

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

##### **1. Pengertian Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Dalam Tataran Kebutuhan Dasar Manusia**

Manusia memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen atau majemuk. Setiap individu memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena perbedaan budaya maka kebutuhan tersebutpun ikut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhan manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada. Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu: kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter dan Patricia, 1997).

Abraham Maslow, beliau membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam lima tingkat berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis, merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan kedua adalah Kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama

kali, karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.

- c. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Johnson mengungkapkan pandangannya dengan menggunakan pendekatan sistem perilaku. Dalam pendekatan ini, individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas, baik dalam lingkungan internal maupun eksternal. Individu juga memiliki keinginan untuk mengatur dan menyesuaikan dirinya terhadap pengaruh yang terjadi karena dampak dari hal tersebut.

Sedangkan menurut Virginia Henderson (dalam Potter dan Perry, 1997) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen berikut yaitu:

- a. Manusia harus dapat bernafas secara normal
- b. makan dan minum yang cukup
- c. Setiap hari harus bisa buang air besar dan buang air kecil (eliminasi) dengan lancar
- d. Bisa bergerak dan mempertahankan postur tubuh yang diinginkan
- e. Bisa tidur dan istirahat dengan tenang
- f. Memilih pakaian yang tepat dan nyaman dipakai

- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasikan lingkungan
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini,
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan
- l. Bekerja untuk membiayai kebutuhan hidup
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi dan belajar menambah pengetahuan, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal
- n. Kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Beberapa faktor dapat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia seperti penyakit, hubungan keluarga, konsep diri, tahap perkembangan dan struktur keluarga. Manusia akan berusaha memenuhi kebutuhannya demi konsep diri yang tinggi, dan tahap perkembangan yaitu dari bayi baru lahir sampai dengan kematian maka kebutuhan tetap akan berkembang sesuai dengan bertambahnya usia individu.

## 2. **Kebutuhan Psikososial**

Psikososial merupakan istilah yang menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental/emosinya. Psikososial melibatkan aspek psikologis dan social (Asmadi, 2008)

Kebutuhan psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbal balik, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial dan atau gejala sosial dalam masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa (Depkes, 2011).

Kebutuhan psikososial merupakan kebutuhan yang terdiri dari dua yaitu aspek psikologis dan aspek sosial. Aspek psikologis bisa didapatkan dari pengalaman seseorang seperti pemikiran, perasaan dan tingkah laku. Sementara aspek sosial bisa didapatkan dari pengalaman sosialnya seperti hubungan dengan orang lain, tradisi dan budaya dan kebiasaan. Pemenuhan kebutuhan psikososial sangat penting bagi hidup seseorang karena memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap kualitas hidup karena berkaitan dengan hubungan sosial, kognitif, tingkat spiritual, dan emosional yang dapat menunjang kesehatan jiwa pada hidup seseorang (Ambarwati, 2017).

Setiap pasien yang mengalami gangguan jiwa memerlukan kebutuhan psikososial. Kebutuhan psikososial terdiri dari harga diri, cinta, emosi, rasa kepercayaan, apresiasi dan rasa aman. Sehingga kebutuhan psikososial pada seseorang tersebut terpenuhi dari masalah kejiwaan sebagai akibat dari pengaruh hubungan sosial (Kemenkes RI, 2016).

## **B. PERILAKU KEKERASAN**

### **1. Pengertian**

Perilaku kekerasan adalah salah satu respons marah yang diespresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Keliat,dkk, 2011).

Menurut Nanda (dalam Sutejo, 2017) menyatakan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal

Menurut Townsend (2000), amuk (aggression) adalah tingkah laku yang bertujuan untuk mengancam atau melukai diri sendiri dan orang lain juga diartikan sebagai perang atau menyerang.

