

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka resiko perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Resiko perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung resiko perilaku kekerasan atau riwayat resiko perilaku kekerasan. Dampak yang sering ditimbulkan oleh penderita dengan resiko perilaku kekerasan adalah dapat membahayakan atau melukai diri sendiri, orang lain, maupun merusak lingkungan. Dampak yang muncul didasari dengan keadaan emosi yang secara mendalam atau yang sudah lama terpendam dari diri setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional yang dapat diproyeksikan ke lingkungan, ke dalam diri atau secara destruktif. Upaya penanganan untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan terapi yang efektif serta mudah ditemukan dan dilakukan salah satunya adalah latihan asertif meditasi sipiritual dengan meditasi *mindfulness* (Untari & Irna, 2020) .

Departemen Kesehatan, 2007 menyatakan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diungkapkan oleh individu sampai tidak dapat dikendalikan oleh kata-kata atau tindakan dan dapat menyebabkan luka/cedera tubuh yang serius pada diri sendiri, menyakiti orang lain dan merugikan lingkungan (Suerni & PH, 2019). Menurut Afnuhazi (2015) dalam Untari & Irna,

(2020), faktor risiko yang menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan antara lain; psikologis, perilaku, sosiokultural dan neurobiologis. Adapun unsur rush dapat berasal dari pelanggan itu sendiri, dari lingkungan pelanggan, maupun dari interaksi pelanggan dengan orang lain. Faktor risiko untuk perilaku kekerasan termasuk melemahkan (sakit fisik) dan perasaan klien putus asa, tidak berdaya, dan kurang percaya diri. Faktor risiko lain yang mengarah pada perilaku kekerasan termasuk kebisingan, lingkungan yang ramai, interaksi sosial yang proaktif, kritik yang mengarah pada penghinaan dan kehilangan orang yang dicintai dan pekerjaan. Berdasarkan data tahun 2017 yang dilakukan oleh Hulu, (2021), risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau per 10.000 orang, hal ini menunjukkan risiko perilaku kekerasan yang sangat tinggi dan dalam penelitian yang dilakukan oleh Pujiasih Wiwik melakukan; Purnomo, Roni, (2016) klien gangguan jiwa pada bulan Januari 2016 ditemukan 62 kasus (68%). perilaku terjadi pada tingkat sekitar 0,8% atau 10.000 orang. Dari data tersebut diketahui bahwa tingkat risiko perilaku kekerasan sangat tinggi. Berdasarkan data yang diperoleh dari RSJ Prof. Bpk Ildrem Provsu Medan pada tahun 2018, jumlah pasien sebanyak 4.341 orang dan yang berisiko melakukan perilaku kekerasan sebesar 3,6% (155 orang) dari total tahun 2018.

Gangguan jiwa berat paling banyak ditemukan di provinsi Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali dan Jawa Tengah, sedangkan rumah tangga yang mengurung anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat sebesar 14,3% dan persentase tertinggi adalah penduduk yang tinggal di pedesaan. Sedangkan gangguan psiko-emosional tertinggi ditemukan di provinsi Sulawesi Tengah,

Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur. Data penelitian Dinas Kesehatan Jawa Tengah tahun 2013 dengan jumlah pemeriksaan gangguan jiwa tahun 2013 di Provinsi Jawa Tengah sebanyak 121. Kunjungan gangguan jiwa terbanyak dilakukan di rumah sakit hingga 67,29%, sedangkan kunjungan ke puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya sebesar 32,71% (Kandar & Iswanti, 2019). Skizofrenia mempengaruhi lebih dari 21 juta orang di seluruh dunia, menghasilkan hingga 12 juta lebih banyak pria daripada wanita (WHO, 2018). Dari data diatas dapat diketahui bahwa gangguan jiwa yang paling banyak terjadi adalah skizofrenia yang tentunya berdampak besar pada berbagai aspek kehidupan.

Pasien yang berisiko mengalami perilaku kekerasan cenderung mendapatkan lebih banyak bantuan untuk mendengarkan keluhannya dan mengelola amarahnya agar tidak menyakiti diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (menarik napas dalam-dalam dan bantal atau kasur), secara verbal (ucapan yang baik), mental, dan patuh minum obat. Ada beberapa cara untuk menghadapi resiko perilaku kekerasan diantaranya pengendalian resiko perilaku kekerasan melalui tindakan fisik yaitu nafas dalam dan memukul bantal atau bantal, tindakan verbal dengan berbicara yang baik, tindakan spiritual yaitu meditasi dan patuh minum obat. Kegiatan harian terjadwal adalah alat pelatihan untuk membantu mengelola risiko perilaku kekerasan. Solusi yang dapat penulis sarankan adalah agar pasien menerima pengobatan tanpa obat sebelum atau sesudah perilaku kekerasan klien,

karena kesehatan mental yang diinginkan pasien harus didengarkan tanpa menghakimi, meninjau dan memberikan dukungan maksimal kepada pasien.

Peran perawat dalam menentukan intervensi harus tepat dalam membantu mengontrol resiko perilaku kekerasan, seperti resiko perilaku kekerasan tidak hanya mengajarkan minum obat tetapi juga memberikan terapi nonfarmakologi. Beberapa ketrampilan non farmakologi dapat diberikan antara lain: latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, latihan lima benar minum obat, latihan berbicara dengan baik, dan latihan meditasi spiritual. Fokus penulisan karya ilmiah akhir Ners ini adalah pada latihan meditasi spiritual dengan cara meditasi *mindfulness*.

