

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Tinjauan Teoritis Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian

Agresion : An emotion compounded of frustration and hate or rage. It is an emotion deeply rooted in every one of us, a vital part of our emotional being that must be either projected outward on the environment or inward, destructively, on the self. (Paatricia, Dalam Yosep 2014).

‘Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau amarah. Hal ini didasari keadaan emosi secara mendalam dari setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional kita yang dapat diproyeksikan ke lingkungan, kedalam diri atau secara destruktif’. (Paatricia, Dalam Yosep 2014)

Violent behavior is an emotional state that is a mixture of feelings of frustration and hate or anger. Violent behavior is regarded as an extreme result of anger or fear (panic). Aggressive behavior and violent behavior itself is often seen as a range, where aggressive verbal on one side and violent behavior on the other (Patricia dalam Yosep, 2010)

‘Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah. Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan (*panic*). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu rentang, dimana agresif verbal disuatu sisi

dan perilaku kekerasan di sisi yang lain'. (Patricia dalam Yosep, 2010).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respon tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Keliat B.A, 2011).

'Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol'. (Yosep dalam Damaiyanti, 2012).

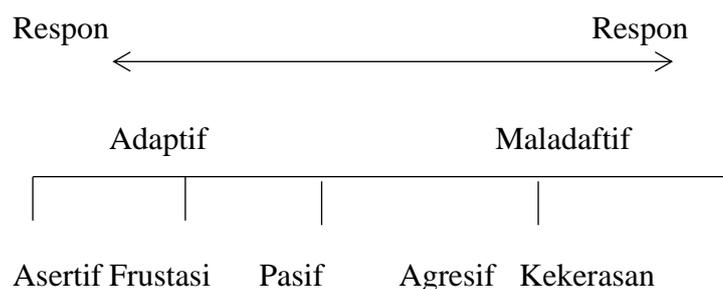
Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa perilaku kekerasan adalah ungkapan perasaan marah dan bermusuhan yang mengakibatkan hilangnya kontrol diri dimana individu bisa berperilaku menyerang atau melakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Rentang respon marah

Menurut (Yosep dalam Damaiyanti, 2012). perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan

pesan bahwa ia “tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1. Skema Rentang Respon Terhadap Kemarahan (Damaiyanti, 2012)

Keterangan:

- a. Asertif
Klien dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan.
- b. Frustrasi
Klien gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
- c. Pasif
Klien tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah
- d. Agresif
Klien mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
- e. Kekerasan
Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol, disertai amuk, merusak lingkungan.

Kemarahan diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal atau eksternal. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal. Sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ledakan, cacian, makian hilangnya benda berharga, tertipu, pengusuran, bencana dan sebagainya. Keberhasilan individu dalam berespon terhadap kemarahan dapat menimbulkan respon asertif. Respon menyesuaikan merupakan respon adaptif. Kemarahan atau rasa tidak setuju yang dinyatakan atau diungkapkan tanpa menyakiti orang lain akan memberi kelegaan pada individu dan tidak akan menimbulkan masalah. Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri atau respon melawan dan menentang. Respon melawan dan menentang merupakan respon yang maladaptif yaitu agresif-kekerasan.

Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan. Dalam keadaan ini tidak ditemukan alternatif lain. Pasif adalah suatu keadaan dimana individu tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan yang sedang dialami untuk menghindari suatu tuntutan nyata. Agresif adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol. Sedangkan kekerasan adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

2.1.2.2 Faktor predisposisi dan faktor presipitasi dari perilaku kekerasan (Yosep dalam Damaiyanti, 2012) yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Teori Biologis

a) *Neurologic factor* beragam komponen dari sistem syaraf seperti *sinap*, *neurotransmitter*, *dendrit*, *akson terminalis* mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan pesan yang akan mempengaruhi sifat sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dengan respon agresif.

b) *Genetic factor* adalah adanya gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset Kazuo murakami dalam Damayanti (2012) menerangkan bahwa dalam gen manusia terdapat dormant (potensi) agresif yang sedang tidur akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian *genetic tipe karyotype XYY*, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku tindak kriminal serta orang orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.

c) *Cycardian Rhytm* adalah (irama sirkadian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9-13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.

d) *Biochemistry factor* adalah (Faktor biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak

(epineprin, norepineprin, dopamine, asetilkolin dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent. Peningkatan hormone androgen dan norepineprin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan serebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

- e) *Brain area disorder* adalah gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalitis, epilepsy ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

2.) Teori Psikologis

- a) Teori psikoanalisa adalah agresivitas dan kekerasandapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*). Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan

membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

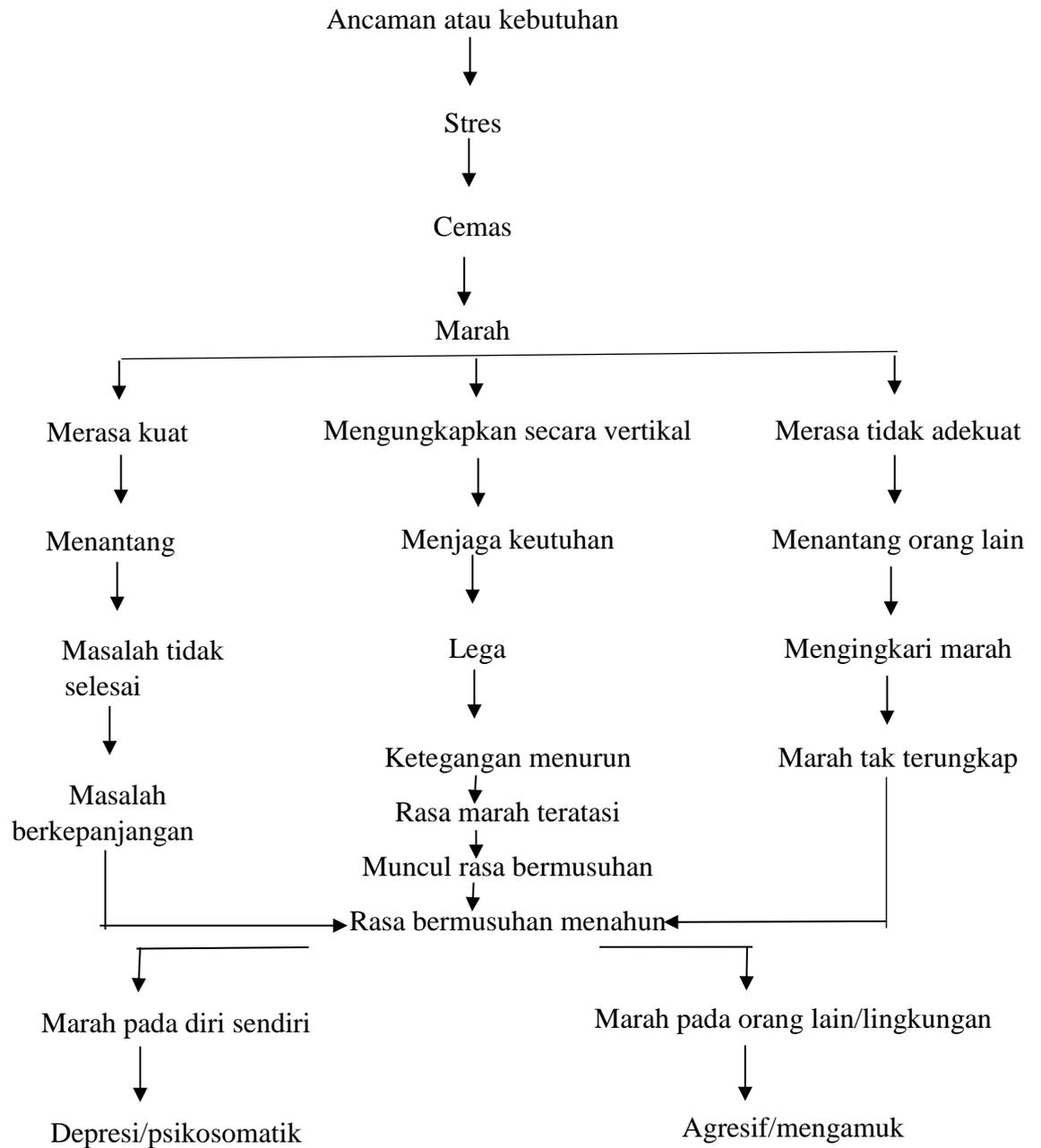
- b) *Imitation, modeling and information processing theory* menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolelir kekerasan. Adanya contoh, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan pemukulan pada boneka dengan reward positif pula (makin keras pukulannya akan diberi coklat), anak lain menonton tayangan cara mengasihi dan mencium boneka tersebut dengan reward positif pula (makin baik belaiannya mendapat hadiah coklat). Setelah anak-anak keluar dan diberi boneka ternyata masing-masing anak berperilaku sesuai dengan tontonan yang pernah dialaminya.
- c) *Learning theory* adalah perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah. Ia juga belajar bahwa agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan.

