

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu kondisi dimana individu memiliki potensi atau kecenderungan untuk melakukan tindakan agresif yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Sari et al., 2023). Resiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan individu yang berisiko mengalami perasaan marah secara berlebihan dan diekspresikan dengan perilaku agresif yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Wijayanti & Rahayu, 2021). Resiko perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif terhadap stresor yang ditandai dengan potensi agresi fisik maupun verbal yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Pratiwi & Lestari, 2022).

Menurut Keliat (2020), resiko perilaku kekerasan adalah suatu kondisi dimana individu berisiko untuk melakukan perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik ataupun psikologis. Resiko perilaku kekerasan dapat diartikan sebagai suatu potensi tindakan mencederai yang disengaja maupun tidak disengaja yang dapat dilakukan oleh individu terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, yang dapat diwujudkan dalam bentuk perilaku destruktif seperti melukai, memukul, atau berbicara kasar (Fauziah et al., 2024). Resiko perilaku kekerasan merupakan manifestasi dari ketidakmampuan individu dalam mengendalikan emosi marah yang berpotensi disalurkan melalui tindakan agresif dan impulsif (Nugroho & Dewi, 2023).

Resiko perilaku kekerasan sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa seperti skizofrenia, gangguan bipolar, dan gangguan kepribadian antisosial. Resiko perilaku kekerasan merupakan masalah keperawatan yang paling dominan ditemukan pada pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa, yaitu sebesar 61,2%, diikuti oleh halusinasi (54,8%) dan isolasi sosial (42,3%) (Wulandari & Hidayat, 2023).

2.1.2 Klasifikasi Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Yosep (2021) serta Fauziah et al. (2024), resiko perilaku kekerasan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1) Resiko Perilaku Kekerasan Fisik

Resiko perilaku kekerasan fisik merupakan potensi tindakan agresif yang dilakukan secara langsung melalui kontak fisik yang bertujuan untuk melukai atau membahayakan orang lain. Contohnya meliputi potensi memukul, menendang, mendorong, mencakar, menggigit, melempar barang, atau melukai diri sendiri. Resiko perilaku kekerasan fisik sering terjadi akibat kemarahan yang kuat dan tidak terkendali (Sari et al., 2023).

2) Resiko Perilaku Kekerasan Verbal

Resiko perilaku kekerasan verbal merupakan potensi tindakan agresif yang dilakukan melalui kata-kata atau ucapan yang bersifat kasar, mengancam, menghina, atau menyinggung perasaan orang lain. Contohnya meliputi potensi berteriak, membentak, mengancam, memaki, serta berkata-kata kotor. Resiko perilaku kekerasan verbal merupakan bentuk awal dari resiko perilaku kekerasan fisik dan sering kali menjadi tanda peringatan akan terjadinya kekerasan fisik (Pratiwi & Lestari, 2022).

3) Resiko Perilaku Kekerasan Seksual

Resiko perilaku kekerasan seksual merupakan potensi tindakan agresif yang berkaitan dengan ekspresi seksual yang tidak pantas dan merugikan orang lain, seperti melecehkan, menyentuh area sensitif tanpa izin, atau melakukan tindakan seksual secara paksa (Yosep, 2021).

4) Resiko Perilaku Kekerasan Psikologis

Perilaku kekerasan psikologis merupakan tindakan agresif yang bertujuan untuk melukai perasaan dan mental orang lain melalui intimidasi, ancaman, atau perilaku manipulatif (Fauziah et al., 2024).

5) Resiko Perilaku Kekerasan Terhadap Diri Sendiri

Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan potensi tindakan agresif yang diarahkan kepada diri sendiri, seperti menciderai diri, menarik rambut sendiri, atau mencoba bunuh diri. Hal ini terjadi karena individu tidak mampu mengarahkan kemarahan pada orang lain sehingga melampiaskannya pada dirinya sendiri (Nugroho & Dewi, 2023).