1.2 Tinjauan Pustaka

1.2.1 Konsep Dasar Resiko perilaku kekerasan

1.2.1.1 Pengertian Resiko perilaku kekerasan

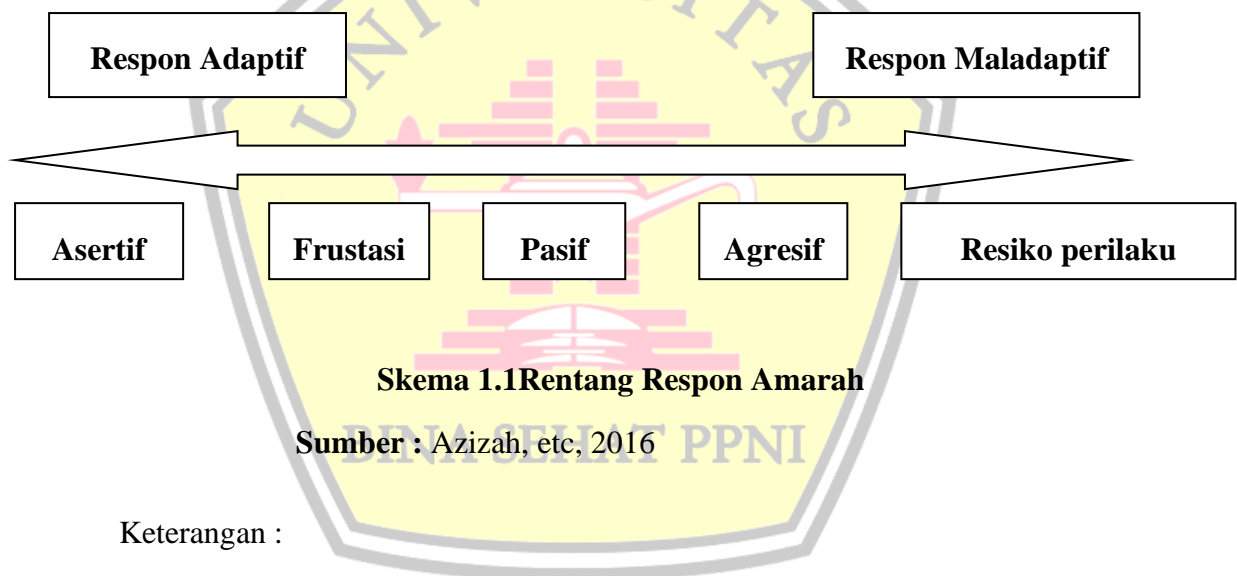
Risiko kekerasan terhadap orang lain dan terhadap diri sendiri adalah kemungkinan rentan terhadap perilaku di mana individu tersebut menunjukkan bahwa ia dapat menyebabkan kerugian bagi orang lain dan dirinya sendiri, emosional dan/atau seksual (Azizah., etc, 2016). Risiko perilaku kekerasan adalah segala bentuk perilaku yang dimaksudkan untuk menyakiti seseorang secara fisik atau psikologis. Risiko perilaku kekerasan dapat bersifat verbal, ditujukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Risiko perilaku kekerasan dapat berupa dua bentuk, yaitu risiko perilaku kekerasan berkelanjutan atau riwayat risiko perilaku kekerasan (Untari & Irna, 2020). Risiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang dimaksudkan untuk menyakiti

seseorang secara fisik atau psikologis.

Berdasarkan definisi tersebut, risiko kekerasan verbal dan nonverbal dapat dirasakan dalam hubungannya dengan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Risiko bahwa perilaku kekerasan terhadap orang lain merupakan tindakan agresif yang dimaksudkan untuk melukai atau membunuh orang lain.

1.2.1.2 Rentang Respon Resiko perilaku kekerasan

Menurut Azizah, etc, (2016) rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (adaptif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif)



Keterangan :

- a. Asertif: Individu dapat mengungkapkan kemarahannya tanpa menyalahkan orang lain dan membawa kedamaian bagi orang lain
- b. Frustrasi: Individu gagal mencapai tujuan kepuasan ketika marah dan tidak dapat menemukan alternative
- c. Pasif: Perilaku di mana seseorang tidak dapat mengekspresikan perasaannya untuk melindungi hak-hak mereka

d. Agresif: menunjukkan permusuhan, permintaan, atau ancaman tetapi tetap mengontrol perilakunya agar tidak menyakiti orang lain.

e. Risiko perilaku kekerasan: umumnya dikenal sebagai kegelisahan atau amuk. Menyentuh orang lain dengan cara yang menakutkan, mengancam menyebabkan cedera ringan atau serius, adalah di luar kendali.

No	Hirearki Resiko perilaku kekerasan
1.	Memperlihatkan permusuhan rendah
2.	Keras menuntut
3.	Mendekati orang lain dengan ancaman
4.	Memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai
5.	Menyentuh orang dengan menakutkan
6.	Memberi kata-kata ancaman dengan melukai
7.	Melukai dalam tingkat ringan tanpa membutuhkan perawatan medis
8.	Melukai dalam tingkat serius dan memerlukan perawatan medis

Table 1.1 Hirearki Resiko perilaku kekerasan

Sumber : Hulu,(2021)

1.2.1.3 Etiologi Resiko perilaku kekerasan

Menurut Afnuhazi (2015) dalam Pujiasih Wiwik; Purnomo, Roni, (2016), faktor yang menyebabkan terjadinya resiko perilaku kekerasan ialah :

- a. Faktor Psikologis ialah kegagalan seseorang yang bisa menyebabkan frustrasi, selanjutnyamenimbulkan kemarahan ataupun agresif.
- b. Faktor Perilaku ialah tindakan seseorang apabila melakukan tindakan kekerasan.

c. Faktor Sosial budaya ialah kontrol sosial yang tidak pasti terhadap budaya tertutup yang membalas secara diam sehingga menciptakan seakan-akan menerima kekerasan.

d. Faktor Bioneurologis ialah Resiko perilaku kekerasan yang terjadi karena rusaknya sistem limbik, tidak seimbang neurotransmitter, lobus frontan dan lobus temporal.

