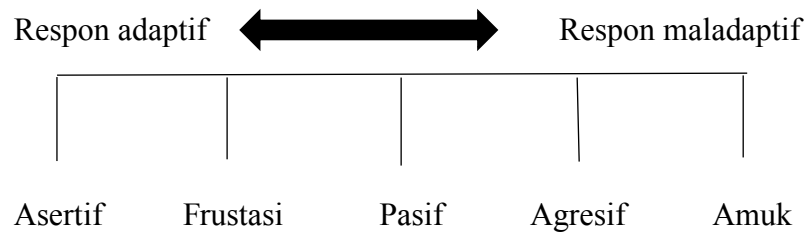
Afnuhazi (2015), resiko perilaku kekerasan dapat terjadi apabila seseorang mempunyai harapan tinggi yang tidak terpenuhi, sehingga mengakibatkan harga diri rendah, merasa marah dan jengkel terhadap dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar yang menimbulkan klien berperilaku secara tidak konstruktif, semacam ingin memukul dirinya sendiri, membanting-banting benda ataupun keinginan mencederai orang lain.

f. Rentang Respon

Perilaku atau respon kemarahan dapat berubah-ubah (fluktuatif) dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah menurut Fitria (2010) dalam (Widi, 2013) dimana amuk dan agresif dalam rentang maladaptif, seperti gambar berikut :



Rentang respon perilaku marah (Fitria,2011):



**Gambar 2.1 Rentang Respon Marah**  
Sumber (Stuart 2016)

Keterangan:

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan karena realistis/terhambat.

Pasif : Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol.

Perbandingan perilaku Pasif, Asertif, dan Agresif

Karakteristik	Pasif	Asertif	Agresif
<b>Isi bicara</b>	1. Negatif 2. Menghina 3. Dapatkah saya lakukan 4. Dapatkah ia lakukan	1. Positif 2. Menghargai diri sendiri 3. Saya dapat / akan lakukan	1. Berlebihan 2. Menghina orang lain 3. Anda selalu / tidak pernah
<b>Nada suara</b>	1. Diam 2. Lemah 3. Merengek	1. Diatur	1. Tinggi 2. Menuntut
<b>Postur / sikap tubuh</b>	1. Melotot 2. Menundukkan kepala	1. Tegak 2. Rileks	1. Tinggi 2. Bersandar ke depan

<b>Personal space</b>	1. Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya	1. Menjaga jarak yang menyenangkan 2. Mempertahankan hak tempat / teritorial	1. Memasuki teritorial orang lain
<b>Gerakan</b>	1. Minimal 2. Lemah 3. Resah	1. Memperlihatkan gerakan yang sesuai	1. Mengancam ekspansi gerak
<b>Kontak mata</b>	1. Sedikit atau tidak	1. Seseekali (intermiten) 2. Sesuai dengan kebutuhan interaksi	1. Melotot

Tabel 2.1 Perbedaan Perbandingan perilaku Pasif, Asertif, dan Agresif

## g. Mekanisme Koping

Menurut Prabowo (2016) mekanisme koping yang dipakai pada pasien perilaku kekerasan untuk melindungi diri antara lain:

## 1. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal.

## 2. Proyeksi

Menyalahkan orang lain kesukaannya atau keinginannya yang tidak baik.

## 3. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kealam sadar.

#### 4. Reaksi formasi

Mencegah keinginannya yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.

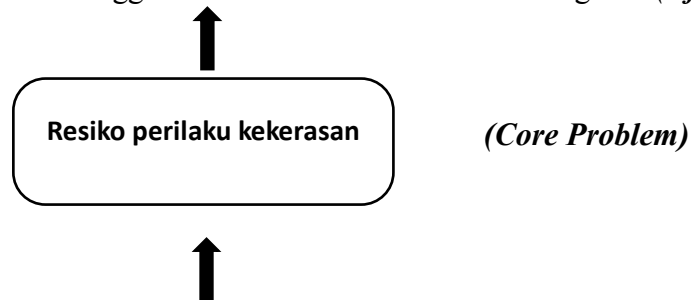
#### 5. Replacement

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada objek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya membangkitkan emosi.