2.1.3 Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi. Menurut Hidayati et al. (2023), Sari et al. (2023), serta Wijayanti & Rahayu (2021), etiologi resiko perilaku kekerasan meliputi:

1) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang mempengaruhi kerentanan seseorang untuk mengalami resiko perilaku kekerasan:

- a) Faktor Biologis: Genetik memiliki peran dalam kerentanan terhadap resiko perilaku kekerasan. Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan riwayat keluarga gangguan jiwa memiliki risiko lebih tinggi mengalami resiko perilaku kekerasan. Ketidakseimbangan neurotransmitter seperti dopamin dan serotonin juga berperan dalam munculnya potensi perilaku agresif (Hidayati et al., 2023).
- b) Faktor Psikologis: Individu dengan kepribadian yang mudah marah, impulsif, dan memiliki mekanisme koping yang buruk lebih rentan terhadap resiko perilaku kekerasan. Pengalaman traumatis masa lalu seperti kekerasan fisik atau seksual juga menjadi faktor predisposisi (Sari et al., 2023).
- c) Faktor Sosial dan Lingkungan: Lingkungan yang tidak mendukung, tekanan ekonomi, konflik dalam keluarga, budaya kekerasan, dan kurangnya dukungan sosial dapat memicu resiko perilaku kekerasan (Wijayanti & Rahayu, 2021).

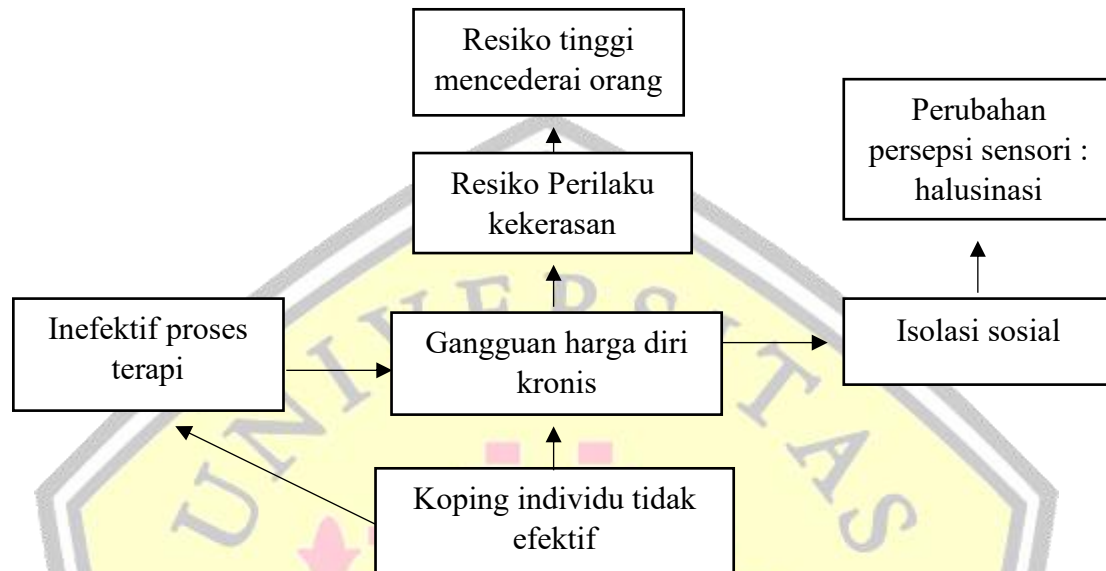
2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus yang memicu munculnya resiko perilaku kekerasan:

- a) Stresor Lingkungan Situasi yang menekan, seperti keramaian, kebisingan, suhu yang ekstrem, atau lingkungan yang penuh konflik dapat memicu resiko perilaku kekerasan (Hidayati et al., 2023).
- b) Halusinasi: Halusinasi pendengaran berupa suara yang memerintah untuk menyakiti orang lain atau diri sendiri merupakan pencetus utama resiko perilaku kekerasan. Halusinasi perintah terjadi pada 30-50% pasien gangguan jiwa dan sering berhubungan dengan resiko perilaku kekerasan (Pratiwi & Lestari, 2022).
- c) Kemarahan dan Frustrasi: Kemarahan yang tidak dapat dikelola dengan baik akan memicu resiko perilaku kekerasan sebagai bentuk pelampiasan dari rasa frustrasi (Fauziah et al., 2024).

- d) Pengaruh Zat: Penggunaan alkohol atau zat psikoaktif dapat menurunkan kontrol impuls dan meningkatkan resiko perilaku kekerasan (Nugroho & Dewi, 2023).

