

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**

##### **1. Pengertian**

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan. Pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah (Yusuf et al., 2015), selain itu Martini (2022) mendefinisikan bahwa perilaku kekerasan adalah respons dari kemarahan yang ditunjukkan oleh seseorang melalui penganiayaan terhadap dirinya ataupun individu lain, dan merusak lingkungan. Sering disebut sebagai gaduh gelisah atau amuk, ini merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif, ditandai oleh perasaan marah dan permusuhan, serta merupakan bentuk perilaku merugikan diri atau orang lain yang tidak dapat dikendalikan.

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah mengekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernafasan meningkat, mudah tersinggung, marah, mengamuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Sari et al., 2023).

Dari berbagai pengertian di atas tentang perilaku kekerasan dan risiko perilaku kekerasan dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan

merupakan suatu kondisi di mana seseorang telah kehilangan kendali atas perilakunya yang kondisi ini dapat mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitarnya, sedangkan resiko perilaku kekerasan merupakan kehilangan kendali yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak disadari oleh individu yang berbentuk ancaman maupun mencederai diri sendiri dan orang lain.

## **2. Proses terjadinya masalah**

Resiko perilaku kekerasan adalah manifestasi klinis yang berasal dari proses psikologis dan fisiologis yang kompleks. Gangguan ini sering kali berawal dari ancaman atau kebutuhan yang tidak terpenuhi, yang selanjutnya memicu stres pada individu. Stres yang berlanjut tanpa intervensi akan menyebabkan kecemasan yang signifikan, yang selanjutnya memicu emosi kemarahan. Perasaan marah ini dapat berkembang melalui berbagai jalur, tergantung pada persepsi individu terhadap diri sendiri dan lingkungan sekitarnya.

Pada beberapa orang, kemarahan timbul bersamaan dengan dorongan kuat untuk menghadapi tantangan, seseorang dapat bersikap menantang dan tidak mengatasi inti permasalahan, sehingga kemarahan berlanjut tanpa henti, dalam keadaan ini kemarahan yang tidak dikelola dengan baik dapat berbalik menyerang diri sendiri, sehingga menimbulkan gejala depresi dan gangguan psikosomatik, di sisi lain terdapat orang yang dapat mengekspresikan kemarahannya secara vertikal, yang berarti ekspresi marah dilakukan dengan tepat dan terarah. Ini berperan pada untuk menjaga keseimbangan psikologis, pengurangan ketegangan, dan pemberian rasa nyaman. Apabila kemarahan dapat dikelola dengan cara ini, risiko munculnya perilaku kekerasan menjadi minimal. Namun, dalam beberapa kasus, meskipun kemarahan tampak teratasi, rasa permusuhan dapat tetap muncul tanpa memperlihatkan kemarahan.

Sebaliknya, individu yang memandang dirinya tidak mampu dalam menghadapi situasi cenderung menekan atau menyangkal kemarahannya, kemarahan ini tertahan dan memicu permusuhan yang mendalam. Seiring berjalannya waktu, permusuhan tersebut dapat diarahkan kepada pihak eksternal, yaitu individu lain atau lingkungan, yang pada akhirnya menghasilkan perilaku agresif atau kekerasan. Ini adalah dasar munculnya perilaku kekerasan, sebagai manifestasi dari konflik emosional yang tidak teratasi dan terpendam dalam diri individu atau bisa dikatakan sebagai amuk.

Amuk merupakan ekspresi kemarahan yang paling maladaptif, ditandai oleh perasaan marah dan dendam yang terus menerus, serta hilangnya mekanisme untuk kontrol diri. Dalam keadaan ini, individu dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, bahkan lingkungan sekitarnya. Amuk biasanya terjadi sebagai respons terhadap stres, kecemasan, rendahnya kepercayaan diri, rasa bersalah, keputusan, dan perasaan ketidak berdayaan. Ekspresi kemarahan dapat terjadi secara internal atau eksternal, jika dilihat dari pengekspresiannya dari dalam diri atau internal, sebagai perilaku yang dapat menyakiti diri sendiri (Yusuf, A.H & R & Nihayati, 2015).

### **3. Penyebab Terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan**

Menurut (Slametiningsih et al., 2019) berdasarkan penyebabnya resiko perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

#### **a. Faktor Predisposisi.**

Terdapat sejumlah teori yang menjelaskan mengenai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap munculnya perilaku kekerasan.

##### **1) Psikoanalisis.**

Sigmund Freud pendiri teori psikoanalisis menyatakan manusia tidak hanya sebagai makhluk yang berfikir secara rasional dengan dipengaruhi oleh lingkungannya, namun juga sebagai entitas yang didorong oleh konflik internal yang rumit. di dalam diri

manusia terdapat dua kekuatan utama yaitu *Eros* (dorongan kehidupan) dan *Thanatos* (dorongan kematian). *Eros* mendorong manusia untuk berkembang, mencintai, dan melestarikan kehidupan. Sebaliknya, *thanatos* mewujudkan kecenderungan kehancuran, pembunuhan, dan pemusnahan baik terhadap diri sendiri maupun orang lain. Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting (*instinctual drives*).

## 2) Psikologis.

*Psycoanalytica theory* menjelaskan bahwa perilaku agresif muncul sebagai akibat dari dorongan yang ada dalam diri individu. Sementara itu, teori kekecewaan-agresi mengemukakan bahwa ketika seseorang mengalami hambatan dalam mencapai tujuan, akan muncul dorongan agresif yang kemudian mendorong munculnya perilaku untuk menyakiti orang atau objek yang dianggap menjadi penyebab kekecewaan tersebut. Oleh karena itu, sebagian besar individu yang menunjukkan tindakan agresif umumnya memiliki riwayat perilaku agresif sebelumnya.

## 3) Biologis.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dorongan agresif bisa berasal dari faktor biologis. Penelitian dalam bidang neurobiologi menemukan bahwa rangsangan listrik ringan pada bagian hipotalamus (yang terletak di tengah sistem limbik) dapat memicu munculnya perilaku agresif. Artinya, jika terjadi gangguan pada sistem limbik yang berperan dalam emosi dan perilaku serta pada bagian otak seperti lobus frontal dan lobus temporal, maka bisa muncul perilaku agresif. Beberapa zat kimia otak (neurotransmitter) yang sering dikaitkan dengan agresivitas antara lain serotonin, dopamin, norepinefrin, asetilkolin, dan GABA. Faktor lain yang juga bisa mempengaruhi antara lain:

- a) Pengalaman masa kecil yang tidak menyenangkan.
- b) Pering mengalami kegagalan.
- c) hidup di lingkungan penuh kekerasan.
- d) Suasana lingkungan yang tidak mendukung.