## 2. Penyebab

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan menurut teori biologik, teori psikologi, dan teori sosiokultural yang dijelaskan oleh Townsend (1996 dalam Purba dkk, 2008) adalah:

### a. Teori Biologik

Teori biologik terdiri dari beberapa pandangan yang berpengaruh terhadap perilaku:

#### 1) Neurobiologik

Ada 3 area pada otak yang berpengaruh terhadap proses impuls agresif: sistem limbik, lobus frontal dan hypothalamus. Neurotransmitter juga mempunyai peranan dalam memfasilitasi atau menghambat proses impuls agresif. Sistem limbik merupakan sistem informasi, ekspresi, perilaku, dan memori. Apabila ada gangguan pada sistem ini maka akan meningkatkan atau menurunkan potensial perilaku kekerasan. Adanya gangguan pada lobus frontal maka individu tidak mampu membuat keputusan, kerusakan pada penilaian, perilaku tidak sesuai, dan agresif. Beragam komponen dari sistem neurologis mempunyai implikasi memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbik terlambat dalam menstimulasi timbulnya perilaku agresif. Pusat otak atas secara konstan berinteraksi dengan pusat agresif.

#### 2) Biokimia

Berbagai neurotransmitter (epinephrine, norepinephrine, dopamine, asetikolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi atau menghambat impuls agresif. Teori ini sangat konsisten dengan fight atau flight yang dikenalkan oleh Selye dalam teorinya tentang respons terhadap stress.

### 3) Genetik

Penelitian membuktikan adanya hubungan langsung antara perilaku agresif dengan genetik karyotype XYY.

### 4) Gangguan Otak

Sindroma otak organik terbukti sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindak kekerasan. Tumor otak, khususnya yang menyerang sistem limbik dan lobus temporal; trauma otak, yang menimbulkan perubahan serebral; dan penyakit seperti ensefalitis, dan epilepsi, khususnya lobus temporal, terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

## b. Teori Psikologik

### 1) Teori Psikoanalitik

Teori psikoanalitik menjelaskan jika tidak terpenuhinya kebutuhan untuk mendapatkan kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri rendah. Agresi dan tindak kekerasan memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri dan memberikan arti dalam kehidupannya. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri.

### 2) Teori Pembelajaran

Teori ini mengatakan bahwa Anak belajar melalui perilaku meniru dari contoh peran mereka, biasanya orang tua mereka sendiri. Contoh peran tersebut ditiru karena dipersepsikan sebagai prestise atau berpengaruh, atau jika perilaku tersebut diikuti dengan pujian yang positif. Anak memiliki persepsi ideal tentang orang tua mereka selama tahap perkembangan awal. Namun, dengan perkembangan yang dialaminya, mereka mulai meniru pola perilaku guru, teman, dan orang lain. Individu yang dianiaya ketika masih kanak-kanak

atau mempunyai orang tua yang mendisiplinkan anak mereka dengan hukuman fisik akan cenderung untuk berperilaku kekerasan setelah dewasa.

c. Teori Sosiokultural

Pengaruh faktor budaya dan struktur sosial terhadap perilaku agresif. Ada kelompok sosial yang secara umum menerima perilaku kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan masalahnya. Masyarakat juga berpengaruh pada perilaku tindak kekerasan, apabila individu menyadari bahwa kebutuhan dan keinginan mereka tidak dapat terpenuhi secara konstruktif. Penduduk yang ramai /padat dan lingkungan yang ribut dapat berisiko untuk perilaku kekerasan. Adanya keterbatasan sosial dapat menimbulkan kekerasan dalam hidup individu.

**3. Tanda Dan Gejala**

Menurut Sutejo (2017) mengatakan bahwa tanda dan gejala pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak.