2.1.4 Pathway Resiko Perilaku Kekerasan



Gambar 2. 1 Pathway Resiko Perilaku Kekerasan

2.1.5 Manifestasi Klinis Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Keliat (2020), Fauziah et al. (2024), serta Sari et al. (2023), manifestasi klinis resiko perilaku kekerasan dapat dikelompokkan menjadi empat aspek:

1) Manifestasi Fisik

Pada saat terjadi resiko perilaku kekerasan, pasien menunjukkan tanda-tanda fisiologis sebagai berikut :

- a) Mata melotot atau pandangan tajam dan menatap
- b) Muka tampak merah dan tegang
- c) Otot-otot tegang (kekakuan otot)
- d) Tangan mengepal
- e) Denyut jantung meningkat (takikardia)
- f) Tekanan darah meningkat
- g) Frekuensi napas meningkat (takipnea)
- h) Tubuh gemetar atau menggigil

2) Manifestasi Psikologis

Manifestasi psikologis pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan meliputi :

- a) Ekspresi marah yang jelas
- b) Perasaan jengkel, kesal, atau benci
- c) Adanya halusinasi (terutama halusinasi perintah)
- d) Waham curiga
- e) Ketidakmampuan mengontrol impuls
- f) Perasaan tidak berdaya atau terancam
- g) Kecemasan yang meningkat

3) Manifestasi Perilaku

Pasien dengan resiko perilaku kekerasan menunjukkan perilaku sebagai berikut :

- a) Mengancam diri sendiri, orang lain, atau lingkungan secara verbal maupun fisik
- b) Bertindak agresif tanpa sebab yang jelas
- c) Berbicara kasar, mengumpat, atau berteriak
- d) Melempar barang-barang di sekitar
- e) Menarik rambut, memukul, atau menendang
- f) Perilaku destruktif (merusak barang)

4) Manifestasi Sosial

Pada aspek sosial, pasien dengan resiko perilaku kekerasan menunjukkan :

- a) Penarikan diri dari interaksi sosial
- b) Kesulitan dalam menjalin hubungan interpersonal
- c) Stigma dan penolakan dari lingkungan
- d) Isolasi sosial

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Pratiwi & Lestari (2022), Wijayanti & Rahayu (2021), serta Fauziah et al. (2024), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan perilaku kekerasan meliputi :

1) Pemeriksaan Fisik dan Neurologis

Pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan neurologis dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab organik dari perilaku kekerasan, seperti tumor otak, epilepsi lobus temporal, atau cedera kepala. Pemeriksaan tanda-tanda vital juga penting untuk mengidentifikasi respons fisiologis dari resiko perilaku kekerasan.

2) Pemeriksaan Psikiatri

Meliputi wawancara klinis dan observasi perilaku untuk menegakkan diagnosis dan mengidentifikasi faktor pencetus perilaku kekerasan. Alat ukur yang dapat digunakan

- a) *Modified Overt Aggression Scale (MOAS)*: Mengukur frekuensi dan tingkat keparahan perilaku agresif.
 - b) *Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ)*: Mengukur agresivitas secara umum.
 - c) *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*: Mengukur kemarahan dan ekspresinya.
- 3) Pemeriksaan Penunjang Lainnya
- a) CT Scan atau MRI: Untuk melihat struktur otak dan menyingkirkan kelainan organik
 - b) EEG (Elektroensefalografi): Untuk mendeteksi adanya aktivitas kejang yang mungkin mempengaruhi perilaku
 - c) Pemeriksaan Laboratorium: Untuk menyingkirkan penyebab organik seperti gangguan tiroid, defisiensi vitamin, infeksi, atau pengaruh zat
 - d) Skrining NAPZA: Untuk mendeteksi pengaruh zat yang dapat memicu resiko perilaku kekerasan

2.1.7 Penatalaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Keliat (2020), Fauziah et al. (2024), serta Nugroho & Dewi (2023), penatalaksanaan perilaku kekerasan terdiri dari :

1) Penatalaksanaan Farmakologi

Obat-obatan antipsikotik digunakan untuk mengontrol gejala psikotik yang mendasari resiko perilaku kekerasan :