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut.

- a) Sistem limbik.

Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif, dan respons seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.

- b) Lobus temporal.

Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

- c) Lobus frontal.

Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengelolaan emosi dan alasan berpikir.

- d) Neurotransmitter.

Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin (5-HT), Dopamin, Norepineprin, Acetylcholine, dan GABA.

#### 4) Perilaku (behavioral).

- a) Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespons positif terhadap frustrasi.
- b) Penekanan emosi berlebihan (over rejection) pada anak-anak atau godaan (seduction) orang tua memengaruhi kepercayaan (trust) dan percaya diri (self esteem) individu.
- c) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak (child abuse) atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai koping.

Teori belajar sosial mengatakan bahwa perilaku kekerasan adalah hasil belajar dari proses sosialisasi dari internal dan eksternal, yakni sebagai berikut.

- a) Internal merupakan penguatan yang diterima ketika melakukan kekerasan.
- b) Eksternal merupakan observasi panutan (role model), seperti orang tua, kelompok, saudara, figur olahragawan atau artis, serta media elektronik (berita kekerasan, perang, olahraga keras).

#### 5) Sosial Kultural.

##### a) Norma.

Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Kadang kontrol sosial yang sangat ketat (strict) dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan menyebabkan individu memilih cara yang maladaptif lainnya.

- b) Budaya asertif di masyarakat membantu individu untuk berespons terhadap marah yang sehat.

Faktor sosial yang dapat menyebabkan timbulnya agresivitas atau perilaku kekerasan yang maladaptif antara lain sebagai berikut.

- (1) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup.
- (2) Status dalam perkawinan.
- (3) Hasil dari orang tua tunggal (single parent).
- (4) Pengangguran.
- (5) Ketidakmampuan mempertahankan hubungan interpersonal dan struktur keluarga dalam sosial kultural.

##### b. Faktor presipitasi.

Sebagian besar orang jika merasa terancam akan mem berikan respon marah. Ancaman dapat berasal dari internal berupa, perasaan gagal, ditinggal atau kehilangan orang terdekat, ketakutan terhadap

sesuatu). Ancaman yang berasal dari eksternal dapat berupa, serangan berupa fisik maupun psikis, direndahkan, diejek, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna (Syukri, 2023).

Menurut (Slametiningsih et al., 2019) Secara umum, seseorang akan merasa marah jika dirinya merasa terancam. Ancaman ini bisa berupa gangguan secara mental atau psikologis, seperti merasa harga dirinya diserang. Kadang-kadang, orang yang marah tidak sadar apa sebenarnya yang membuatnya marah. Oleh karena itu, penulis dan pasien perlu bekerja sama untuk mencari tahu sumbernya. Ancaman bisa datang dari dalam diri (internal) atau dari luar (eksternal). Contoh ancaman dari luar seperti ucapan yang menyakitkan, kehilangan orang yang penting, atau menerima kritik dari orang lain. Sedangkan contoh dari dalam diri seperti merasa gagal dalam pekerjaan, kehilangan orang yang disayang, atau takut karena menderita suatu penyakit.

jika dilihat dari hubungan antara penulis dan pasien, ada dua penyebab utama mengapa seseorang bisa melakukan kekerasan yaitu:

- a) Dari sisi pasien: karena merasa lemah, putus asa, tidak berdaya, atau kurang percaya diri.
- b) Dari sisi lingkungan: misalnya suasana yang berisik, kehilangan orang atau benda yang berharga, atau adanya konflik dalam hubungan sosial.

#### **4. Manifestasi klinis**

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari aspek berikut:

##### **a. Fisik.**

Gambaran klinis pada pasien yang mengalami perilaku kekerasan dapat dilihat berupa tatapan mata tajam, melotot, tangan mengepal, rahang mengatup, disertai wajah yang tegang memerah, dan postur tubuh terlihat kaku.

b. Verbal.

Pada pasien dengan perilaku kekerasan akan dapat ditemukan kata kata yang bersifat mengancam seperti ingin memukul, melukai bahkan hingga membunuh, selain itu pasien sering mengatakan kata kata kotor atau memaki maki, berbicara dengan nada kasar, keras dan ketus.

c. Perilaku

Menyerang atau melukai diri, orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif.

d. Emosi

Tidak adekuat, tidak nyaman dan aman, mersa ter ganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, ngamuk, ingin berkelahi, menuntut dan menyalahkan.

e. Intelektual

mengeluarkan kat-kata dengan nada sar kasmе, mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan

f. Spiritual

merasa diri benar, berkuasa, tidak bermoral, keragu-raguan.

## 5. Rentang Respon Marah

Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, dimana rentang respon marah di gambarkan sebagai berikut.

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Yusuf, A.H& Nihayati, 2015)





**Keterangan:**

**Asertif:** Mengungkapkan kemarahan tanpa menyakiti orang lain.

**Frustrasi:** Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis.

**Pasif:** Respon lanjutan dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaannya.

**Agresif:** Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

**Amuk:** Perilaku destruktif dan tidak terkendali.

Tabel 2.1 Rentang Respon Marah (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015)

| <b>Karakteristik</b> | <b>Pasif</b>                                                                                | <b>Asertif</b>                                                         | <b>Amuk</b>                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Nada bicara          | a. Negatif<br>b. Menghina diri<br>c. Dapatkah saya melakukan?<br>d. Dapatkah dia melakukan? | a. Positif<br>b. Menghargai diri sendiri<br>c. Saya dapat/akan lakukan | a. Berlebihan<br>b. Menghina orang lain<br>c. Anda selalu/tidak pernah? |
| Nada suara           | a. Diam<br>b. Lemah<br>c. Merengek                                                          | Diatur                                                                 | a. Tinggi<br>b. Menurut                                                 |
| Sikap tubuh          | a. Melorot<br>b. Menundukan kepala                                                          | a. Tegak<br>b. Relaks                                                  | a. Tegang<br>b. Bersandar kedepan                                       |
| Personal space       | a. Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya                                        | a. Menjaga jarak yang menyenangkan<br>b. Mempertahankan hak/teritorial | Memiliki teritorial orang lain                                          |
| Gerakan              | a. Minimal<br>b. Lemah<br>c. Resah                                                          | Memperlihatkan gerakan yang sesuai                                     | Mengancam, ekspansi gerakan                                             |
| Kontak mata          | Sedikit/tidak ada                                                                           | Sekali-sekali (intermiten) sesuai dengan kebutuhan interaksi           | Melotot                                                                 |