Sedangkan Yosep (2009) mengemukakan tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

a. Fisik

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/ pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Postur tubuh kaku
- 6) Jalan mondar-mandir

b. Verbal

- 1) Bicara kasar

- 2) Suara tinggi, membentak atau berteriak
- 3) Mengancam secara verbal atau fisik
- 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- 5) Suara keras
- 6) Ketus

c. Perilaku

- 1) Melempar atau memukul benda/orang lain
- 2) Menyerang orang lain
- 3) Melukai diri sendiri/orang lain
- 4) Merusak lingkungan
- 5) Amuk/agresif
- 6) Emosi Tidak adekuat.

d. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

e. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

f. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

g. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

4. Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait perilaku kekerasan menurut PPNI (2016) dalam SDKI adalah :

- a. Gangguan pemusatan perhatian hiperaktifitas (GPPH)



- b. Gangguan perilaku
- c. Oppositional defiant disorder
- d. Gangguan Tourette
- e. Delirium
- f. Demensia
- g. Gangguan amnestik

#### 5. Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2014) faktor predisposisi perilaku kekerasan antara lain:

##### a. Psikologis

Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan, misalnya : pada masa kanak-kanak yang mendapat perilaku kekerasan cenderung saat dewasa menjadi pelaku perilaku kekerasan.

##### b. Perilaku

Kekerasan didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka kekerasan yang diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.

##### c. Sosial Budaya

Budaya yang pasif – agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar.

##### d. Bioneurologis

Beberapa berpendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

## **6. Faktor presipitasi**

Menurut Yosep (2014) faktor presipitasi perilaku kekerasan antara lain:

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

## **7. Akibat Dari Perilaku Kekerasan**

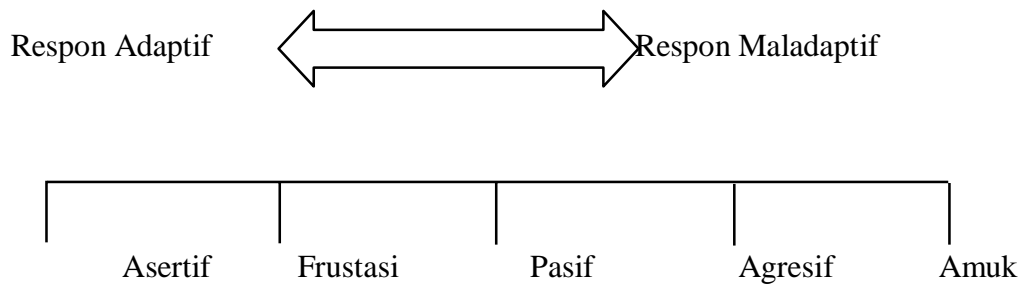
Klien dengan perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Resiko mencederai merupakan suatu tindakan yang kemungkinan dapat melukai/membahayakan diri, orang lain dan lingkungan.

## **8. Marah**

Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap ansietas (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman (Sutejo 2017). Marah yang dialami setiap individu memiliki

rentang dimulai dari respon adaptif sampai maladaptif. Berikut adalah rentang gambar respon perilaku kekerasan

**Gambar 1 Rentang Respon. Sumber : (Nurhalimah 2016)**



Keterangan :

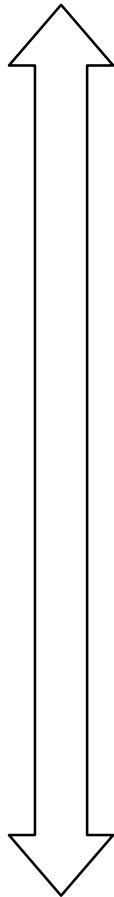
- Asertif :Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
- Frustrasi :Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis atau terhambat
- Pasif :Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya
- Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol
- Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol

Setelah didapatkan respon perilaku pasien, selanjutnya perlu melihat hierarki perilaku kekerasan untuk mengetahui rendah dan tingginya risiko perilaku kekerasan pasien melalui tingkah laku pasien.