2.1.2.3 Faktor presipitasi

Menurut Yosep dalam Damaiyanti (2012), faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

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

2.1.3 Patofisiologi Terjadinya Marah



Gambar 2.2 Skema Patofisiologi terjadinya marah
(Beck, Rawlins, Williams, 1986 dikutip oleh Keliat dan Sinaga, 1991
dalam Yusuf, 2015)

Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Amuk adalah respon marah terhadap adanya stress, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan.

Respons marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif.

Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menantang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk. (Yusuf, 2015).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan (Direja, 2011) yaitu:

2.1.4.1 Fisik

Mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang menutup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

2.1.4.2 Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus.

2.1.4.3 Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

2.1.4.4 Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.

2.1.4.5 Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.

2.1.4.6 Spritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.

2.1.4.7 Sosial

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

2.1.4.8 Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

2.1.4.9 Tanda ancaman kekerasan adalah:

Tanda ancaman kekerasan (Yusuf, 2015) yaitu:

- a. Tindakan kekerasan belum lama, termasuk kekerasan terhadap barang milik sendiri dan orang lain.
- b. Ancaman verbal atau fisik.
- c. Membawa senjata atau benda lain yang dapat digunakan sebagai senjata (misalnya: garpu, asbak).
- d. Agitasi psikomotor progresif.
- e. Intoksikasi alkohol atau zat lain.
- f. Ciri paranoid pada klien psikotik.
- g. Halusinasi perilaku kekerasan tetapi tidak semua klien berada pada resiko tinggi.

- h. Penyakit otak, global, atau dengan temuan *lobus fantolis*, lebih jarang pada temuan *lobus temporalis* (kontroversial).
- i. Kegembiraan katatonik.
- j. Episode manik tertentu.
- k. Episode depresi teragitasi tertentu.
- l. Gangguan kepribadian (kekerasan, penyerangan, atau diskontrol impuls).

2.1.5 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Faktor predisposisi dan faktor presipitasi dari perilaku kekerasan (Yosep, 2014) yaitu:

2.1.5.1 Faktor Predisposisi

a. Teori Biologis

- 1) *Neurologic factor* yaitu beragam komponen dari system syaraf seperti *sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis* mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif
- 2) *Genetic factor* yaitu adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif
- 3) *Cycardian rytim* (irama sikardian tubuh) memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhir pekerjaan sekitar jam 9 dan jam 13 pada jam tertentu orang mudah terstimulasi untuk bersikap agresif

- 4) *Biochemistry factor* (faktor biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak (epineprin, norepineprin, dopamine, assetilkolin dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistim persarapan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang di anggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui implus neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent, peningkatan hormone androgen dan norepineprin serta penurunan serotoin dan GABA pada cairan *cerebrospinal vertebra* dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.
 - 5) *Brain area disorder* yaitu gangguan pada system limbic dan lobus temporal sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepatis, epilepsy di temukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.
- b. Teori psikologis
- 1) Teori psikofarmakologi yaitu agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span histori*). Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0 - 2 tahun di mana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif. dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakberdaayaan pada lingkungan. Tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah.

- 2) *Imitation, modeling, and information processing* teori yaitu menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolelir kekerasan, adanya contoh model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan pemukulan akan diberi coklat.
- 3) *Learning theory* yaitu perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya, ia mengamati bagaimana respon ayah menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah.
- 4) *Theory sosiokultural*
Dalam budaya tertentu seperti rebutan berkah, rebutan uang receh, sesaji atau kotoran kerbau di keraton, serta ritual-ritual yang cenderung mengarah kepada kemusyrikan secara tidak langsung turut memupuk sikap agresif dan ingin menang sendiri. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. Hal ini dipicu juga dengan maraknya demonstrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul, dan perdukunan (santet, teluh) dalam tayangan televisi.