## 6. Mekanisme koping

Penatalaksanaan stress melalui penggunaan mekanisme koping yang adaptif sebagai upaya pertahanan untuk melindungi diri dari stressor. Sebagai pemberi asuhan keperawatan, penulis perlu memahami bagaimana seseorang menghadapi masalah atau tekanan, termasuk cara pasien dalam menyampaikan rasa marahnya. Dengan mengenali mekanisme koping yang dimiliki pasien, penulis dapat membantu pasien untuk mengembangkan cara-cara yang lebih positif dan sehat dalam mengekspresikan emosinya. Biasanya, orang menggunakan berbagai mekanisme pertahanan diri, seperti melampiaskan kemarahan kepada orang lain (displacement), menyalurkan emosi ke hal-hal yang lebih diterima secara sosial (sublimasi), menyalahkan orang lain atas perasaannya sendiri (proyeksi), merasa sangat sedih atau tertekan (depresi), atau bahkan menunjukkan sikap yang berlawanan dari yang sebenarnya dirasakan (reaksi formasi). Dengan bantuan penulis, pasien dapat belajar untuk mengenali dan mengubah mekanisme ini menjadi lebih konstruktif agar tidak merugikan dirinya sendiri maupun orang lain.

- a. Displacement adalah saat seseorang melampiaskan rasa marah atau kesal yang terpendam kepada orang atau benda lain, bukan pada hal yang sebenarnya membuat emosi. Contohnya melampiaskan kekesalan nya pada benda seperti tembok atau bantal.
- b. Proyeksi adalah menyangkal apa yang sebenarnya dirasakan dengan menyalahkan orang lain, misalnya seorang wanita menyangkal memiliki perasaan seksual terhadap rekan kerjanya dan berbalik menuduh bahwa rekannya tersebut mencoba merayu, menggodanya.
- c. Depresi adalah menekan perasaan orang yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluas mekanisme ego lainnya.
- d. Reaksi Formasi adalah bentuk sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan benar-benar dilakukan orang lain. mencegah keinginan yang berbahaya jika diekspresikan dengan melebihi

lebihkan sikap dan perilaku yang bertentangan. Misalnya seseorang yang tertarik dengan sesuatu yang dimiliki orang lain, maka dia akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.

## **7. Penatalaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan**

Videbeck (2018) mengatakan bahwa penatalaksanaan atau pemberian terapi pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan terdapat 2 penatalaksanaan yaitu:

### **a. Penatalaksanaan Medis**

#### **1) Pemberian Chlorpromazine**

Chlorpromazin adalah obat yang digunakan untuk meringankan gejala psikotik, halusinasi, gangguan kognitif, dan resiko perilaku kekerasan pada individu dengan skizofrenia. Pemberian obat ini tentunya harus dengan pengawasan dari dokter dan tidak bisa dikonsumsi sembarangan tanpa resep dan pengawasan dokter serta disesuaikan oleh dokter berdasarkan kondisi masing-masing pasien. Obat ini tersedia dalam bentuk tablet, injeksi intravena (IV), dan injeksi intramuskular (IM).

#### **2) Haloperidol**

Haloperidol adalah obat antipsikotik yang berfungsi dengan menstabilkan zat kimia alami di otak yang dikenal sebagai *neurotransmitter*. Obat ini efektif dalam menjernihkan pikiran dan meredakan gejala seperti halusinasi, kecemasan, perilaku kekerasan, pikiran negatif, serta dorongan untuk menyakiti diri sendiri, ataupun orang lain.

### **b. Penatalaksanaan Keperawatan**

Menurut Keliat (2019) hasil dari penelitian yang dilakukan nya bersama tim nya menyatakan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan edukasi kepada keluarga meningkatkan kemampuan pasien dalam mengendalikan perilaku

kekerasan dan lama penulisan menurun menjadi 23 hari. Pemberian asuhan keperawatan antara lain:

1) Tindakan pada Pasien

Penulis memberikan latihan untuk melakukan relaksasi seperti teknik nafas dalam, senam, berjalan, dan melakukan pelampiasan emosi dengan cara memukul bantal atau tempat tidur. Setelah itu fasilitasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya dengan cara berbicara atau menggambar, meminta atau menolak dengan menggunakan kata dan nada bicara yang baik, jika pasien sudah mengungkapkan perasaannya penulis bisa membimbing pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan kepercayaan dan agama yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah lainnya), selain itu melatih kepatuhan pasien mengonsumsi obat rutin dengan menerapkan 8 benar pemberian obat (benar identitas, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi). Berikan pujian kepada pasien saat pasien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan.

2) Tindakan pada Keluarga

Penulis memberikan edukasi kepada keluarga pasien mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan, kemudian penulis dan keluarga bisa berdiskusi bagaimana cara untuk merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara yang tepat merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan sesuai dengan kondisi yang dialami oleh pasien karena tidak semua pasien memiliki kebutuhan yang sama, selain itu yang tidak kalah penting untuk mengedukasi seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana yang nyaman agar dapat mengurangi stress pada pasien sehingga mencegah terjadinya kambuh.

3) Tindakan pada Kelompok

Penulis memberikna terapi kelompok stimulasi persepsi pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, dengan memperkenalkan perilaku kekerasan yang bisa saja terjadi, memberikan pemcegahan perilaku kekerasan secara fisik, secara verbal dengan menggunakan terapi aktivitas kelompok seperti kegiatan keagamaan, serta mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi obat.

## **B. Konsep Implementasi Teknik Nafas Dalam Kombinasi dengan Aroma Terapi Lavender**

### **1. Pengertian**

Dalam upaya menjaga kesehatan mental dan fisik, berbagai pendekatan terapi telah dikembangkan, salah satunya adalah teknik nafas dalam. Teknik ini merupakan bentuk latihan terapi yang bertujuan untuk membantu individu mengurangi ketegangan dan kecemasan, baik secara fisik maupun psikologis. Latihan ini telah lama menjadi bagian penting dalam psikoterapi karena kemampuannya dalam meredakan tekanan emosional dan membantu menjaga keseimbangan mental. Penerapan teknik ini tidak hanya terbatas pada bidang psikologi klinis saja, tetapi juga dapat digunakan secara lebih luas dalam berbagai pelayanan kesehatan sebagai salah satu bentuk terapi pelengkap atau komplementer. Teknik ini sangat bermanfaat bagi pasien dengan berbagai kondisi tekanan mental seperti gangguan kecemasan, depresi, nyeri kronis, maupun stres yang berkepanjangan. (Norelli et al., 2023).

Relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk Teknik relaksasi sederhana dimana paru paru di biarkan menghirup oksigen sebanyak mungkin. Nafas dalam berbeda dengan hiperventilasi karena relaksasi nafas dalam gaya pernafasan yang pada dasarnya lambat, dalam, dan relaks yang memungkinkan seseorang merasa lebih tenang. Relaksasi nafas dalam menjadi salah satu bentuk asuhan keperawatan dimana

penulis mengajarkan pasien cara melakukan nafas dalam dan lamban secara maksimal (Mulki et al., 2020).

Teknik relaksasi melibatkan sejumlah metode yang dirancang untuk menciptakan rasa tenang, mengurangi beban pikiran, dan menurunkan tingkat stres. Stres sendiri bisa ditandai dengan reaksi tubuh seperti peningkatan detak jantung, pernafasan yang terasa berat, dan otot yang menjadi tegang, disertai dengan gejala emosional seperti rasa gelisah atau mudah marah. Dengan latihan yang tepat, teknik relaksasi mampu membantu mengurangi respon stres ini. Saat ini, berbagai metode relaksasi dapat difasilitasi oleh tenaga kesehatan profesional, seperti penulis, psikolog, atau terapis, dan juga dapat dipelajari secara mandiri oleh individu sebagai bentuk upaya menjaga kesehatan mental secara aktif. Mengkombinasikan teknik nafas dalam dengan aromaterapi menjadi alternative untuk meningkatkan efektifitas pemberian terapi relaksasi.

Aromaterapi adalah salah satu jenis terapi tambahan atau terapi komplementer yang menggunakan bahan berbentuk cairan dari tanaman dan mudah menguap, dikenal sebagai minyak esensial dan senyawa aromatic lainnya yang dapat mempengaruhi jiwa, emosi, fungsi kognitif dan kesehatan seseorang. Aroma terapi dikembangkan oleh dokter dan kimiawan muslim bernama Ibnu Sina sejak ditemukannya Teknik penyulingan atau destilasi minyak esensial untuk pengobatan pada abad ke-7 Masehi, setelah itu di kembangkan di dataran Eropa oleh seorang kimiawan berkebangsaan Prancis bernama Rene Maurice Gattefosse pada tahun 1937. Menurut Dinnar Fitria M.P & Aria Nurahman, (2023) Penggunaan aromaterapi dengan minyak esensial lavender adalah salah satu metode non-farmakologis yang lebih murah, praktis, sederhana, efektif, dan minimal efek samping dibandingkan dengan penggunaan obat-obatan. Minyak esensial sendiri diperoleh dari proses ekstraksi bagian tanaman seperti bunga, daun, batang, buah, akar, atau resin. (Putri & Amalia, 2019).

## 2. Manfaat

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu intervensi terapeutik yang bermanfaat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien jiwa dengan risiko perilaku kekerasan. Penggunaan teknik ini membantu menurunkan tingkat ketegangan emosional, mengurangi impuls agresif, serta meningkatkan kontrol diri pasien terhadap perasaan marah atau cemas. Dengan melatih pernafasan secara perlahan dan teratur, pasien dapat mencapai keadaan relaksasi yang lebih baik, sehingga potensi terjadinya perilaku kekerasan dapat ditekan secara signifikan. Selain itu, teknik nafas dalam juga mendukung terciptanya lingkungan penulisan yang lebih aman dan nyaman bagi pasien maupun tenaga kesehatan. Menurut Pratiwi (2023) ada beberapa manfaat dari penerapan Teknik nafas dalam, antara lain:

- a. Terapi relaksasi nafas dalam bisa membantu menurunkan tanda-tanda adanya risiko perilaku kekerasan. Hal ini karena rasa marah biasanya muncul saat seseorang menghadapi stres atau ada sesuatu yang memicu emosinya. Dengan latihan nafas dalam yang dilakukan secara teratur, tubuh dan pikiran menjadi lebih rileks. Keteraturan dalam bernafas membuat otot-otot tubuh menjadi lebih lentur dan tidak tegang, sehingga pada saat ada situasi yang memancing emosi, pasien dapat menghadapinya dengan lebih tenang tanpa langsung marah atau menjadi kaku.
- b. Relaksasi nafas dalam bisa membantu meningkatkan kerja paru-paru, khususnya dalam memperbaiki ventilasi alveoli dan menjaga proses pertukaran gas tetap lancar. Selain itu, latihan ini juga mencegah paru-paru dari kondisi seperti atelektasis, yaitu saat sebagian paru-paru menjadi mengempis. Tidak hanya itu, teknik pernafasan dalam membantu perasaan jadi lebih tenang, mengurangi stres baik yang dirasakan tubuh maupun pikiran. Dengan tubuh dan pikiran yang lebih rileks, emosi marah bisa lebih

terkendali, tidak meledak-ledak atau sampai berada pada tingkat intensitas yang berbahaya.

- c. Relaksasi nafas dalam bisa merangsang tubuh untuk mengeluarkan zat alami yang disebut opioid endogen, seperti endorfin dan enkefalin. Ketika hormon endorfin ini dilepaskan, tubuh menjadi lebih kuat dalam melawan penyakit karena daya tahan tubuh meningkat. Selain itu, endorfin juga membantu mengontrol emosi, sehingga seseorang bisa menjadi lebih tenang dan tidak mudah marah. Dengan begitu, tingkat agresifitas dalam berhubungan dengan orang lain bisa berkurang, dan hubungan sosial menjadi lebih harmonis.

Minyak esensial lavender secara alami memiliki fungsi sebagai anti bakteri, jamur, virus seperti infeksi saluran pernafasan, saluran reproduksi, luka bakar, infeksi kulit, gigitan serangga, menurunkan emosi, cemas, depresi, dan meningkatkan keseimbangan kesehatan jiwa dan raga, selain itu dengan penggunaan aroma terapi lavender dapat memberi rasa nyaman, tenang, dan sedatif. Adapun beberapa manfaat penggunaan aroma terapi lavender antara lain:

- a. Lavender dikenal luas sebagai tanaman yang memiliki efek menenangkan atau ansiolitik, karena memiliki kandungan *Linalool*, salah satu senyawa utama dalam minyak lavender, telah terbukti memiliki efek anti-cemas, yang berarti bisa menurunkan tingkat kecemasan, lavender menjadi pilihan alami yang efektif untuk membantu menjaga kestabilan emosi.
- b. Aromaterapi lavender dapat menciptakan suasana yang lebih relaks. Kondisi ini dapat membantu mengontrol emosi, sehingga dorongan untuk melakukan tindakan kekerasan bisa berkurang.
- c. aroma lavender dapat membantu seseorang menjadi lebih tenang, sehingga kemampuan untuk mengontrol diri saat menghadapi situasi yang memicu emosi. Dengan kata lain, aromaterapi



lavender dapat mengontrol diri saat sedang mengalami tekanan emosional.