1.2.1.4 Manifestasi klinis

Menurut Kandar & Iswanti, (2019) penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan yaitu:

a. Faktor predisposisi

Beberapa faktor predisposisi yaitu :

1. Faktor biologis

Terdapat riwayat penyakit maupun trauma pada kepala atau riwayat mengkonsumsi NAPZA, keluarga ada yang sering melakukan tindakan kekerasan maupun sering memperlihatkan, Adanya faktor herediter yang dikaji pada faktor biologis ialah adanya keluarga yang mengidap gangguan jiwa.

2. Faktor psikologi

Penyebab pasien yang tidak diterima dilingkungannya.

3. Faktor sosial budaya

Pekerjaan dan pernikahan menjadi salah satu pengaruh seseorang melakukan tindakan kekerasan.

b. Faktor presipitasi

Beberapa faktor presipitasi yaitu :

1. Faktor psikologi

a. Teori agresi frustasi

Yaitu hambatan jika seseorang membangun suatu usaha yang tidak mencapai tujuan menimbulkan kemarahan seseorang untuk melakukan tindakan kekerasan seperti melukai seseorang ataupun membanting barang- barang yang ada disekitarnya.

b. Teori Perilaku

Proses belajar yang menjadi bagian dari kemarahan seseorang bisa mencapai tujuan apabila ada situasi dan fasilitas yang memadai dan tersedia.

c. Teori Eksistensi

Bertindak dengan perilaku ialah kebutuhan dasar manusia. Jika keinginan manusia tidak bisa memenuhi sesuai tingkah laku diri sendiri maka seseorang akan memenuhi keinginannya dengan cara melukai diri sendiri.

2. Faktor sosial budaya

Salah satu yang bisa mempengaruhi seseorang melakukan kemarahan ialah lingkungan sekitar. Sikap agresif atau asertif bisa mendukung seseorang dalam lingkungan sekitar, sikap sosialisasi bisa dipelajari langsung oleh seseorang resiko perilaku kekerasan.

1.2.1.5 Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan menurut Direja, (2011) dalam Hasannah & Solikhah, (2019) antara lain:

- a. Fisik: Mata menonjol atau tatapan tajam, kepalan tangan terkepal, rahang terkatup, wajah memerah dan tegang, serta postur kaku.
- b. Verbal: mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan keras, kasar, kasar.
- c. Perilaku: Menyerang orang lain, menyakiti diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, marah atau agresif.
- d. Emosi: tidak memadai, merasa tidak aman dan nyaman, dendam, dendam, kebencian, ketidakberdayaan, permusuhan, kemarahan, ingin melawan, menyalahkan dan menuntut
- e. Intelektual: Mendominasi, cerewet, kasar, argumentatif, meremehkan dan sering melontarkan sarkasme.
- f. Spiritual: pemberdayaan diri, membenaran diri, keragu-raguan, amoralitas dan kreativitas yang terhambat.
- g. Sosial: menarik diri, pengasingan, penyangkalan, kekerasan, ejekan dan sindiran.
- h. Perhatian : ketidakhadiran, melarikan diri, dan penyimpangan seksual.

1.2.1.6 Sumber Koping

Sumber koping dapat berupa asset ekonomi, kemampuan, dan keterampilan, teknik defentif, dukungan sosial, dan motivasi. Hubungan antara

individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber koping lainnya termasuk kesehatan dan energy, dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik (Azizah, etc, 2016).

1.2.1.7 Mekanisme Koping

Menurut Azizah, etc (2016) ada 5 mekanisme untuk merespon risiko tindakan kekerasan, yaitu:

- a. Sublimasi : Menerima sesuatu seperti alternatif yang mulia berarti bahwa di mata masyarakat suatu insentif menemui hambatan dalam distribusi normalnya.
- b. Proyeksi : Menyalahkan orang lain karena selera atau keinginan yang buruk
- c. Represi : Mencegah pikiran menyakitkan atau berbahaya memasuki kesadaran
- d. Reaksi Formasi : Cegah manifestasi keinginan berbahaya dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku bermusuhan
- e. Displacement : Pelepasan perasaan tertekan seringkali berupa permusuhan terhadap suatu objek yang tidak berbahaya seperti objek yang awalnya membangkitkan emosi tersebut.

1.2.1.8 Penatalaksanaan resiko perilaku kekerasan

Manipulasi yang dapat dilakukan untuk mengendalikan risiko perilaku kekerasan adalah melalui cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat digunakan seperti antipsikotik adalah chlorpoazine (CPZ), risperido (RSP), haloperidol (HLP), clozapine, dan trifluorazine (TFP). Untuk terapi non-medis

seperti terapi umum, untuk mengidentifikasi masalah risiko yang mengarah pada perilaku kekerasan dan untuk mengajarkan kontrol fisik terhadap kemarahan yang intens: tarik napas dalam-dalam dan tekan bantal, minum obat secara teratur, komunikasikan secara verbal, spiritual: ibadah sesuai keyakinan pasien dan terapi kelompok.