**Gambar 2 Hierarki Perilaku Kekerasan.**

**Sumber : (Nurhalimah 2016)**

**Rendah**



**Tinggi**

NO.	Hierarki 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 cara yang menakutkan
6.	Memberi kata-kata ancaman dengan rencana melukai

**Tabel 1 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif.**

**Sumber : (Nurhalimah 2016)**

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negatif</li> <li>• Menghina</li> <li>• Dapatkah saya lakukan</li> <li>• Dapatkah ia lakukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positif</li> <li>• Menghargai diri sendiri</li> <li>• Saya dapat/akan lakukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berlebihan</li> <li>• Menghina orang lain</li> <li>• Anda selalu/tidak pernah</li> </ul>
Nada suara	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diam</li> <li>• Lemah</li> <li>• Merengek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi</li> <li>• Menuntut</li> </ul>
Postur/sikap tubuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melotot</li> <li>• Menundukan kepala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tegak</li> <li>• Rileks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenang</li> <li>• Bersandar ke depan</li> </ul>
Personal space	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjaga jarak yang menyenangkan</li> <li>• Mempertahankan hak tempat/teritorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memasuki teritorial orang lain</li> </ul>
Gerakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimal</li> <li>• Lemah</li> <li>• Resah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memperlihatkan gerak yang sesuai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengancam</li> <li>• Ekspansi gerakan</li> </ul>
Kontak mata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedikit atau tidak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekali-sekali sesuai dengan kebutuhan interaksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• melotot</li> </ul>

## 9. Intervensi

Intervensi keperawatan perilaku kekerasan (D.0146)

### a. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kontrol diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun
- 2) Verbalisasi umpatan menurun
- 3) Perilaku menyerang menurun
- 4) Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun
- 5) Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun
- 6) Perilaku agresif/amuk menurun
- 7) Suara keras menurun
- 8) Bicara ketus menurun.

### b. Intervensi

#### 1) Manajemen pengendalian marah (I.09290)

##### a) Observasi

- (1) Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan
- (2) Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan
- (3) Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif
- (4) Monitor kemajuan dengan membuat grafik, jika perlu.

##### b) Terapeutik

- (1) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- (2) Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif
- (3) Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis.menggunakan senjata)

- (4) Cegah aktivitas pemicu agresi (mis.meninju tas, mondar mandir, berolahraga berlebihan)
- (5) Lakukan control eksternal (mis.pengekangan, dan seklusi), jika perlu
- (6) Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif
- (7) Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah.

c) Edukasi

- (1) Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi dan respon marah
- (2) Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat
- (3) Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptive
- (4) Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis.latihan asertif, teknik relaksasi, aktivitas penyaluran energi).

d) Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu

2) Manajemen perilaku (I. 12463)

a) Observasi

- (1) Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku.

b) Terapeutik

- (1) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku.
- (2) Jadwalkan kegiatan terstruktur.
- (3) Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas.

- (4) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan.
- (5) Batasi jumlah pengunjung.
- (6) Bicara dengan nada rendah dan tenang.
- (7) Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi.
- (8) Cegah perilaku pasif dan agresif.
- (9) Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku.
- (10) Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi.
- (11) Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan.
- (12) Hindari sikap mengancam dan berdebat.
- (13) Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan.

c) Edukasi

- (1) Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif.

3) Pengekangan fisik (I.09300)

a) Observasi

- (1) Identifikasi kebutuhan untuk dilakukan pengekangan fisik.
- (2) Monitor respon terhadap prosedur.
- (3) Monitor dan berikan kenyamanan psikologis.
- (4) Monitor kondisi kulit pada area pengekangan.

b) Terapeutik

- (1) Ciptakan lingkungan aman.
- (2) Sediakan staf yang mencukupi
- (3) Tunjuk staf perawat untuk mengarahkan tim dan pasien



selama pengekangan.

- (4) Amankan batas jangkauan pasien.
- (5) Fasilitasi aktivitas pengalihan (misalnya: televisi, pengunjung, telepon seluler), jika perlu
- (6) Fasilitasi perubahan posisi secara berkala.
- (7) Fasilitasi kebutuhan nutrisi, eliminasi, hidrasi, dan kebersihan diri.
- (8) Libatkan dalam aktivitas untuk meningkatkan penilaian dan orientasi.
- (9) Libatkan membuat keputusan untuk beralih ke intervensi yang kurang ketat.

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur dengan Bahasa yang mudah dimengerti
- (2) Jelaskan resiko dan manfaat pengekangan.
- (3) Latih rentang gerak sendi sesuai kondisi pasien.

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian obat untuk kegelisahan atau agitasi, jika perlu.