### **3. Mekanisme Kerja Relaksasi Nafas Dalam Kombinasi dengan Aromaterapi Lavender**

Teknik relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender merupakan dua pendekatan non-farmakologis yang terbukti efektif dalam menurunkan gejala stres, kecemasan, dan kemarahan yang dapat memicu perilaku kekerasan pada pasien dengan gangguan jiwa. Ketika dilakukan dengan benar, teknik napas dalam memicu aktivasi sistem saraf parasimpatis melalui stimulasi nervus vagus, yang berperan penting dalam menurunkan respons simpatik seperti peningkatan detak jantung dan tekanan darah. Aktivasi sistem parasimpatis ini akan menyebabkan tubuh memasuki kondisi relaksasi, yang ditandai dengan peningkatan produksi neurotransmitter seperti serotonin dan GABA, serta penurunan kadar hormon stres seperti kortisol. Ketika dihirup, partikel aroma dari minyak esensial lavender memasuki saluran pernafasan dan diteruskan ke otak melalui sistem saraf penciuman, khususnya dengan merangsang reseptor *olfaktorius* yang terhubung langsung dengan sistem limbik, pusat pengontrol emosi di otak, efek relaksasi yang dihasilkan oleh penggunaan minyak lavender dapat menurunkan ketegangan emosional yang berlebihan, mengurangi kemarahan, kecemasan, dan stres, serta berpotensi menghambat dorongan untuk melakukan tindakan kekerasan, baik terhadap diri sendiri maupun orang lain. Dalam aromaterapi, minyak esensial biasanya digunakan dengan cara dihirup (inhalasi) atau dioleskan langsung ke kulit (topikal). Ketika aromanya dihirup, minyak esensial akan memberikan rangsangan ke otak dan sistem saraf melalui jalur penciuman. Rangsangan ini kemudian memicu otak untuk memproduksi zat kimia penghantar sinyal (neurotransmitter) yang berhubungan dengan pemulihan kondisi psikologis, seperti

memperbaiki emosi, perasaan, pikiran, dan keinginan seseorang, sehingga membantu menciptakan rasa lebih tenang dan nyaman. (Dinnar Fitria M.P & Aria Nurahman, 2023).

Kombinasi antara teknik napas dalam dan aromaterapi lavender menghasilkan efek sinergis, di mana relaksasi fisiologis dan efek neuropsikologis terjadi secara bersamaan. Pendekatan ini dinilai efektif dalam menurunkan gejala kecemasan, kemarahan, dan agitasi pada pasien dengan risiko kekerasan. Hasil penelitian oleh Wulandari (2020) menunjukkan bahwa kombinasi kedua teknik ini signifikan menurunkan skala kemarahan pada pasien di bangsal psikiatri.

#### **4. Prosedur Pelaksanaan Relaksasi Nafas Dalam Kombinasi dengan Aromaterapi Lavender**

Aromaterapi dapat dilakukan dengan cara menghirup aroma minyak esensial *inhalasi* atau dapat digunakan dengan cara mengoleskannya langsung ke kulit topikal. Menurut Norelli (2023) Ada banyak jenis latihan pernafasan dalam, dan salah satu yang sangat membantu untuk relaksasi adalah *deep breathing* atau napas dalam. Latihan ini berguna untuk membantu pasien mengelola stres dan bisa dilakukan sebelum, saat, atau setelah mengalami situasi yang menegangkan. Kelebihan dari teknik ini mudah dan bisa dilakukan di berbagai situasi, bahkan di lingkungan yang ramai sekalipun. Penggunaan terapi komplementer non farmakologis relaksasi napas dalam juga dapat dikombinasikan dengan penggunaan aroma terapi sebagai pelengkap dari pemberian layanan pasien dengan risiko perilaku kekerasan untuk membantu pasien dalam mengatasi dan mengontrol perilaku kekerasan. Dengan menggunakan minyak esensial lavender dapat mempercepat proses relaksasi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Tarik napas melalui hidung selama 3 detik saat mengambil napas. sambil menghirup aromaterapi lavender.

- b. Tahan nafas sambil selama 3 detik.
- c. Buang nafas perlahan sambil menghembuskan melalui mulut.
- d. Setelah itu, ulangi langkah-langkah ini beberapa kali.

Penggunaan terapi komplementer non farmakologis relaksasi nafas dalam juga dapat di kombinasikan dengan penggunaan aroma terapi sebagai pelengkap dari pemberian layanan pasien dengan resiko perilaku kekerasan untuk membantu pasien dalam mengatasi dan mengontrol perilaku kekerasan. Dengan menggunakan minyak esensial lavender dapat mempercepat proses relaksasi pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Adapun beberapa prosedur atau tahapan dalam pemberian terapi relaksasi nafas dalam yang di padukan dengan aroma terapi lavender antara lain:

a. Tujuan

- 1) Membantu menurunkan kecemasan, mengurangi ketegangan otot dan menstabilkan emosi pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
- 2) Membantu pasien agar lebih tenang dan relaks

b. Alat dan bahan

- 1) Kuisioner
- 2) Aromaterapi lavender *inheler*
- 3) SOP Relaksasi nafas dalam dengan aroma terapi lavender

Tabel 2.2 SOP Relaksasi Nafas Dalam Kombinasi dengan Aromaterapi Lavender (Pertiwi et al., 2023)

| No               | Langkah Kegiatan                                                                   | Waktu   |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Persiapan</b> |                                                                                    | 4 menit |
| 1                | Persiapan alat                                                                     |         |
| 2                | Kontrak waktu dengan pasien dan siapkan tempat                                     |         |
| <b>Orientasi</b> |                                                                                    | 6 menit |
| 3                | Salam Terapeutik<br>a. Mengucapkan salam sebagai pendekatan terapeutik pada pasien |         |
| 4                | Evaluasi/Validasi<br>b. Menanyakan Keadaan pasien hari ini                         |         |
| 5                | Kontrak                                                                            |         |