1. Perawatan secara medis

Pharmacotherapy adalah terapi obat dengan tujuan mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Kepatuhan pengobatan merupakan penerapan prinsip 6B (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute dan benar dokumen) karena pengobatan akan efektif jika pasien mematuhi prinsip 6B (Ginting et al., 2022)

2. Perawatan secara keperawatan

Tindakan yang dilakukan perawat untuk mengoreksi risiko perilaku kekerasan yaitu penerapan strategi implementasi (SP) yang dilakukan oleh klien berisiko perilaku kekerasan adalah diskusi tentang bagaimana mengendalikan risiko kekerasan fisik, medis, verbal dan emosional. Mengontrol risiko kekerasan fisik dapat dilakukan dengan melatih pernapasan dalam dan memukul-mukul bantal atau bantal. Kontrol verbal, termasuk penolakan yang tepat, permintaan yang baik, dan ekspresi yang baik. Kontrol secara spiritual risiko perilaku kekerasan dengan berdoa dan berdoa. Selain mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan rutin minum obat sesuai 5 prinsip (benar klien, benar nama obat, benar obat, tepat waktu minum obat dan tepat dosis) (Aristha, 2020).

1.2.2 Konsep Teoritis Meditasi Mindfulness

1.2.2.1 Pengertian Meditasi *Mindfulness*

Meditasi merupakan suatu teknik atau metode latihan yang digunakan dalam melatih perhatian dalam meningkatkan kesadaran, yang nantinya dapat meningkatkan kontrol terhadap proses-proses mental yang terjadi. Menurut Humphrey (dalam Suryani, 2023) menyatakan bahwa meditasi adalah suatu proses perjalanan meniti ke dalam diri, dan kesadaran diri ditingkatkan untuk pengembangan diri secara positif. Sedangkan *mindfulness* adalah bagian dari kesehatan mental yang memberikan seseorang kemampuan untuk menghadapi masalah yang dialami dalam hidup. Intervensi *mindfulness* telah menunjukkan kemanjuran di berbagai populasi dalam pengobatan gangguan psikologis. Menurut Ratcliff dalam Sari et al.,(2020) intervensi meditasi *mindfulness* adalah terapi non-farmakologi untuk manajemen *distress* yang sudah mendapatkan perhatian beberapa tahun terakhir. Meskipun program berbasis *mindfulness* tradisional memerlukan pelatihan yang *relatif intensif* selama beberapa bulan, salah satu studi baru-baru ini menemukan bahwa pasien yang mendengarkan audio meditasi melaporkan penurunan kecemasan dan rasa sakit setelah dilakukan *Stereotactic Breast Biopsy*.

1.2.2.2 Manfaat dari Meditasi *Mindfulness*

Manfaat dari meditasi *mindfulness* menurut Sari et al.,(2020) untuk peningkatan fungsi kekebalan tubuh, penurunan tekanan psikologis, peningkatan kesejahteraan, mengurangi kecemasan dan meningkatkan empati dan kasih

sayang. Sedangkan menurut Weare dalam Waskito, (2019) untuk mengembangkan kognitif dan keterampilan performa untuk lebih fokus, siap sedia di segala situasi dengan perspektif jernih, menggunakan pengetahuan yang dimilikinya dengan efektif, Mengurangi Emosi Marah dan memberikan perhatian.

1.2.2.3 Aspek dan kategori praktik *Mindfulness*

1.2.2.3.1 Aspek-aspek *mindfulness*

Menurut Langer dalam Waney et al., (2020), terdapat empat aspek *mindfulness*, yaitu:

1. Agar klien dapat melihat situasi dari berbagai sudut,
2. Agar klien dapat melihat bahwa informasi yang disajikan dalam situasi tersebut adalah baru,
3. Agar klien dapat memperhatikan konteks dimana individu dapat menerima informasi dan
4. Agar klien dapat membuat kategori baru yang dapat memuat informasi tersebut.

Selain itu, dalam keadaan sadar, individu dapat mengarahkan hidupnya dengan lebih baik, sehingga individu dapat fokus pada orang yang sebenarnya dan kehidupannya, sehingga klien tidak tersesat dalam hal-hal yang tidak penting.

1.2.2.3.2 Kategori Praktik *Mindfulness*

Menurut Stahl dan Goldstein dalam Waney et al.,(2020) praktik *mindfulness* dibagi menjadi dua kategori, yaitu praktik formal dan informal. Praktik formal

seperti melakukan meditasi dengan posisi duduk. Meditasi *mindfulness* formal ini dapat dipraktikkan dengan cara:

a. *Mindfulness Of Breathing* (Kesadaran Nafas).

Kesadaran ini dapat memberi klien pemahaman tentang bagaimana hal-hal berubah dalam hidup.

b. *Mindfulness Of Sensation* (kesadaran akan sensasi).

Setelah melakukan latihan pernapasan, individu mengembangkan kesadaran akan sensasi fisik, mempertahankan perhatian pada pengalaman indrawi, yaitu menyadari setiap sensasi saat muncul dan lenyap.

c. *Mindfulness Of Hearing* (persepsi tentang apa yang didengar).

Fokus sadar pada pendengaran dapat dicapai dengan mendengarkan berbagai suara yang muncul dan menghilang.

d. *Mindfulness Of Thoughts and Emotions* (kesadaran akan pikiran dan emosi).