Menurut Stuart (2016) intervensi yang diberikan pada klien dengan marah yang mengarah ke perilaku kekerasan ada 2 yaitu:

a. Medis

- 1) Clozapin, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
- 2) Haloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan perilaku merusak diri.
- 3) Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
- 4) ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien

bila mengarah pada keadaan amuk.

b. Penatalaksanaan keperawatan untuk pasien dengan perilaku kekerasan meliputi

- 1) Berbicara positif tentang diri sendiri
- 2) Merubah Lingkungan
- 3) Menuliskan perasaan
- 4) Berfikir tentang konsekuensi
- 5) Mendengarkan musik
- 6) Menonton TV
- 7) Latihan nafas dalam
- 8) Berjalan kaki
- 9) Berhitung sampai 50
- 10) Membungkus diri dalam selimut
- 11) Latihan relaksasi
- 12) Berbicara tentang perasaan
- 13) Menggunakan keterampilan koping yang adaptif
- 14) Membaca
- 15) Menyendiri

### **C. PENYALURAN ENERGI MARAH**

Penyaluran energi merupakan teknik untuk menyalurkan energi secara konstruktif dimana memungkinkan penembangan pola-pola penyaluran energi seperti katarsis, peluapan marah dan rasa batin secara konstruktif dengan tanpa menimbulkan kerugian pada diri sendiri maupun lingkungan. Yang bertujuan untuk menyalurkan energi destruktif ke konstruktif, mengekspresikan perasaan, meningkatkan hubungan interpersonal (Keliat, 2015)

Salah satu alternatif terapi yang dapat digunakan untuk menghapus

kemarahan yang terpendam dan menanamkan nilai-nilai kesabaran adalah penyaluran energi dengan bercakap cakap dan olahraga ringan . Penyaluran energi dengan menggambar dan mewarnai merupakan aktivitas yang penuh stimulasi terhadap proses perkembangan dan sebagai bentuk ekspresi, juga dapat membantu menyalurkan bentuk-bentuk emosi yang dirasakan melalui gerakan olahraga (Edy, 2019).

Tujuan penyaluran energi dengan bercakap dan berolahraga ringan menggerakkan badan adalah mampu mengeluarkan energinya untuk melakukan kegiatan positif. Kemudian mampu menyalurkan dan menyeimbangkan dengan melakukan kegiatan positif, dan mampu untuk melampiaskan amarahnya tanpa melukai diri sendiri dan orang lain.

Mekanisme Penyaluran Energi marah dengan bercakap cakap dan olahraga ringan

a. Penyembuhan Pribadi.

Penyaluran energi dengan bercakap cakap dan olahraga ringan mampu memahami diri sendiri dan mengenali dan mengatasi kemarahan, kekesalan, emosi. Penyaluran energi tersebut dapat menenangkan perasaan pasien.

b. Pencapaian pribadi

c. Menciptakan

menciptakan rasa percaya diri, dan menghargai diri sendiri

d. Menguatkan.

Penyaluran energi dengan bercakap cakap dan olahraga ringan dapat membantu menggambarkan emosi, meluapkan kekesalannya dan mengontrol perasaan pasien.

e. Relaksasi dan meredakan stres

Stres kronis bisa membahayakan baik tubuh maupun pikiran. Penyaluran energi dengan menggambar dan mewarnai dapat dipadukan dengan teknik relaksasi untuk meredakan stres dan emosi.

#### 4. Hormon yang Berperan

Hormon oksitosin yang dikenal sebagai hormon cinta ini dipercaya berperan penting dalam tingkah laku manusia. Hormon oksitosin berada dalam hipotalamus pada otak. Hormon tersebut dikeluarkan oleh kelenjar pituitari yang terletak didasar otak. Dampak oksitosin pada tingkah laku dan respon emosi juga terlihat dalam membangun ketenangan, kepercayaan, dan stabilitas psikologi. Oksitosin juga dianggap sebagai obat yang dapat membantu meningkatkan perasaan positif serta kecakapan sosial. Cara supaya hormon oksitosin dapat meningkat adalah dengan berpelukan, karena oksitosin dalam darah akan meningkat dan juga akan bermanfaat bagi seluruh kesehatan tubuh. Dengan melakukan kegiatan positif, pasien perilaku kekerasan dapat mengontrol emosi dan perasaannya tanpa melukai diri sendiri dan orang lain