| No                 | Langkah Kegiatan                                                                                                                                                                                                                               | Waktu    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                    | c. Menjelaskan tujuan kegiatan<br>d. Menjelaskan aturan kegiatan<br>e. Pasien harus mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir<br>f. Bila hendak keluar harus meminta izin<br>g. Durasi kegiatan 30 menit                                       |          |
| <b>Tahap Kerja</b> |                                                                                                                                                                                                                                                |          |
| 6                  | Menjelaskan kegiatan yang akan di lakukan yaitu melakukan terapi relaksasi nafas dalam yang di kombinasikan dengan aromaterapi lavender                                                                                                        |          |
| 7                  | Menciptakan kondisi ruangan yang tenang                                                                                                                                                                                                        |          |
| 8                  | Menyiapkan dan meneteskan minyak esensial Lavender pada tabung <i>inhaler</i> dan memposisikan pasien senyaman mungkin dan usahakan pasien tetap relaks dengan posisi duduk tegap dan tertutup                                                 |          |
| 9                  | Mendekatkan esensial aromaterapi yang sudah berada pada tabung <i>inhaler</i> pada hidung pasien, kemudian minta pasien untuk menarik nafas melalui hidung selama 3 detik sambil menghirup aroma terapi yang berada di tabung <i>inheler</i> . | 15 menit |
| 10                 | Setelah menarik nafas kemudian pasien di minta untuk menahan nafas selama 3 detik kemudian di hembuskan melalui mulut secara perlahan                                                                                                          |          |
| 11                 | Ulangi sebanyak 10-15 kali                                                                                                                                                                                                                     |          |
| <b>Terminasi</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                |          |
| 12                 | Evaluasi<br>a. Menanyakan perasaan pasien setelah melakukan relaksasi nafas dalam dan menghirup aroma terapi lavender<br>b. Terapis memberikan pujian padan pasien                                                                             | 5 menit  |
| 13                 | Tindak Lanjut<br>c. Terapis menuliskan kegiatan relaksasi pada kegiatan harian                                                                                                                                                                 |          |
| 14                 | Kontrak selanjutnya<br>d. Kontrak terapi yang akan datang<br>e. Kontrak waktu dan tempat<br>f. Berpamitan dan mengucapkan salam pada pasien.                                                                                                   |          |

## C. Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dan dasar yang sangat penting dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, penulis melakukan

pengumpulan berbagai data yang diperlukan untuk memahami kondisi pasien secara menyeluruh. Data yang dikumpulkan mencakup aspek biologi, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Setelah data terkumpul, penulis kemudian merumuskan kebutuhan dan masalah yang dialami pasien berdasarkan hasil pengkajian tersebut, sehingga dapat direncanakan tindakan pemberian asuhan pelayanan yang tepat sesuai dengan kebutuhan masing-masing pasien (Azizah et al., 2016).

a. Identitas Pasien

Memperkenalkan diri sebagai langkah awal sebagai pendekatan kepada pasien dengan menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan penulis yang akan digunakan selama berinteraksi. Setelah itu, penulis melakukan pengkajian, yang meliputi nama lengkap pasien, nama panggilan pasien, tujuan pertemuan, waktu dan tempat pelaksanaan, serta topik yang akan dibahas bersama. Selain itu, perlu menanyakan dan mencatat informasi penting seperti usia pasien, nomor rekam medis (No. RM), tanggal saat pengkajian dilakukan, serta sumber data yang digunakan dalam proses pengkajian tersebut. Semua informasi ini penting untuk mendukung kelancaran proses pengkajian dan membangun hubungan yang baik antara mahasiswa dan pasien.

b. Alasan masuk

Menanyakan penyebab pasien atau keluarga datang, apa yang menjadi penyebab utama pasien melakukan kekerasan, apa yang pasien lakukan pada saat dirumah, apa yang sudah keluarga lakukan untuk mengatasi masalah yang di alami pasien.

c. Faktor Predisposisi

Mengajukan pertanyaan kepada pasien atau keluarganya apakah ada riwayat gangguan jiwa di keluarga, serta bagaimana hasil pengobatan yang pernah dijalani sebelumnya. Juga menanyakan apakah pasien pernah mengalami atau melakukan kekerasan fisik, kekerasan seksual, penolakan dari lingkungan sekitar, kekerasan

dalam keluarga, atau pernah terlibat dalam tindakan kriminal. Selain itu, penulis perlu menggali pengalaman pasien tentang kejadian-kejadian tidak menyenangkan yang pernah dialami. Pada pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan, penting untuk mencari tahu faktor-faktor yang mungkin menjadi penyebabnya, seperti pengalaman buruk di masa lalu, riwayat anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa, dan kejadian-kejadian sebelumnya yang mungkin berhubungan.

d. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan secara menyeluruh dari ujung kepala hingga ujung kaki (*head to toe*), selain itu tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, laju pernafasan, serta pengukuran tinggi dan berat badan pasien. Selain itu, tanyakan juga kepada pasien apakah ada keluhan fisik yang sedang dirasakan, seperti rasa sakit, pusing, atau gejala lainnya. Pada pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan, biasanya akan terlihat tanda-tanda fisik tertentu, seperti tekanan darah yang meningkat, pernafasan yang menjadi lebih cepat (nafas terasa pendek-pendek), wajah memerah, otot-otot tubuh menjadi tegang, dan pupil mata melebar.

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram adalah gambaran hubungan antara pasien dan keluarganya, yang dilihat dari bagaimana mereka berkomunikasi, cara mereka mengambil keputusan, dan bagaimana orang tua atau keluarga mengasuh pasien. Bagi pasien yang memiliki perilaku kekerasan, penting untuk mengetahui bagaimana pola asuh keluarganya selama ini dalam menghadapi pasien.

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

Tanyakan kepada pasien bagaimana pendapatnya tentang tubuhnya sendiri, bagian tubuh mana yang paling disukai, dan bagaimana reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang

kurang disukai. Pada pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan, biasanya gambaran dirinya bisa dilihat dari mata yang tajam, tangan yang mengepal, dan wajah yang memerah.

b) Identitas diri

Tanyakan tentang status dan posisi pasien sebelum dirawat, apakah pasien merasa puas dengan status dan posisi tersebut, pasien apakah merasa puas dengan identitasnya sebagai laki-laki atau perempuan, serta keunikan apa yang dimiliki pasien sesuai dengan jenis kelamin dan posisinya. Pada pasien dengan perilaku kekerasan (PK), biasanya identitas dirinya terlihat dari kurangnya moral, sering menunjukkan sikap pendendam, mudah marah, dan suka bermusuhan.