- a) Antipsikotik Atipikal: Risperidon, olanzapin, quetiapin, aripiprazol. Obat ini bekerja sebagai antagonis reseptor dopamin D2 dan serotonin 5-HT_{2A}. Risperidon efektif mengurangi perilaku agresif pada pasien (Fauziah et al., 2024).
- b) Antipsikotik Tipikal: Haloperidol, klorpromazin. Biasanya digunakan untuk agitasi akut.
- c) Benzodiazepin: Diazepam, lorazepam. Dapat digunakan untuk sedasi jangka pendek pada agitasi berat.
- d) Mood Stabilizer: Lithium, karbamazepin, valproat. Digunakan jika perilaku kekerasan terkait dengan gangguan mood.

2) Penatalaksanaan Non-Farmakologis

a) Terapi Memukul Bantal

Terapi memukul bantal adalah intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menyalurkan emosi marah secara fisik melalui media bantal sebagai sarana yang aman dan terkontrol (Fauziah et al., 2024). Teknik ini bekerja dengan cara memberikan alternatif penyaluran energi negatif, menurunkan ketegangan otot, serta memberikan efek katarsis emosional yang membantu pasien meredakan agresivitas tanpa melukai diri sendiri maupun

orang lain (Nugroho & Dewi, 2023). Penelitian menunjukkan bahwa terapi memukul bantal efektif menurunkan intensitas perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan rata-rata penurunan skor perilaku kekerasan sebesar 45-60% (Fauziah et al., 2024).

b) Terapi Latihan Napas Dalam

Teknik napas dalam membantu pasien mengelola emosi marah dengan cara menstimulasi sistem saraf parasimpatis yang memberikan efek relaksasi (Sari et al., 2023).

c) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

TAK merupakan terapi yang dilakukan secara berkelompok untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial dan mengalihkan perilaku kekerasan (Wijayanti & Rahayu, 2021).

d) Terapi Kognitif dan Perilaku

Membantu pasien mengidentifikasi dan mengubah pola pikir maladaptif serta mengembangkan keterampilan koping yang adaptif (Pratiwi & Lestari, 2022).

e) Komunikasi Terapeutik

Perawat menggunakan komunikasi terapeutik untuk membangun hubungan saling percaya, membantu pasien mengekspresikan perasaan marah secara verbal, dan melatih cara mengendalikan emosi yang adaptif (Yosep, 2021).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Resiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dan sangat penting dalam proses keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Menurut Azizah, Zainuri, & Akbar (2016), pengkajian pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan meliputi:

1) Identitas Klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, alamat, tanggal masuk, dan tanggal pengkajian. Perawat melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien mengenai tujuan, waktu, tempat pertemuan, dan topik yang akan dibicarakan.

2) Alasan Masuk

Menggali penyebab klien atau keluarga datang ke rumah singgah atau rumah sakit, apakah sudah mengetahui penyakit sebelumnya, serta apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini. Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan, klien sering menunjukkan perilaku agresif, mudah tersinggung, dan meledak-ledak.

3) Faktor Predisposisi

Menanyakan riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa, hasil pengobatan sebelumnya, riwayat penganiayaan fisik atau seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien dan keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan di masa lalu.

4) Pemeriksaan Fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan keluhan fisik yang dirasakan klien. Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan, sering terjadi peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, dan pernapasan yang cepat.

5) Psikososial

a) **Genogram:** Menggambarkan struktur keluarga klien, pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh.

b) **Konsep Diri:**

- **Gambaran diri:** Persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.
- **Identitas diri:** Status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan terhadap status dan posisinya.
- **Fungsi peran:** Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/masyarakat, perubahan yang terjadi saat sakit.
- **Ideal diri:** Harapan klien terhadap keadaan tubuh, posisi, peran, dan lingkungan.
- **Harga diri:** Penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku sesuai dengan ideal diri.

c) **Hubungan Sosial:** Orang yang paling berarti dalam hidup klien, upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

d) **Spiritual:** Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

6) Status Mental

a) **Penampilan:** Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki, kerapian, dan kebersihan.