Setelah berfokus pada suara, individu tersebut kemudian akan mengubah objek meditasinya menjadi peristiwa mental, yaitu pikiran dan perasaan. *Mindfulness* melibatkan kemampuan untuk mengamati dan merasakan pikiran dan emosi saat mereka muncul, berkembang, dan menghilang.

e. *Choiceless Awareness* (kesadaran tanpa pilihan).

Aspek terakhir dan terluas dari meditasi *mindfulness* adalah *Choiceless Awareness*, atau kesadaran akan situasi saat ini. Dalam praktik ini, tujuannya adalah membawa individu untuk menyadari sepenuhnya semua yang terjadi di masa kini yang tak lekang oleh waktu. Individu tertarik pada segala sesuatu yang

terjadi pada tubuh, pikiran, seperti sensasi, suara, atau fenomena sensorik lainnya, atau kejadian mental, seperti pola pikir dan emosi.

Praktik *mindfulness* informal dapat dicapai secara sadar rutinitas dan kegiatan sehari-hari. *Mindfulness* dapat dipraktikkan kapan saja sepanjang hari dengan cara-cara berikut:

1. Pilih aktivitas normal, seperti minum kopi di pagi hari, mandi, atau berpakaian. Pilih aktivitas untuk dilakukan di pagi hari sebelum perhatian beralih ke arah yang berbeda.
2. Pilih pengalaman indrawi untuk dijelajahi, seperti perasaan minum kopi atau perasaan air menyentuh tubuh Anda saat mandi.
3. Benamkan diri Anda dalam pengalaman, manfaatkan sebaik-baiknya. Kembalikan pikiran ke sensasi lagi dan lagi ketika menyadari bahwa pikiran telah menghilang.
4. Bawa kesadaran ini ke akhir kegiatan.

1.2.3 Konsep Teoritis Asuhan Keperawatan Resiko perilaku kekerasan

1.2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan, salah satu pekerjaan yang dilakukan dalam langkah pengkajian keperawatan ini adalah pengumpulan data. Pengumpulan data yang dikumpulkan meliputi data pasien secara keseluruhan, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Seseorang dikatakan memiliki kesadaran atau *self awareness*, kemampuan

mengamati secara akurat, komunikasi terapeutik, dan kemampuan merespon secara efektif. Aspek yang harus diperhatikan selama pengkajian meliputi pengaruh, motivator, penilaian stresor, sumber koping, dan kemampuan klien untuk mengatasinya (Indra Ruswadi, 2021).

Dalam istilah yang lebih terstruktur, proses pengkajian keperawatan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Identitas diri

Riwayat yang tidak jelas dan tingkat pendidikan yang rendah, atau putus sekolah menyebabkan perkembangan yang buruk. Status sosial tanpa alamat tetap, hidup terisolasi (kehilangan kontak sosial, misalnya pada lansia). Agama dan keyakinan klien tidak menjelaskan aktivitas keagamaan saat ini (Aristha, 2020).

2. Alasan masuk

Biasanya, klien datang dengan alasan terus menerus marah tanpa alasan dengan cara memukul, menampar, mengancam, menyerang orang lain, menyakiti diri sendiri, mengganggu lingkungan, melakukan kekerasan, dan memiliki riwayat gangguan jiwa, dan Kambuh karena ketidakmauan. minum obat secara teratur (Ginting et al., 2022).

3. Faktor Predisposisi

a. Klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, pernah mendapatkan pengobatan atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa

b. Klien pertama-tama akan melihat pengobatan dukun sebagai pengobatan alternatif dan memasang penimbunan dan jika itu tidak berhasil, maka dia akan dikirim ke rumah sakit jiwa.

c. Trauma

Klien pernah mengalami atau menyaksikan kekerasan fisik, seksual, penyangkalan, lingkungan atau penyalahgunaan klien.

d. Beberapa anggota keluarga mengalami gangguan jiwa yang sama atau gangguan jiwa yang berbeda, jika dikaitkan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

e. Atau klien mungkin pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan di masa lalu, seperti merasa ditolak, dihina, dilecehkan, atau ditolak oleh lingkungan.

(Kandar & Iswanti, 2019).

4. Pengkajian fisik

a. Ukur tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah, takikardia, suhu, pernapasan yang tampak cepat, dan amati perkembangannya.

b. Ukur tinggi dan berat badan klien (jika memungkinkan sebelum dan sesudah perawatan)

c. Pada pemeriksaan fisik kita akan menemukan (mata melotot, terbelalak, tangan terkepal, rahang terkatup, wajah memerah)

d. Dan pasien akan menggunakan ancaman verbal, sumpah serapah, ucapan kasar dan kasar.

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram yang dibust 3 generasi dapat menggambarkan hubungan pelanggan dengan keluarga. Genotipe biasanya dilakukan dengan rentang memori klien ke keluarga saat membuat penilaian.

b. Konsep diri

Bagian tubuh klien yang tidak disukai klien mempengaruhi status klien saat berinteraksi dengan orang lain, membuat klien merasa terhina dan diejek dengan identitas tersebut.

c. Identitas pribadi

Pada klien yang melakukan perilaku kekerasan, klien umumnya tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya baik di sekolah, di tempat kerja, dan di lingkungan tempat tinggalnya, atau bahwa klien merasa sama sekali tidak puas dengan diri sendiri.

d. Harga diri

Seringkali klien berisiko melakukan perilaku kekerasan dalam hubungan dengan orang lain yang tampak tidak baik, sumbang, dan ditolak, atau klien merasa tidak berharga, terhina, baik di lingkungan rumah maupun di luar keluarga. Pelanggan merasa lebih responsif lagi.

e. Peran sendiri

Klien merasa tidak puas dengan peran atau tugas yang dilakukannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan klien akan merasa sangat tidak berguna.

f. Ideal diri

Pada titik ini, klien akan merasa memiliki banyak harapan tentang tubuh, posisi dan perannya dalam keluarga, sekolah, pekerjaan dan masyarakat.