#### 1. Pohon Masalah

Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan menurut (Aulia K & Imelda, 2018) adalah sebagai berikut:

Resiko tinggi mencederai diri sendiri dan orang lain (*Effect*)



Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah (*Cause*)

**Gambar 2.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan**

Sumber (Aulia K & Imelda, 2018)

## 2. Penatalaksanaan

Menurut (Prabowo, 2016) penatalaksanaan pada klien dengan Resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

### a. Terapi farmakologi

Pasien dengan perilaku kekerasan perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotoriknya. Bila tidak ada dapat digunakan dosis efektif rendah, contohnya Trifluoperazine estelazine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

### b. Terapi okupasi

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, bermain catur. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya.

c. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan system pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan pasien. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif, menanggulangi perilaku maladaptive, dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif sehingga derajat kesehatan pasien dapat ditingkatkan secara optimal.

d. Terapi somatic

Menurut Depkes RI (2017) menerangkan bahwa terapi somatic terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.

e. Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik atau electronic convulsive therapy (ECT) adalah bentuk terapi yang diberikan kepada pasien dengan menimbulkan kejang dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan di pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2-3 kali sehari dalam seminggu (seminggu 2 kali).

f. Psikoterapi dan rehabilitasi

1. Relaksasi otot progresif

Fokus : Teknik ini memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan rileks.

2. Terapi musik

Fokus : mendengarkan, memainkan alat musik, bernyanyi yaitu menikmati dengan relaksasi.

3. Terapi kelompok

(1) *Group therapy* (terapi kelompok)

(2) *Therapy group* (kelompok terapeutik)

(3) *Adjuntive group activity therapy* (terapi aktivitas kelompok)

4. Terapi lingkungan

Suasana rumah sakit dibuat seperti suasana di dalam keluarga.

## 2. Konsep Dasar Terapi Relaksasi Nafas Dalam

a. Definisi

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek

dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian. (Hartanti, dkk, 2016).

Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan daripada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis (Masnina & Setyawan, 2018).

b. Tujuan

Relaksasi nafas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, mengingkarkan pola aktivitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas (Bruner & Suddart, 2013)

c. Pengaruh

Hasil penelitian Roufuddin & Hoiriyah (2020) menerangkan bahwa terapi relaksasi nafas dalam dapat merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin, dilepaskannya hormone endorphen dapat menjaga sel otak

tetap muda, memperkuat daya tahan tubuh, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, melawan penuaan, meningkatkan semangat, meningkatkan daya tahan serta menambah kreatifitas. Terapi relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan efek yang menenangkan fisik tetapi juga dapat menenangkan pikiran. Oleh karena itu beberapa terapi relaksasi seperti relaksasi napas dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, menurunkan emosi, depresi serta kemampuan untuk mengontrol diri.

Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu teknik yang bisa digunakan untuk mengatasi perasaan yang kurang menyenangkan, teknik relaksasi nafas dalam mampu meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan kadar oksigenasi dalam darah, serta memberikan perasaan tenang dan mengurangi stres baik fisik maupun emosional (Smelzer & Bare, 2013).

d. SOP Terapi Relaksasi Nafas Dalam

<b>Tahap Pra Interaksi</b>	<b>Tahap Orientasi</b>	<b>Tahap Kerja</b>
1. Identifikasi pasien meliputi nama dan umur klien	1. Beri salam, panggil klien dengan namanya	1. Tempatkan pasien ditempat yang tenang dan nyaman
2. Indikasi kebutuhan klien	2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan	2. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman
3. Cuci tangan	3. Beri kesempatan padaklien untuk bertanya	3. Berikan posisi nyaman
4. Menggunakan handscoon, jika perlu		4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
5. Siapkan alat		5. Latih melakukan



---

teknik nafas dalam :

- a. Tarik nafas dalam, rasakan perut dan dada anda terangkat perlahan.
  - b. Rileks, keluarkan nafas dengan perlahan-lahan.
  - c. Menarik nafas selama 4 detik, ditahan selama 2 detik kemudian dihembuskan selama 8 detik.
  - d. Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik
  - e. Monitor respon pasien selama dilakukan prosedur
  - f. Intruksikan pasien bernafas secara normal beberapa saat (1-2 menit)
  - g. Intruksikan pasien untuk mengulangi teknik relaksasi nafas dalam
  - h. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
  - i. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak
-