- b) **Pembicaraan:** Klien dengan resiko perilaku kekerasan cenderung berbicara cepat, keras, dan mudah tersinggung.
- c) **Aktivitas Motorik:** Klien tampak gelisah, tegang, dan sering mondar-mandir.
- d) **Afek dan Emosi:** Klien cenderung labil, mudah marah, dan cepat tersinggung.
- e) **Interaksi selama Wawancara:** Klien mudah tersinggung, kontak mata tajam, defensif, dan curiga.
- f) **Proses Pikir:** Arus pikir cepat dan keras, isi pikir sering berisi waham curiga dan pikiran negatif.
- g) **Tingkat Kesadaran:** Compos mentis.
- h) **Memori:** Klien mampu mengingat memori jangka panjang dan pendek.
- i) **Tingkat Konsentrasi:** Konsentrasi klien dapat menurun karena pemikiran yang penuh dengan kemarahan.
- j) **Daya Tilik Diri:** Klien sering mengingkari penyakit yang diderita atau menyalahkan hal-hal di luar dirinya.

7) **Kebutuhan Perencanaan Pulang**

- a) Kemampuan klien memenuhi kebutuhan (makanan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, keuangan).
- b) Kegiatan hidup sehari-hari (ADL): perawatan diri, nutrisi, dan tidur.

8) **Mekanisme Koping**

Mengidentifikasi respons klien terhadap masalah, apakah adaptif (berbicara dengan orang lain, relaksasi, olahraga) atau maladaptif (reaksi berlebihan, menghindar, mencederai diri).

2.2.2 **Pohon Masalah**

Pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, pohon masalah digambarkan sebagai berikut:

Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain, dan Lingkungan (akibat)



Resiko Perilaku Kekerasan (core problem)



Koping Individu Tidak Efektif (causa/penyebab)

2.2.3 Diagnosa Keperawatan yang Muncul

Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan resiko perilaku kekerasan antara lain:

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain, dan Lingkungan
3. Koping Individu Tidak Efektif
4. Gangguan Proses Pikir
5. Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi

2.2.4 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan bertujuan untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan yang aktual. Menurut Azizah, Zainuri, & Akbar (2016), rencana keperawatan disusun sebagai berikut:

Tujuan Umum: Klien mampu mengontrol dan menurunkan resiko perilaku kekerasan.

Tujuan Khusus 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya.

- Kriteria Evaluasi: Ekspresi wajah bersahabat, mau menjawab salam, berjabat tangan, kontak mata ada, mau duduk berdampingan, klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi.
- Intervensi: Sapa klien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanya nama lengkap dan panggilan yang disukai, jelaskan tujuan pertemuan, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, beri perhatian pada klien dan sediakan waktu untuk mendengarkan.

Tujuan Khusus 2: Klien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda, dan akibat marah.

- Kriteria Evaluasi: Klien mampu menyebutkan penyebab marah, tanda fisik/psikologis yang dirasakan, serta akibat merusak dari perilaku kekerasan.

- Intervensi: Bantu klien mengidentifikasi pemicu marah, tanda fisik (dada berdebar, tangan mengempal), dan akibat buruk dari marahnya.

Tujuan Khusus 3: Klien dapat mengontrol marah secara fisik (Terapi Memukul Bantal).

- Kriteria Evaluasi: Klien mampu mendemonstrasikan teknik memukul bantal saat marah dan memasukkannya ke jadwal harian.
- Intervensi: Jelaskan prosedur terapi memukul bantal, berikan contoh cara memukul bantal yang kuat dan aman selama 10-15 menit, bimbing klien melakukan secara mandiri, masukkan ke jadwal harian.

Tujuan Khusus 4: Klien dapat mengontrol marah secara verbal.

- Kriteria Evaluasi: Klien mampu mengungkapkan rasa kesal secara verbal dengan baik (meminta, menolak, dan menyatakan kekecewaan secara sopan).
- Intervensi: Latih cara mengungkapkan perasaan jengkel dengan kalimat asertif.

Tujuan Khusus 5: Klien dapat mengontrol marah secara spiritual dan patuh obat.

- Kriteria Evaluasi: Klien mampu melakukan ibadah/doa untuk meredakan emosi serta patuh minum obat sesuai prinsip 5 benar.
- Intervensi: Latih kegiatan spiritual (berdoa, bersyukur, istighfar) dan edukasi prinsip 5 benar minum obat.