6. Hubungan social

a. Orang yang berarti

Orang yang sering menjadi tempat mengadu dan bicara serius

b. Aktivitas yang diikuti klien dalam komunitas dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok, untuk menentukan sejauh mana klien berkomunikasi dengan orang lain.

c. Hambatan klien akan muncul sehubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat .

7. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Biasanya dalam poin ini klien akan mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa atau denial dengan keadaannya.

b. Kegiatan ibadah

Bagaimana ibadah klien selama sakit, biasanya klien jarang melakukan ibadah.

8. Status mental

a. Penampilan : Itu tergantung pada klien tetapi biasanya klien tidak berpakaian bagus.

b. Pembicara : Seringkali klien akan berbicara dengan cepat, keras, tajam, melengking dan mudah tersinggung.

c. Aktivitas motoric : Seringkali klien akan terlihat tegang, gelisah, gerakan wajah berubah, gemetar, tangan terkepal dan rahang terkatup.

d. Alam Perasaan : Biasanya klien akan merasa sedih dan menyesali perbuatannya

- e. Afek : Biasanya, afek yang ditunjukkan klien adalah mudah tersinggung dan sering marah tanpa alasan tentang sesuatu.
- f. Interaksi selama wawancara : Seringkali klien selama wawancara akan tampak bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau melihat orang lain dan mudah tersinggung.
- g. Persepsi : klien masih dapat merespon petugas dengan sangat baik
- h. Isi pikir : Pada titik ini klien akan berpikir bahwa dia tidak sakit, akan keluar dari rumah sakit, dan akan berpikir untuk melarikan diri.
- i. Tingkat kesadaran : Seringkali klien akan tampak bingung dan tidak fokus.
- j. Memori : Seringkali, selama wawancara, klien dapat mengingat kejadian masa lalu dan menderita gangguan memori jangka panjang.
- k. Kemampuan penilaian : Pada tahap ini, klien akan mengalami keterampilan menilai ringan dan sedang dan tidak akan mampu membuat keputusan yang baik.
- l. Daya fikir diri : Seringkali klien akan menolak atau menolak menerima jika penyakit yang dideritanya.

9. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Pada poin ini setiap klien berbeda, klien menjalankan diet atau tidak

b. BAB/BAK

Pada poin ini klien tidak memiliki masalah atau gangguan

c. Mandi

Tahapan ini tergantung klien, namun biasanya klien tidak mandi, jarang menggosok gigi, jarang keramas, jarang mencukur, dan lebih sedikit merias

wajah. Tubuh klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri seperti yang diperintahkan.

d. Berpakaian

Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki

e. Istirahat dan tidur

Biasanya klien tidak akan melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu kaki, berdoa. Dan saat bangun klien tidak akan melakukan: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

f. Penggunaan obat

Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

g. Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

h. Aktifitas didalam rumah

Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

10. Mekanisme koping

Klien akan sering menggunakan respon maldaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat yg ada dirumah.

11. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

12. Pengetahuan

Biasanya klien dengan prilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya,dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi Dari obat yang diminumnya.

13. Aspek Medis

Klien dengan resiko perilaku kekerasan biasanya mendapatkan pengobatan seperti : Clozapine 2 x 25 mg, Trihexipendil 2 x 2 mg, dan Trifluoperazine 2 x 5 mg.

1.2.3.2 Analisa Data Keperawatan

Analisa data halusinasi pendengaran menurut Pangaribuan et al., (2022) meliputi sebagai berikut :

Table 1.2 Analisa Data Resiko perilaku kekerasan

Masalah Keperawatan	Data Yang Perlu Dikaji
Resiko perilaku kekerasan	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengungkapkan perasaan kesal atau marah. b. Klien mengatakan keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan c. Klien suka membentak dan menyerang orang lain <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mata melotot/pandangn tajam. b. Tangan mengepal dan Rahang mengatup. c. Wajah memerah. d. Postur tubuh kaku. e. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor f. Suara keras. g. Bicara kasar, ketus. h. Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain i. Merusak lingkungan. j. Amuk/agresif.