#### 5. Prosedur Penyaluran Energi dengan bercakap cakap dan olahraga ringan dan Mewarnai

##### a. Tujuan

- 1) Untuk mengontrol marah pasien
- 2) Untuk melampiaskan rasa kesal dan marahnya.
- 3) Pasien mampu mengekspresikan perasaan melalui ucapan dan gerakan
- 4) Meningkatkan hubungan interpersonal

##### b. Indikasi

- 1) Pasien Perilaku Kekerasan

### **B. Konsep Asuhan keperawatan**

Asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi 4 tahapan yaitu : Pengkajian, perencanaan/intervensi, pelaksanaan/implementasi dan evaluasi, yang masing-masing berkesinambungan serta memerlukan kecakapan keterampilan

professional tenaga keperawatan.

Proses keperawatan adalah cara pendekatan sistimatis yang diterapkan dalam pelaksanaan fungsi keperawatan, ide pendekatan yang dimiliki, karakteristik sistimatis, bertujuan, interaksi, dinamis dan ilmiah (Keliat, dkk, 1996). Proses keperawatan klien marah adalah sebagai berikut :

## 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data, klasifikasi data, analisa data, dan perumusan masalah atau kebutuhan klien atau diagnosa keperawatan.

### a. Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

#### 1) Aspek biologis

Respons fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, tachikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan refleks cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

#### 2) Aspek emosional

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

#### 3) Aspek intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individu didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses

intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi diproses, diklarifikasi, dan diintegrasikan.

#### 4) Aspek sosial

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien seringkali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

#### 5) Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa.

Dari uraian tersebut di atas jelaslah bahwa perawat perlu mengkaji individu secara komprehensif meliputi aspek fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual yang secara singkat dapat dilukiskan sebagai berikut:

- 1) Aspek fisik: terdiri dari :muka merah, pandangan tajam, napas pendek dan cepat, berkeringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat.
- 2) Aspek emosi : tidak adekuat, tidak aman, dendam, jengkel.
- 3) Aspek intelektual : mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan.
- 4) Aspek sosial : menarik diri, penolakan, kekerasan, ejekan, humor.

#### b. Klasifikasi data

Data yang didapat pada pengumpulan data dikelompokkan menjadi 2 macam yaitu data subyektif dan data obyektif. Data subyektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini didapatkan melalui wawancara perawat dengan klien dan keluarga. Sedangkan data obyektif yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.

c. Analisa data

Dengan melihat data subyektif dan data objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi klien dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab sampai pada efek dari masalah tersebut. Dari hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan.

d. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual dan potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan sebagai proses kehidupan” (Carpenito, 2000). Adapun kemungkinan diagnosa keperawatan pada klien marah dengan masalah utama perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

- 1) Perilaku kekerasan berhubungan dengan ketidak mampuan mengendalikan dorongan marah ( D.0132 )
- 2) Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan perilaku menentang dan agresif( D.0118 )
- 3) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan ketidak adekuatan sumberdaya atau dukungan sosial ( D.0074 ).

e. Rencana Keperawatan

Keliat (2011) Tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi perilaku klien. tindakan dilakukan pada pasien dan keluarga. Berikut adalah rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

Tujuan :

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
- 3) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- 4) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- 5) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya.
- 6) Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, verbal, spiritual, dan dengan terapi psikofarmaka.
- 7) Keluarga dapat berperan serta secara aktif sebagai pendukung klien (*suport system*) dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan

f. Rencana Keperawatan

- 1) Bina hubungan saling percaya, dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi. Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :
  - a) Mengucapkan salam terapeutik.
  - b) Berjabat tangan.
  - c) Menjelaskan tujuan interaksi.
  - d) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.
  - e) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
  - f) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
  - g) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik.