2.2.5 Strategi Pelaksanaan (SP) Keperawatan pada Resiko Perilaku Kekerasan

Strategi pelaksanaan (SP) merupakan panduan tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis dan bertahap untuk membantu pasien mencapai tujuan keperawatan. Menurut Azizah, Zainuri, & Akbar (2016), strategi pelaksanaan untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan dibagi menjadi beberapa pertemuan sebagai berikut:

SP 1 Pasien: Membina Hubungan Saling Percaya dan Mengidentifikasi Masalah

- Membina hubungan saling percaya dengan klien
- Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan
- Mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
- Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

- Mengidentifikasi akibat dari resiko perilaku kekerasan
- Mengidentifikasi cara mengontrol resiko perilaku kekerasan
- Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik (teknik memukul bantal)
- Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien

SP 2 Pasien: Latihan Mengontrol Fisik dan Verbal

- Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
- Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik (memukul bantal)
- Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal (meminta, menolak, mengungkapkan perasaan dengan baik)
- Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien

SP 3 Pasien: Latihan Verbal dan Sosial

- Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2)
- Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal
- Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien

SP 4 Pasien: Latihan Spiritual

- Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, SP 3)
- Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara spiritual (sholat, berdoa, bersyukur)
- Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien

SP 5 Pasien: Kepatuhan Minum Obat

- Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, SP 3, SP 4)
- Melatih kepatuhan minum obat (prinsip 5 benar: benar klien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara)
- Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien

SP 1 Keluarga: Edukasi dan Pelatihan Perawatan

- Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
- Menjelaskan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan
- Melatih (simulasi) cara merawat klien
- Menyusun RTL (Rencana Tindak Lanjut) keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien

SP 2 Keluarga: Pelatihan Lanjutan

- Mengevaluasi kemampuan keluarga (SP 1)
- Melatih (simulasi) cara lain untuk merawat klien
- Melatih (langsung) ke klien
- Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien

SP 3 Keluarga: Evaluasi dan Rujukan

- Mengevaluasi kemampuan keluarga (SP 1 dan SP 2)
- Mengevaluasi kemampuan klien
- Menyusun RTL keluarga dengan Follow Up dan Rujukan

2.2.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Menurut Azizah, Zainuri, & Akbar (2016), implementasi pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan meliputi:

SP 1 Klien: Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.

SP 2 Klien: Mengevaluasi kegiatan harian klien pada pertemuan sebelumnya (SP1), dan melatih kemampuan kedua yang dipilih klien, serta memasukkannya ke dalam jadwal harian.

SP 3 Klien: Perawat mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2), klien memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan, melatih kemampuan yang dipilih dan memasukkannya ke dalam jadwal harian klien.

SP 1 Keluarga: Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien kepada perawat, keluarga mampu menjelaskan pengertian, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan serta proses terjadinya, keluarga dapat menjelaskan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan.

SP 2 Keluarga: Mengevaluasi kemampuan keluarga (SP 1 Keluarga) dan melatih keluarga merawat langsung klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan, menyusun RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien.

SP 3 Keluarga: Mengevaluasi kemampuan keluarga (SP 1 Keluarga), mengevaluasi kemampuan klien, merencanakan tindak lanjut keluarga dengan follow up dan rujukan.

2.2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai sejauh mana tujuan keperawatan telah tercapai. Menurut Azizah, Zainuri, & Akbar (2016), evaluasi dapat dilakukan dengan metode SOAP:

S (Subjektif): Keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

O (Objektif): Data berdasarkan hasil pengukuran dan observasi perawat secara langsung pada klien setelah diberikan tindakan

A (Assessment): Interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai tujuan yang telah ditetapkan (tercapai/tercapai sebagian/tidak tercapai)

P (Planning): Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah

Adapun kriteria evaluasi kemampuan klien dan keluarga dengan masalah resiko perilaku kekerasan meliputi:

SP 1 Klien:

- Menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan
- Menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
- Menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan

- Menyebutkan akibat resiko perilaku kekerasan
- Menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan
- Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik

SP 2 Klien:

- Mempraktikkan latihan cara fisik II dan memasukkan dalam jadwal

SP 3 Klien:

- Mempraktikkan latihan cara verbal dan memasukkan dalam jadwal

SP 4 Klien:

- Mempraktikkan latihan cara spiritual dan memasukkan dalam jadwal

SP 5 Klien:

- Mempraktikkan latihan cara minum obat dan memasukkan dalam jadwal

SP 1 Keluarga:

- Menyebutkan pengertian resiko perilaku kekerasan dan proses terjadinya masalah
- Menyebutkan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan

SP 2 Keluarga:

- Mempraktikkan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan

SP 3 Keluarga:

- Membuat jadwal aktivitas dan minum obat klien di rumah (discharge planning)

2.3 Konsep Terapi Memukul Bantal

2.3.1 Definisi Terapi Memukul Bantal

Terapi memukul bantal merupakan suatu metode terapi yang digunakan untuk membantu individu mengelola dan menyalurkan emosi negatif, terutama yang berhubungan dengan kemarahan atau frustrasi, melalui ekspresi fisik yang aman. Teknik memukul bantal adalah teknik untuk meluapkan energi marah secara konstruktif agar perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif. Terapi ini digunakan pada pasien yang memiliki risiko perilaku kekerasan dan dapat digunakan pada saat pasien mengalami peningkatan status emosi (marah) .

Menurut penelitian Arifin (2023), pukul bantal merupakan salah satu bentuk dari teknik relaksasi yang bertujuan untuk mengurangi perilaku agresif, memberikan rasa tenang, sebagai pendidikan moral, mengendalikan emosi, pengembangan spiritual dan menyembuhkan gangguan psikologis . Terapi memukul bantal merupakan salah satu intervensi yang efektif dalam mengurangi risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia .

Terapi pukul bantal adalah suatu metode yang digunakan untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan pada gangguan jiwa. Dengan terapi pukul bantal, pasien dapat melepaskan ketegangan dan energi negatif dengan cara yang sehat, yang pada akhirnya dapat membantu mereka mengontrol marah dengan lebih baik dan mencegah potensi bahaya terhadap diri sendiri dan orang lain .

2.3.2 Tujuan Terapi Memukul Bantal

Tujuan dari terapi memukul bantal menurut berbagai sumber adalah sebagai berikut :

1. Menyalurkan Emosi Marah Secara Konstruktif : Tujuan utama terapi ini adalah untuk meluapkan perasaan marah dengan mengalihkan objek pada sebuah benda seperti bantal, sehingga tidak terjadi risiko mencederaikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar .
2. Mengurangi Risiko Perilaku Kekerasan : Terapi ini bertujuan untuk mengurangi risiko melakukan mencederaikan diri atau orang lain dikarenakan status emosi pasien, sehingga energi yang konstruktif dapat tersalurkan dengan baik dan perilaku maladaptif menjadi adaptif .
3. Mengalihkan Perasaan Negatif : Teknik ini bertujuan mengalihkan apa yang pasien rasakan dengan perumpamaan, sehingga pasien dapat mengekspresikan emosinya tanpa membahayakan orang lain .
4. Mengontrol Perilaku Kekerasan : Terapi memukul bantal bertujuan untuk mengontrol perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan klien dalam mengontrol marahnya .
5. Memberikan Katarsis Emosional : Terapi ini memberikan efek katarsis atau pelepasan emosi yang terpendam sehingga pasien merasa lega dan tenang setelah melakukannya .

2.3.3 Manfaat Terapi Memukul Bantal

Berdasarkan penelitian dan studi kasus yang telah dilakukan, manfaat terapi memukul bantal meliputi :

- 1) Manfaat Fisik
 - a) Menurunkan ketegangan otot yang terjadi saat marah
 - b) Mengurangi respons fisiologis seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah
 - c) Membantu melepaskan energi negatif melalui aktivitas fisik yang aman
- 2) Manfaat Psikologis

- a) Memberikan rasa tenang dan nyaman setelah meluapkan emosi
- b) Mengurangi perasaan kesal dan marah secara mandiri
- c) Mencegah potensi bahaya terhadap diri sendiri dan orang lain
- d) Membantu pasien mengontrol emosi dengan lebih baik
- e) Memberikan efek katarsis emosional

3) Manfaat Sosial

- a) Mengurangi perilaku agresif terhadap orang lain
- b) Membantu pasien beradaptasi dengan lingkungan sosial
- c) Menghindari terjadinya risiko mencederai orang lain