1.2.4 Daftar Masalah Keperawatan

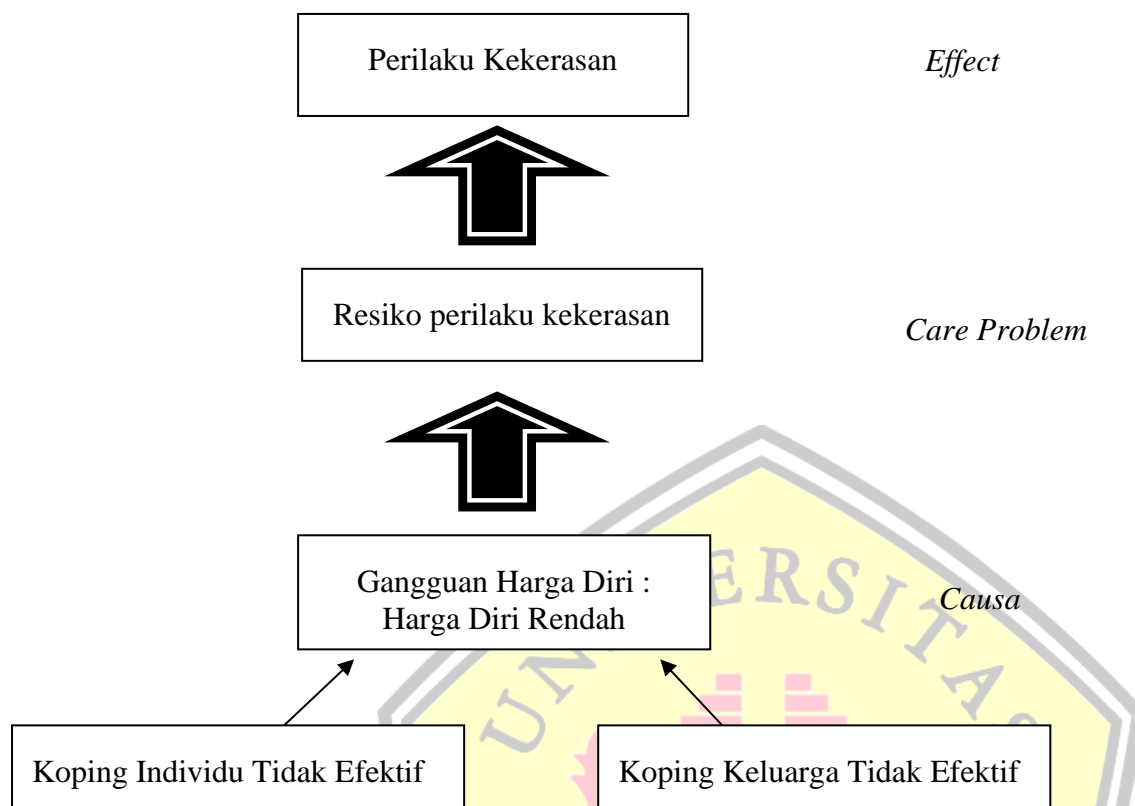
Daftar masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan menurut Azizah, etc, (2016) meliputi sebagai berikut:

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
2. Perilaku kekerasan

3. Gangguan Harga Diri : Harga Diri Rendah
4. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
5. Koping individ tidak efektif



1.2.5 Pohon Masalah Keperawatan



Skema 1.2 Pohon Masalah Resiko perilaku kekerasan

Sumber : Siregar, (2019)

1.2.6 Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut (PPNI T. P., 2017) meliputi sebagai berikut :

1. Resiko perilaku kekerasan b.d curiga dengan orang lain
2. Gangguan Harga Diri b.d Harga Diri Rendah Situasional
3. Koping Individu Tidak Efektif b.d ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah

1.2.7 Rencana Tindakan Keperawatan

Dalam keperawatan jiwa, untuk memudahkan pelaksanaan tindakan keperawatan, perawat harus menyusun strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang mengikutsertakan pasien dan keluarganya. SP yang dihasilkan menggunakan komunikasi terapeutik meliputi fase pra interaksi, orientasi, kerja, dan fase penutup (PPNI T. P., 2018).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, dengan tujuan dan kegiatan yang difokuskan pada kesembuhan pasien. Terdapat 4 tahapan dalam komunikasi terapeutik, dengan yang pertama adalah fase pra interaksi dimana perawat memahami klien dengan membaca rekam medis klien, mengeksplorasi emosi, dan mengukur kekuatan diri sendiri, dan keahlian terbatas, dengan memahami sepenuhnya rencana asuhan keperawatan. , dengan menguasai keterampilan teknis keperawatan, dan dengan memahami dasar ilmiah tindakan yang dilakukan. Fase orientasi menggambarkan status kinerja dari tindakan yang akan diambil, kontrak waktu, dan tujuan pencapaian yang diharapkan. Tahap kerja mencakup sejumlah pertanyaan yang akan diajukan untuk penilaian lebih lanjut, penilaian tambahan, menemukan masalah umum dan/atau mengambil tindakan. Fase terminasi adalah waktu untuk mengevaluasi tindakan yang diambil, mengevaluasi keberhasilan atau kegagalan, dan merencanakan waktu pertemuan kontrak berikutnya (Videbeck, 2020).

Table 1.3 Rencana Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Resiko perilaku kekerasan b.d curiga pada orang lain	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 8 jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Perilaku menyerang menurun 3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 4. Perilaku agresif/amuk menurun 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam) <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. Relaksasi, bercerita)
Gangguan Harga Diri b.d Harga Diri Rendah Situasional	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam terjadi peningkatan terhadap perasaan positif terhadap diri sendiri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 3. Perasaan malu menurun 	<p>Dukungan penampilan peran</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi peran yang ada dalam keluarga - Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran - Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran
Koping Individu	Setelah dilakukan tindakan	Dukungan pengambilan

Tidak Efektif b.d ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah	keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan koping membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat 2. Perilaku koping adaptif meningkat 3. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat 4. Perilaku asertif menurun 	keutusan Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi persepsi menengai masalah saat pembuatan keputusan kesehatan Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan - Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi - Fasilitasi melihat situasi secara realistic - Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan alternative solusi secara jelas - Berikan informasi yang diminta pasien
--	---	---