c) Fungsi peran

Tanyakan apa tugas atau peran pasien dalam keluarga, di tempat kerja, atau di lingkungan masyarakat. Lalu lihat apakah pasien mampu menjalankan peran atau tanggung jawab tersebut dengan baik. Perhatikan juga perubahan yang terjadi saat pasien jatuh sakit dan harus dirawat, serta bagaimana perasaan pasien terhadap perubahan itu. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, peran dan fungsi biasanya terganggu karena munculnya tindakan yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain, atau merusak lingkungan sekitar.

d) Ideal diri

Pada pasien dengan perilaku kekerasan (PK), jika kenyataan yang dihadapi tidak sesuai dengan harapannya, biasanya pasien akan mudah marah atau menunjukkan kemarahan. Oleh karena itu, dalam pengkajian tentang cita-cita diri pasien, perlu ditanyakan apa saja harapan pasien, seperti bagaimana kondisi tubuh ideal menurutnya, posisi atau peran yang diinginkan dalam keluarga, pekerjaan, atau sekolah,

harapan terhadap lingkungan sekitar, serta harapan terhadap proses penyembuhan penyakitnya. Juga penting untuk mengetahui bagaimana reaksi pasien jika kenyataan yang ada tidak sesuai dengan semua harapan tersebut.

e) Harga diri

Harga diri adalah cara seseorang menilai dirinya sendiri, berdasarkan sejauh mana perilakunya sudah sesuai dengan gambaran ideal tentang dirinya. Orang yang punya harga diri tinggi biasanya bisa menerima dirinya apa adanya, walaupun pernah melakukan kesalahan, mengalami kegagalan, atau kalah dalam sesuatu, tetap merasa bahwa dirinya berharga dan penting. Sedangkan pada pasien dengan perilaku kekerasan, harga dirinya biasanya rendah. Hal ini disebabkan karena pasien sulit menerima kenyataan, emosinya tidak stabil, dan cenderung merasa bahwa dirinya tidak berarti atau tidak berharga.

3) Hubungan sosial

Hubungan sosial pada orang dengan perilaku kekerasan biasanya terganggu karena ada risiko merugikan diri sendiri, orang lain, atau merusak lingkungan, dan juga karena sering tidak bisa mengendalikan amarahnya. Dalam pengkajian, perlu dilakukan pengamatan tentang kelompok apa saja yang diikuti pasien di masyarakat, seberapa aktif pasien ikut dalam kegiatan kelompok atau lingkungan, apakah ada kesulitan saat berhubungan dengan orang lain, dan apakah pasien masih mempunyai minat untuk berinteraksi dengan orang di sekitarnya.

4) Spiritual

Nilai dan keyakinan yang dianut pasien, bagaimana cara pasien menjalankan ibadah atau kepercayaannya, serta apakah pasien merasa puas dan tenang saat menjalankan keyakinan tersebut.



f. Status mental

1) Penampilan

Perhatikan penampilan pasien dari kepala sampai kaki, apakah terlihat rapi atau tidak. Lihat juga apakah pakaian yang dipakai sesuai atau justru aneh dan tidak seperti biasanya. Kemampuan pasien dalam berpakaian juga perlu diperhatikan, apakah bisa melakukannya sendiri atau tidak. Ketidakmampuan pasien dalam merawat penampilan bisa mempengaruhi kondisi psikologisnya dan menunjukkan adanya masalah dalam merawat diri (defisit penulisan diri). Pada pasien dengan perilaku kekerasan, biasanya terlihat tidak terawat, seperti pakaian berantakan atau tidak cocok, rambut kotor dan tidak disisir, gigi tampak kuning dan kotor, serta kuku panjang dan hitam.

2) Pembicaraan

Perhatikan cara pasien berbicara, apakah bicaranya cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering berhenti tiba-tiba, cuek, lambat, diam saja, menghindari pembicaraan, atau kesulitan untuk memulai percakapan. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, biasanya cara bicaranya kasar, suaranya tinggi, suka membentak, terdengar ketus, dan sering menggunakan kata-kata kotor.

3) Aktifitas motorik

Agresif bisa dilakukan dengan melukai diri sendiri, menyerang orang lain, atau merusak benda-benda di sekitarnya. Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya terlihat tegang dan gelisah, wajahnya memerah, dan sering mondar-mandir tidak tenang.

4) Afek dan emosi

Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya memiliki emosi yang tidak stabil atau mudah berubah. Pasien cenderung mudah marah, bisa tiba-tiba mengamuk, membanting barang, menyakiti

diri sendiri, orang lain, atau merusak benda di sekitarnya, bahkan bisa juga berteriak-teriak tanpa kendali.

5) Interaksi selama wawancara

Pasien dengan perilaku kekerasan saat diwawancarai biasanya mudah marah, suka membela diri, merasa pendapatnya selalu paling benar, curigaan, sinis, dan sering menolak dengan cara yang kejam. Sikap bermusuhan bisa terlihat dari kata-kata atau datang yang tidak ramah. Rasa curiga ditunjukkan dengan sikap seolah-olah tidak percaya kepada orang yang melakukan wawancara atau orang lain di sekitarnya.

6) Persepsi sensori

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, ada risiko mengalami gangguan persepsi sensori yang dapat menjadi penyebab munculnya emosi.

7) Proses fikir

a) Proses pikir (arus dan bentuk pikir)

Otistik (autisme) adalah cara berpikir yang dipenuhi oleh khayalan atau lamunan untuk memenuhi keinginan yang sebenarnya sulit atau tidak dapat dicapai. pasien cenderung hidup di dunianya sendiri, lebih fokus pada apa yang diinginkannya tanpa peduli dengan orang atau keadaan di sekitarnya. Hal ini menunjukkan adanya gangguan dalam alur pikir pasien, yang ditunjukkan melalui lamunan, khayalan, kepercayaan yang tidak nyata (waham), dan halusinasi yang biasanya membuat dirinya merasa senang.

b) Isi fikir

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien biasanya mempunyai pikiran yang penuh kualitas, tidak mudah percaya pada orang lain, dan merasakan dirinya dalam keadaan tidak aman.

c) Tingkat kesadaran

Pasien terlihat tidak sadar, bingung (apatis), dan tidak peduli dengan lingkungan sekitarnya. Ia juga bisa mengalami disorientasi, yaitu tidak tahu dia berada di mana, bersama siapa, dan waktu saat itu. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, biasanya tingkat kesadarannya terganggu, merasa bingung menghadapi kenyataan, dan terlihat gelisah.

d) Memori

Pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat mengingat kejadian jangka pendek maupun kejadian pada masa yang lalu.

e) Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi pasien dengan perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. pasien selalu menatap orang lain dengan penuh kecemasan tegang dan gelisahan.

f) Kemampuan penilaian/pengambilan keputusan.