2.3.4 Standar Operasional Prosedur Terapi Memukul Bantal

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan berbagai sumber penelitian, prosedur pelaksanaan terapi memukul bantal adalah sebagai berikut :

1) Tahap Persiapan

- a) Mempersiapkan alat dan media berupa bantal dan kursi
- b) Membina hubungan saling percaya dengan pasien
- c) Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab, dan akibat perilaku kekerasan
- d) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal

2) Tahap Pelaksanaan

Langkah-langkah pelaksanaan terapi memukul bantal :

- a. Atur posisi klien dengan nyaman dalam posisi duduk di kursi
- b. Bantal ditempatkan di pangkuan pasien
- c. Instruksikan pasien untuk menarik napas dalam, tahan sejenak, lalu keluarkan melalui mulut
- d. Kepalkan satu tangan lalu pukul bantal dengan sekuat-kuatnya
- e. Ketika salah satu tangan lelah, dapat bergantian dengan tangan satunya
- f. Teknik ini dilakukan selama 10-15 menit
- g. Hentikan memukul bantal ketika merasa kelelahan dan perasaan marah telah tersalurkan
- h. Kembalikan bantal dan rapikan tempat seperti semula

3) Tahap Evaluasi dan Tindak Lanjut

- a) Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik memukul bantal
- b) Melatih pasien memasukkan kegiatan memukul bantal ke dalam jadwal kegiatan harian
- c) Memberikan penguatan positif atas kemampuan yang telah dicapai
- d) Melanjutkan pendampingan dalam penerapan teknik secara mandiri

4) Indikasi dan Kontraindikasi

Indikasi : Terapi ini ditujukan untuk pasien yang mengalami kecemasan, kemarahan, atau emosi negatif lainnya yang dapat memicu perilaku kekerasan, terutama pada pasien dengan diagnosis risiko perilaku kekerasan .

Kontraindikasi : Terapi ini tidak dianjurkan pada pasien dengan kondisi fisik yang lemah, cedera muskuloskeletal, atau kondisi medis lain yang dapat membahayakan jika melakukan aktivitas fisik memukul .

2.4 Jurnal Relevan

Tabel 2. 1 Jurnal Relevan

No	Judul	Tempat	Intervensi	Hasil	Waktu
1.	Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Melalui Terapi Memukul Bantal Cristia Leonica Putri	Rumah Sakit Jiwa (RSJ)	Terapi memukul bantal yang diimplementasikan dalam 6 hari menggunakan 4 Strategi Pelaksanaan (SP)	Terapi memukul bantal terbukti efektif dalam mengurangi risiko perilaku kekerasan. Pada SP 1 (membina hubungan saling percaya) klien mampu merespon dengan baik, SP 2 (latihan memukul bantal) klien mampu mempraktekkan dengan baik, SP 3 (latihan verbal) klien dapat meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan dengan baik, serta SP 4 (latihan spiritual) klien dapat mempraktekkan dengan baik.	2024/2025
2.	Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia: Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Intervensi Strategi Pelaksanaan Arum Dwi Wulan Ndari	RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah	Strategi Pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan termasuk latihan memukul bantal atau kasur	Setelah dilakukan latihan mengontrol marah dengan cara memukul bantal atau kasur didapatkan respon yang baik dari kedua pasien. Strategi pelaksanaan dapat dilakukan sampai SP ke-3, namun terkendala keterbatasan waktu pengelolaan	2018

				kasus. Faktor yang mempengaruhi perbedaan hasil antara pasien meliputi faktor presipitasi, predisposisi, usia, dan aspek medis.	
3.	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Melalui Intervensi Latihan Fisik 2: Terapi Pukul Bantal Pada Nn A dan Nn D N. Fajariyah & D. A. Tresna	Pandeglang Banten	Latihan fisik 2 (terapi pukul bantal) sebagai intervensi untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan	Terapi pukul bantal efektif dalam menurunkan risiko perilaku kekerasan pada kedua pasien. Pasien menunjukkan kemampuan mengontrol emosi dengan cara memukul bantal yang aman dan tidak membahayakan diri sendiri maupun orang lain.	2023