5) Aspek religiusitas

Dalam tinjauan religiusitas, kemarahan dan agresivitas merupakan dorongan dan bisikan setan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal (*devil support*). Semua bentuk kekerasan adalah bisikan syetan melalui pembuluh darah ke jantung, otak dan organ vital manusia lain yang dituruti manusia sebagai bentuk kompensasi bahwa kebutuhan dirinya terancam dan harus segera dipenuhi tetapi tanpa melibatkan akal dan norma agama.

2.1.5.2 Faktor Presipitasi

Faktor-faktor presipitasi dari perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan (Yosep, 2014) yaitu:

- a. Ekspansi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog dalam menyelesaikan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku antisosial 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.

Hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan (Fitria,2014) antara lain sebagai berikut:

- 1) Kesulitan kondisi sosial ekonomi.
- 2) Kesulitan dalam mengomunikasikan sesuatu.
- 3) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai orang yang dewasa.
- 4) Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisosial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- 5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.1.6 Penatalaksanaan

2.6.1.1 Tindakan Keperawatan

Yosep mengemukakan cara khusus yang dapat dilakukan oleh keluarga dalam mengatasi marah klien yaitu:

- a. Berteriak, menjerit, memukul, terima marah klien, diam sebentar, arahkan klien untuk memukul barang yang tidak mudah rusak seperti bantal, kasur.

- b. Latihan relaksasi

Bantu klien latihan relaksasi misalnya latihan fisik maupun olahraga. Latihan pernafasan 2x/hari, tiap kali 10 kali tarikan dan hembusan nafas.

2.6.1.2 Terapi Medis

Psikofarmakologi adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Terapi farmakologi yang dapat diberikan untuk klien dengan perilaku kekerasan (Yosep, 2014) adalah:

- a. *Antianxiety* dan *Sedative-hipnotics*. Obat-obatan ini dapat digunakan mengendalikan agitasi yang kuat. *Benzodiazepines* seperti *lorazepam* dan *clonazepam*, sering digunakan dalam kedaruratan psikiatrik untuk menenangkan perlawanan klien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan, juga bisa memperburuk simptomdepresi. Selanjutnya, pada beberapa klien yang mengalami *diisinhibiting effect* dari benzodiazepine, dapat meningkatkan perilaku agresif. Buspirone obat antianxiety, efektif dalam mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi.
- b. *Antidepressants*, penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsif dan perilaku agresif klien yang berkaitan dengan perubahan *mood*. *Amitriptyline* dan *Trazadone*, efektif untuk menghilangkan agresivitas yang berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organik.
- c. *Mood stabilizers*, penelitian menunjukkan bahwa pemberian *Lithium* efektif untuk agresif karena manik. Pada beberapa kasus, pemberiannya untuk menurunkan perilaku agresif yang disebabkan oleh gangguan lain seperti RM, cedera kepala, skizofrenia, gangguan

kepribadian. Pada klien dengan epilepsi *lobus temporal*, bisa meningkatkan perilaku agresif.

- d. Pemberian *Carbamazepines* dapat mengendalikan perilaku agresif pada klien dengan kelainan EEGs (*electroencephalograms*).
- e. *Antipsychotic*, obat-obatan ini biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat ini dapat membantu, namun diberikan hanya untuk 1-2 minggu sebelum efeknya dirasakan.

Diambil dari buku Nursing Drug Reference (Roth L.S, 2012).

a. Chlorpromazin

1) Indikasi:

Psychoticdisorder, nausea, vomiting, schizophrenia, preoperative apprehension.

Gangguan psikotik, mual, muntah, skizoprenia, ketakutan sebelum operasi.

2) Kontraindikasi:

Hypersensitivitas, coma, severehypotension, coronarydisease, bone marrow depression.

Hipersensitivitas, koma, hipotensi berat, penyakit koroner, depresi tulang.

3) Efek Samping:

Akatsia, dystonia, parkinsonism, neuroleptic, malignant, syndrome, dizziness.