- h) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara Psikologis
- i) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial.
- j) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
- k) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.
- l) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah, yaitu secara verbal terhadap :orang lain, diri sendiri, lingkungan.
- m) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya.
- n) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan
  - secara Fisik : menyalurkan energi marah, tarik nafas dalam, membaca, berjalan kaki, berolah raga
  - Verbal : menyatakan secara asertif rasa marahnya.
  - Spiritual : kegiatan ibadah sesuai keyakinan pasien
  - Minum Obat
- o) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik :
  - Latihan nafas dalam dan menyalurkan energi marah dengan
- p) Susun jadwal latihan nafas dalam menyalurkan energi marah
- q) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal
- r) Latih mengungkap rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
  - Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.
- s) Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual : Diskusikan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan pasien
- t) Latih mengontrol marah dengan melakukan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan pasien. Buat jadwal latihan kegiatan ibadah.

u) Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat :

Latih pasien minum obat secara teratur disertai penjelasan kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat.

Susun jadwal minum obat secara teratur.

g. Implementasi

Setelah dibuat rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, selanjutnya adalah menerapkan rencana tersebut kepada pasien dan dilakukan evaluasi setiap selesai pemberian implementasi.

h. Evaluasi keperawatan

Evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat :

Menyebutkan penyebab, tanda, dan gejala perilaku kekerasan dan akibat dari perilaku kekerasan

Mengontrol perilaku kekerasan :

- 1) Fisik : tarik nafas dalam, latihan fisik
- 2) Sosial/verbal : meminta, menolak, mengungkapkan perasaan secara sopan dan baik
- 3) Spiritual : dzikir/berdoa, meditasi berdasarkan agama yang dianut
- 4) Psikofarmaka : rutin mengkonsumsi obat, tidak putus obat, mampu mengenal obat sendiri dari warna, bentuk, nama, dosis, dll.

i. Pendokumentasian dilakukan bersamaan dengan evaluasi keperawatan.

### C. Konsep evidence base practice

Judul Artikel, Nama Penulis, Tahun	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Literatur Review: Terapi Aktivitas Kelompok Penyaluran Energi : Senam Poco-Poco Menurunkan Gejala Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Desak Made Ari Dwi Jayanti1 , Nyoman Nana 2021	Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan	Pemberian Penyaluran energi berupa senam	Tidak Mendapatkan Senam	Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan
Literatur Review : Penerapan Teknik Penyaluran Energi Relaksasi Autogenik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Yastuti, Elsa Widi (2019) 2019	Pasien resiko perilaku kekerasan	Penyaluran energi Relaksasi autogenik	Tidak diberikan penyaluran energi	Penyaluran Perasaan Marah
Literasi Review : Influence Of Nursing Staff Attitudes And Characteristics On The Use Of Coercive Measures In Acute Mental Health Services-A Systematic Review. Penulis: Owen Price , John Baker , Penny Bee , Karina Lovell 2020	Perawat Rsj	Pemberia Tindakan Koersif	Tanpa Tindakan Koersif Yang Tepat	Penurunan Perilaku Agresif

<p>Literasi Review :  Violence Prevention  Climate in General Adult  Inpatient Mental Health  Units: Validation study of  the VPC-14  Penulis: Geoffrey L  Dickens, Tracy Tabvuma ,  Kylie Hadfield, Nutmeg  Hallett</p> <p>Tahun: 2020</p>	Pasien Dan Perawat	Penerapan VPC pada pasien marah	Tanpa penerapan skala VPC	Penurunan marah
<p>Literasi Review:  The Support-Control  Continuum: An  Investigation Of Staff  Perspectives On Factors  Influencing The Success  Or Failure Of De-  Escalation Techniques For  The Management Of  Violence And Aggression  In Mental Health Settings</p>	Perawat Bangsal Rumah Sakit Jiwa	Penerapan Teknik De Eskalasi	Tanpa Menerapkan Teknik De Eskalasi	Efektifitas Penanganan Pasien Agresif