---

3 sampai 5 kali  
selama sehari dalam  
waktu 5-10 menit

---

**(Sumber: Murni, 2014)**

## **2. Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan pasien resiko perilaku kekerasan terdiri dari:

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian yang dilakukan pada pasien resiko perilaku kekerasan untuk melakukan wawancara dan observasi langsung kepada pasien atau keluarga. Adapun beberapa isi pengkajian yaitu sebagai berikut:

#### **a. Identifikasi pasien**

Dalam identitas pasien itu meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, agama, tanggal masuk rumah sakit jiwa, informan, tanggal pengkajian, nomor telepon rumah dan alamat pasien.

#### **b. Keluhan utama**

Pasien resiko perilaku kekerasan biasanya keluhannya suka menyendiri, tatapan mata tajam dan melotot, berdiam diri, kurang berkomunikasi dan tidak melakukan aktivitas setiap hari.

c. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada pasien pengalaman yang tidak menyenangkan.

d. Aspek fisik atau biologis

Hasil pengukuran tanda-tanda vital (Tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan, tinggi badan, berat badan) dan keluhan fisik yang dirasakan pasien.

e. Aspek psikososial

Menggambarkan peta genetic dari tiga keturunan dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

f. Citra tubuh

Pasien tidak setuju dengan perubahan fisik yang dialaminya atau tidak menerima bagian tubuh yang berubah. Penolakan yang dapat menjelaskan perubahan fisik, persepsi negative tentang tubuh, kehilangan bagian tubuh membuat pasien merasa putus asa dann takut.

g. Identitas diri

Tidak yakin dengan diri sendiri, sulit menentukan kemauan dan tidak bisa memutuskan masalah.

h. Peran

Mengubah atau menghentikan kegiatan karena sakit, penuaan, putus sekolah dan PHK pekerjaan.

i. Ideal diri

Putus asa disebabkan kelainan fisik dan mengutarakan kemauan terlalu tinggi.

j. Harga diri

Merasa tidak percaya diri, merasa bersalah tentang diri sendiri, hambatan berinteraksi, meremehkan, melukai diri sendiri dan tidak percaya diri.

k. Status mental

Kurangnya kontak mata atau ketidakmampuan untuk mempertahankan kontak mata, kurang mampu memulai percakapan, pasien lebih suka menyendiri, memiliki rasa putus asa dan merasa kurang berharga dalam hidup.

l. Kebutuhan persiapan pulang

- 1) Pasien dapat menyiapkan dan membersihkan piring
- 2) Pasien mampu buang air kecil dan besar, dapat menggunakan dan membersihkan kamar mandi dan toilet, merapikan pakaian.

3) Mandi dan berpakaian pasien telah diamati tampil rapi dan bersih.

4) Pasien bisa istirahat dan tidur, bisa beraktifitas di dalam dan di luar.

m. Mekanisme koping

Pasien tidak mau menceritakan masalah pada orang lain.

n. Aspek medic

Terapi yang diterima pasien resiko perilaku kekerasan berupa terapi farmakologi, psikomotor, terapi okopasional, terapi aktivitas kelompok dan rehabilitas.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Aulia K & Imelda, (2018) diagnosa keperawatan yang dapat ditwgakkan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu:

- a. Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

## 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
Resiko Perilaku Kekerasan	Pasien dapat membina hubungan saling percaya	1. Ketika dievaluasi pasien mampumembal as salam, tersenyum, ada kontak mata	1. Membina hubungan saling percaya dengan cara menjelaskan maksud dan tujuan

	serta menyediakan waktu untuk kunjungan berikutnya.	interaksi, jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat, beri rasa aman dan sikap empati.
	2. Bersedia menceritakan perasaannya	2. Diskusi bersama pasien tentang resiko perilaku kekerasan, penyebab, tanda dan gejala perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut.
Pasien dapat mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal/kasur.	Pasien mampu menyebutkan dan merekomendasikan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal.	Sp 1 : Latihan melakukan cara mengontrol marah : a. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam. b. Pukul bantal
Pasien dapat mengendalikan resiko	Pasien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan	Sp 2 : 1. Bantu pasien mengontrol resiko

perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur	minum obat <i>Risperidon</i> (RSP) dengan teratur	perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur 2x1mg/hari.
Pasien paham dan mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara berbicara dengan baik.	Pasien paham dan mampu menyampaikan amarah dengan cara berbicara dengan baik.	Sp 3 : Bantu pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menganjurkan pasien berbicara yang baik bila sedang marah, dengan tiga cara : 1. Meminta sesuatu dengan baik tanpa marah. 2. Menolak sesuatu dengan baik. 3. Mengungkapkan perasaan kesal.
Pasien paham dan mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikkan cara spiritual	Pasien paham dan mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah sesuai agama yang di anut pasien	Sp 4 : Pasien Resiko perilaku kekerasan : Diskusikan bersama pasien cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah dan libatkan keluarga dalam proses

			pengendalian resiko perilaku kekerasan.
Harga Diri Rendah	Pasien memiliki konsep diri yang positif	Ketika dievaluasi diharapkan pasien mampu menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, pasien mau bercerita dengan perawat.	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan
	Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki	Setelah dilakukan pertemuan pasien diharapkan mampu menyebutkan aspek positif pasien, aspek positif lingkungan pasien.	SP 1: 1. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. 2. Bantu pasien menilai kemampuan pasien yang



			masih dapat digunakan.
			3. Bantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien.
			4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih.
			5. Berikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien.
			6. Anjurkan pasien memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian.
	Pasien dapat melaksanakan kegiatan sesuai yang telah direncanakan	Pasien mampu melaksanakan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat	SP 2 : 1. Evaluasi jadwal sesuai kemampuan yang dipilih. 2. Melatih kemampuan pasien. 3. Anjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal harian.

Pasien dapat melaksanakan kegiatan sesuai yang telah direncanakan	Pasien mampu melaksanakan kegiatan sesuai jadwal yang telah dibuat.	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2) memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan. 2. Memasukkan dalam jadwal latihan.
---	---	---

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan atau perwujudan dari intervensi yang sudah disusun pada tahap perencanaan. Penatalaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan yang direncanakan. Sebelum melakukan tindakan keperawatan perawat melihat rekam medis pasien untuk memastikan tindakan yang akan dilakukan (Aji, 2019).

#### 5. Evaluasi

Menurut Stuart (2017), evaluasi adalah penilaian dari hasil implementasi pasien dan keluarga tentang kepuasan hasil asuhan dan tujuan yang dicapai.

Metode SOAP dapat digunakan sebagai cara berpikir untuk mengevaluasi.

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

### **C. Metodologi Penelitian**

#### **a. Jenis, rencana penelitian dan pendekatan**

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Menurut Satori (2018) penelitian kualitatif adalah penelitian yang menghasilkan dan mengelola data yang sifatnya deskriptif, data dikumpulkan dengan melakukan observasi partisipasi, studi dokumen, wawancara mendalam dan melakukan triangulasi. Metode berinteraksi dengan orang sekitar yang berujung mengarahkan pada pembentukan konsep, spekulasi, saling berbagi pemahaman budaya, perilaku atau kebiasaan dan budaya dalam kegiatan sehari-hari. Suatu fenomena yang bisa diteliti dengan menggunakan metode kualitatif (Kamariyah & Yuliana, 2021).

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus, studi kasus adalah desain penelitian yang mencakup studi mendalam tentang suatu unit studi (seperti pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi) yang dirancang untuk memperoleh gambaran yang jelas. Pengumpulan datanya diperoleh dari wawancara, observasi, dan dokumentasi (Nursalam, 2017). Menurut, Afyanti (2016) studi kasus merupakan salah satu pendekatan kuantitatif yang mempelajari fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam suatu system yang terbatas oleh waktu dan tempat, meski batas-batas antara fenomena dan system tersebut tidak sepenuhnya jelas. Kekhususan pada studi kasus, penelitian

mempelajari kasus yang terkini, kasus-kasus kehidupan nyata yang sedang berlangsung. Jika pendekatan studi kasus tunggal, kasus tersebut merupakan kasus khusus yang memiliki keunikan, sementara jika berupa kasus multiple (banyak), kasus-kasus tersebut akan dibandingkan satu sama lain.

b. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan dan dilakukan pada satu pasien resiko perilaku kekerasan

c. Waktu dan Tempat

Waktu dan tempat dilaksanakan pada bulan juli 2023 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta dengan berfokus pada satu pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan.

d. Fokus Studi

Penelitian ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan, dengan melakukan tindakan keperawatan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien agar dapat mengurangi rasa marah dan mengontrol marah pada pasien.

e. Instrumen pengumpulan data

Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, dan alat tulis. Teknik analisa menggunakan transkrip wawancara. Peneliti meminta pasien untuk melakukan

terapi relaksasi nafas dalam ketika pasien sendirian atau ketika waktu luang.

f. Metode pengambilan data

a. Data primer

Data primer pada penelitian ini akan di dapatkan dengan cara wawancara pada pasien dan keluarga secara langsung dengan cara tanya jawab secara tatap muka antara peneliti dengan pasien melalui wawancara, mengobservasi dengan melakukan pengamatan menyeluruh pada sebuah kondisi tertentu dan dengan studi dokumen tertulis berupa asuhan keperawatan. Menurut (Sujarweni, 2018) data primer adalah data yang diperoleh dari pasien melalui wawancara, observasi dan studi dokumen. Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari pasien dan keluarga.

b. Data sekunder

Data sekunder pada penelitian ini akan di dapatkan dari data rumah sakit, keluarga dan bagian Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Arif Zainudin Surakarta. Menurut (Sujarweni, 2018) data sekunder adalah data yang di dapatkan dari catatan, buku, majalah berupa laporan keuangan publikasi perusahaan, laporan pemerintah, artikel, buku-buku sebagai teori, majalah dan lain sebagainya. Sumber data pengumpulan data tidak diberikan secara langsung.

g. Etika Penelitian data penelitian menurut (Sujarweni, 2018) yang biasa digunakan sebagai berikut :

a. Wawancara

Penelitian ini merupakan proses untuk memperoleh informasi dengan menggunakan cara tanya jawab secara tatap muka antara, dengan atau tidak menggunakan pedoman wawancara. Dengan kegiatan wawancara peneliti dapat memperoleh informasi secara mendalam tentang isu atau tema dalam penelitian.

b. Observasi

Observasi adalah studi tentang suatu kondisi tertentu dengan melakukan pengamatan secara menyeluruh. Hasil dari sebuah observasi bisa berupa aktivitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu.

c. Studi Dokumen

Studi dokumen merupakan kajian dari bahan dokumenter yang tertulis bisa berupa buku teks, surat kabar, majalah, surat-surat, catatan harian, naskah artikel dan sejenisnya. Bahkan juga dapat berasal dari pikiran seseorang termasuk dalam buku atau manuskrip yang diterbitkan. Untuk dianalisis, diinterpretasikan, digali untuk menentukan tingkat pencapaian pemahaman terhadap topik tertentu dari sebuah bahan atau teks tersebut.

d. Diskusi kelompok terarah

Metode pengumpulan data ini dengan diskusi terpusat, yaitu mengungkapkan makna sebuah masalah dari diskusi kelompok yang terpusat untuk menghindari pemaknaan yang salah oleh seorang peneliti.

h. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan hal yang wajib dilakukan oleh peneliti untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian dari penelitian.

Menurut (Hidayat, 2017) ada 3 jenis etika penelitian antara lain:

a. *Informed consent*

Merupakan sebuah lembar persetujuan sebagai responden, lembar persetujuan ini bertujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan dari penelitian, maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati hak-haknya sebagai responden.

b. *Anonymity*

Merupakan kerahasiaan responden dengan cara tidak menyantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama responden hanya menulis nomor CM.



*c. Confidentiality*

Merupakan sebuah usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi responden yang telah diberikan. Cara ini dilakukan dengan cara menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password.(Ariana, 2016)