Pasien dengan perilaku kekerasan tidak dapat mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

g) Daya Tarik

Pasien tidak mengakui bahwa dirinya sedang sakit, tidak menyadari adanya perubahan fisik atau emosional pada dirinya, dan merasa tidak perlu mencari bantuan. Pasien juga sering menyalahkan hal-hal di luar dirinya sebagai penyebab penyakit atau masalah yang sedang dialaminya saat ini.

8) Mekanisme koping

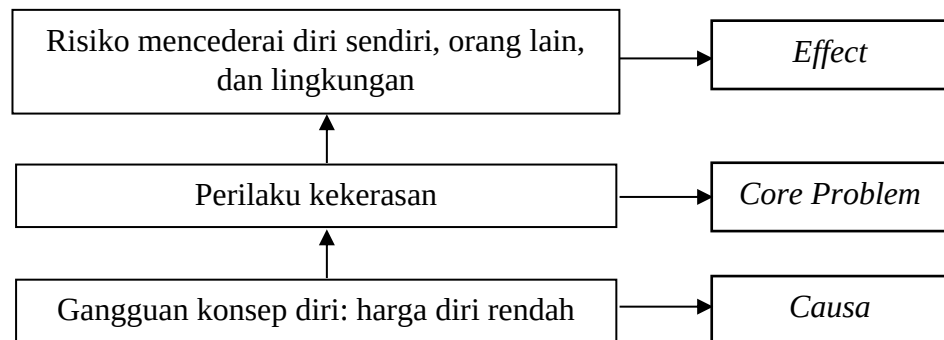
mekanisme koping adalah respons individu terhadap stresor untuk mengontrol, mengurangi, atau mentoleransi stres yang dirasakannya. Mekanisme koping dapat bersifat adaptif (sehat) atau maladaptif (tidak sehat), tergantung pada bagaimana individu mengatasi tekanan atau konflik yang dialaminya.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien dengan perilaku kekerasan (Yusuf et al., 2015) antara lain:

|               |                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------|
| Akibat        | Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan |
| Masalah utama | Perilaku Kekerasan                                        |
| Penyebab      | Gangguan Harga Diri: Harga Diri Rendah                    |

Gambar 2.2 Pohon Masalah Diagnosa Keperawatan



## 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah proses penyusunan langkah-langkah yang akan dilakukan untuk membantu mengatasi masalah yang dialami pasien. Dalam proses ini, penulis menentukan masalah mana yang harus diprioritaskan untuk ditangani sesuai dengan prioritas utama dalam masalah yang dialami oleh pasien. Setelah itu, penulis merumuskan masalah secara jelas, membuat rencana tindakan yang sesuai, dan menyiapkan cara untuk menilai apakah asuhan yang diberikan sudah efektif atau belum. Semua langkah ini disusun berdasarkan hasil analisis data dan diagnosis yang sebelumnya telah dikumpulkan. Jadi, perencanaan ini sangat penting agar penulis tahu apa yang harus dilakukan dan bisa memberikan penulisan yang tepat sesuai kondisi pasien.

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) secara umum. Tujuan khusus

merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki pasien. Umumnya, kemampuan pasien pada tujuan khusus dapat dibagi menjadi tiga aspek, yaitu kemampuan kognitif, psikomotor dan kemampuan afektif yang perlu dimiliki agar pasien percaya pada kemampuan menyelesaikan masalah. Kata kerja yang digunakan untuk menuliskan tujuan ini harus berfokus pada perilaku (Mashudi et al., 2021) Untuk mengatasi masalah pada pasien gangguan jiwa dengan masalah resiko perilaku kekerasan terdapat beberapa strategi pelaksanaan yang dapat di gunakan dalam pemberian asuhan keperawatan. Berikut adalah strategi pelaksanaan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan:

SP 1:

- a. Identifikasi penyebab terjadinya perilaku kekerasan.
- b. Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- c. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan.
- d. Identifikasi akibat perilaku kekerasan.
- e. Identifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan.
- f. Identifikasi latihan cara mengontrol fisik 1.
- g. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 2 Pasien:

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
- b. Praktikkan latihan cara mengontrol fisik 2 Latih verbal (3 macam)
- c. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 3 Pasien:

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
- b. Mempraktikkan latihan cara verbal/sosial (3 macam)
- c. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 4 Pasien:

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2) dan verbal (SP 3)

- b. Latih cara spiritual
- c. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 5 Pasien:

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2), verbal (SP 3), dan Spiritual
- b. Latihan patuh obat
- c. Masuk jadwal kegiatan pasien

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Menurut Mashudi (2021) Implementasi Keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan penulis untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya sampai kondisinya menjadi lebih baik, sesuai dengan hasil yang diharapkan. Dalam pelaksanaannya, implementasi harus fokus pada kebutuhan pasien, mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tersebut, memilih strategi yang tepat, dan melibatkan komunikasi yang baik.

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi adalah proses membandingkan secara sistematis dan terencana kondisi kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Proses ini dilakukan secara terus-menerus dan melibatkan pasien serta tim kesehatan lainnya. Dalam pendinginan, evaluasi berfungsi untuk menilai apakah tindakan yang diberikan sudah sesuai dan apakah kebutuhan pasien sudah terpenuhi secara maksimal. Evaluasi juga berguna untuk melihat sejauh mana hasil dari proses direndam tercapai. Tahapan ini merupakan bagian terakhir dari proses pembekuan yang membantu menentukan apakah tujuan penulisan sudah berhasil dicapai, atau apakah perlu dilakukan pendekatan atau tindakan lain yang lebih sesuai (Mashudi et al., 2021), evaluasi dapat di bedakan menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi Formatif (Proses) dilakukan setelah setiap tindakan keperawatan guna menilai kemajuan pasien secara bertahap selama

pelaksanaan asuhan. Evaluasi Sumatif (Hasil) dilakukan dengan membandingkan respon atau perubahan kondisi pasien terhadap pencapaian tujuan keperawatan baik yang bersifat khusus maupun umum, yang telah dirumuskan sebelumnya.

Pencatatan hasil evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*), yaitu metode dokumentasi keperawatan yang bersifat sistematis. Pada bagian *Subjective*, penulis mencatat pernyataan pasien yang mencerminkan kondisi emosional atau persepsi pribadi pasien, bagian *Objective* memuat data hasil observasi penulis terhadap kondisi fisik dan perilaku pasien, bagian *Assessment* berisi interpretasi atau analisis penulis terhadap kondisi pasien, dan yang terakhir bagian *Plan* mencakup rencana tindak lanjut yang akan dilakukan.