1.2.8 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaannya akan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang disusun oleh perawat, namun dalam pelaksanaannya seringkali sangat berbeda dengan rencana yang telah disusun, hal ini terjadi karena perawat kurang paham dengan penggunaan obat ini. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang direncanakan, perawat harus memastikan secara singkat apakah rencana tindakan tersebut masih sesuai dan perlu untuk klien sesuai dengan kondisinya saat ini (di sini dan sekarang). Perawat juga harus dapat menilai sendiri apakah keterampilan komunikasi, intelektual, dan teknis mereka sesuai

untuk tindakan yang akan diambil, dan kemudian menilai kembali apakah tindakan yang diambil sesuai Aman untuk pelanggan atau tidak. Implementasinya berdasarkan intervensi keperawatan pada klien kekerasan dengan menitikberatkan pada kemampuan kognitif, emosional, dan psikomotor kelompok klien. Teknik yang diperhatikan adalah strategi komunikasi yang harus dilaksanakan, yaitu: bersikap tenang, berbicara perlahan, berbicara tidak menghakimi, berbicara netral dengan cara yang faktual, menunjukkan rasa hormat kepada klien, menghindari kontak mata yang berlebihan, mendemonstrasikan bagaimana mengendalikan situasi tanpa menunjukkan Bersikap suka memerintah, memfasilitasi percakapan dengan klien, mendengarkan klien, jangan terburu-buru menjelaskan, jangan membuat janji yang tidak bisa menjadi perawat sungguhan. Pengukuran perilaku: kontrak dengan klien untuk perilaku yang dapat diterima. Intervensi utama yang akan dilaksanakan adalah meditasi spiritual dengan meditasi mindfulness dengan durasi sekitar 3 sesi. Respons yang diharapkan pasien adalah merasa lebih baik dalam mengontrol emosinya, dapat beristirahat dengan baik, dan kesehatannya membaik (Pangaribuan et al., 2022).

1.2.9 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penjumlahan atau proses yang dilakukan dengan membandingkan tanggapan pelanggan terhadap tujuan umum dan khusus yang telah ditentukan. Klien dapat menjalin hubungan kepercayaan, Klien dapat mengenali risiko perilaku kekerasan, Klien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan selama periode 3x24 jam, Data subyektif yang dihasilkan oleh keluarga Keluarga yang diperoleh menunjukkan bahwa mereka puas bahwa mereka

diajarkan teknik untuk mengendalikan resiko perilaku kekerasan, keluarga menyatakan bahwa pasien mampu menerapkan beberapa teknik untuk mengendalikan resiko perilaku kekerasan. Data objektif pasien tampaknya berbicara sendiri ketika risiko perilaku kekerasan muncul, pasien dapat berbicara dengan orang lain, pasien dapat melakukan aktivitas yang direncanakan dan minum obat secara teratur. Pengkajian keperawatan yang diharapkan: klien dapat menentukan penyebab dan frekuensi perilaku kekerasan dan mengontrol perilaku kekerasan tersebut dengan menarik napas dalam-dalam dan menggedor tempat tidur atau bantal, klien tidak melakukan perilaku kekerasan, klien minum obat yang benar secara teratur dan teratur (Pangaribuan et al., 2022).

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan analisis terkait penerapan asuhan keperawatan dengan meditasi ringan dengan meditasi *mindfulness* pada klien resiko perilaku kekerasan di Ruang Gelatik 4 RS Jiwa Menur Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari pembuatan karya ilmiah ini adalah:

- a) Menganalisis masalah kesehatan jiwa pada klien Tn. M dan Tn. R dengan resiko perilaku kekerasan di Ruang Gelatik 4 RS Jiwa Menur Surabaya
- b) Mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan dengan penerapan meditasi ringan dengan meditasi *mindfulness* di Ruang Gelatik 4 RS Jiwa Menur Surabaya

- c) Mendeskripsikan Diagnosa keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan dengan penerapan meditasi ringan dengan meditasi *mindfulness* di Ruang Gelatik 4 RS Jiwa Menur Surabaya
- d) Mendeskripsikan Intervensi keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan dengan penerapan meditasi ringan dengan meditasi *mindfulness* di Ruang Gelatik 4 RS Jiwa Menur Surabaya
- e) Mendeskripsikan Implementasi keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan dengan penerapan meditasi ringan dengan meditasi *mindfulness* di Ruang Gelatik 4 RS Jiwa Menur Surabaya
- f) Mendeskripsikan Evaluasi keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan dengan penerapan meditasi ringan dengan meditasi *mindfulness* di Ruang Gelatik 4 RS Jiwa Menur Surabaya
- g) Menganalisis hasil pemberian asuhan keperawatan klien resiko perilaku kekerasan dengan penerapan meditasi ringan dengan meditasi *mindfulness* pada Tn. M dan Tn. R di Ruang Gelatik 4 RS Jiwa Menur Surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Karya ilmiah akhir Ners ini dapat memberikan gambaran atau acuan terkait asuhan keperawatan dengan resiko perilaku kekerasan secara luring. Hasil karya ilmiah Ners ini dapat meningkatkan kualitas pemberi pelayanan kesehatan khususnya perawat dalam merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan. Hal ini dilakukan agar mutu pelayanan asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa yang diberikan secara luring kepada klien resiko

perilaku kekerasan dapat lebih baik lagi.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Karya ilmiah akhir Ners ini dapat dijadikan sebagai referensi untuk mengembangkan standar asuhan keperawatan jiwa yang selama ini digunakan terutama pengembangan asuhan keperawatan secara luring. Kemudian karya ilmiah ini juga dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam penyusunan intervensi pada klien resiko perilaku kekerasan bagi Ners generalis dalam proses pembelajaran di program studi keperawatan jiwa.

1.4.3 Manfaat Metodologi

Hasil penulisan karya ilmiah akhir Ners ini dapat dijadikan sebagai sumber referensi atau rujukan penelitian selanjutnya terutama berfokus pada asuhan keperawatan dengan resiko perilaku kekerasan.