Akatsia, distoni, parkinsonisme, sindrome, pusing.

b. Trihexyphenidyl

1) Indikasi:

Parkinson symptoms, drug induced extrapyramidal symptoms.

Gejala Parkinson, obat diinduksi

2) Kontraindikasi:

Hypersensitivity, closed-angle glaucoma, myasthenia.

Hipersensitivitas, glaukoma tertutup, miasthenia

3) Efek samping:

Confusion, anxiety, restlessness, irritability, delusions, hallucination, sedation, depression.

Kebingungan, cemas, kegelisahan, marah, khayalan, sedasi depresi.

c. Fenitoin

1) Indikasi:

Status epilepticus, anticonvulsant.

Status epilepsi, antikonvulsan.

2) Kontraindikasi:

Hypersensitivitas, psychiatric condition, bradycardia, adams syndrome, hepatic failure.

Hipersensitivitas, kondisi kejiwaan, bradikardia, gagal hati.

3) Efek samping:

Drowsiness, insomnia, paraesthesias, depression, aggression, headache, confusion.

Kantuk, insomnia, paraesthesias, depresi agresif.

d. Clozapin

1) Indikasi:

Management of psychotic symptoms in schizophrenic patients for whom other antipsychotics have failed.

Managemen gejala pikotik pada klienskizoprenia untuk antipsikotik lainnya yang telah gagal.

2) Kontraindikasi:

Hypersensitivity, severe granulocytopenia.

Hipersensitivitas, Granulocytopenia parah

3) Efek samping:

Neuroleptic malignant syndrome, sadiation, salivation, dizziness, tremor, akinesia.

Sindrom Maligna neuroleptik, sadiation, keluar air liur, pusing, getaran, akinesia

e. Clobazam

1) Indikasi:

Anxiety.

Kegelisahan

2) Kontraindikasi:

History of hypersensitivity to drug or ingredient.

Riwayat hipersesitivity terhadap obat

3) Efek samping:

Somnolence, pyrexia, drooling, insomnia, ataxia.

Somnolen, pireksia, drooling, insomnia, ataxia.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Tahap-tahap proses keperawatan terdiri atas pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan, intervensi, implementasi, evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

2.2.1.2 Faktor predisposisi

Terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang faktor predisposisi perilaku kekerasan (Fitria, 2014) adalah sebagaiberikut:

a. Teori psikologik

- 1) Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi Perilaku Kekerasan
- 2) Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan.
- 3) Rasa frustrasi.
- 4) Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan.
- 5) Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindakan kekerasan.

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

b. Teori sosiokultural

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

Norma-norma kultural dapat digunakan untuk membantu memahami ekspresi agresif individu. Teori lingkungan sosial mengemukakan bahwa norma yang memperkuat perilakunya disebabkan oleh ekspresi marah yang pernah dialami sebelumnya. Menurut Madden, orang-orang yang pernah memiliki riwayat ditipu mudah marah; yang disebut *Acting Out* terhadap marah. Bila *privacy*/pribadi terganggu oleh kondisi sosial maka responnya berupa agresif/amuk. Tingkah laku agresif dipelajari sebagai bagian proses sosial. Agresif dipelajari dengan cara imitasi terhadap pengalaman langsung. Pola subkultural cenderung menyebabkan imitasi tingkah laku agresi yang mengarah pada amuk. Ahli teori sosial berpendapat bahwa komponen biologi tingkah laku agresif berhubungan dengan aspek-aspek psisosial.

c. Teori biologik

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan, adanya pemberian stimulus listrik ringan pada *hipotalamus* (sistem limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, dimana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi

dan perilaku), *lobus frontal* (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk pemikiran rasional), dan *lobus temporal* (untuk interpretasi indera penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi, dan hendak menyerang objek yang ada disekitarnya.

Selain itu berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan yaitu:

- 1) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.
- 2) Pengaruh biokimia, menurut Goldstein dalam Fitria (2014) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epiniprin, norepineprin, dopamine, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormone androgen dan norefineprin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada, cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.
- 3) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe *kariotipe XYY*, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara tindak criminal (narapidana).
- 4) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma

otak, penyakit ensefalitis, epilepsy (epilepsy lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

2.2.1.3 Faktor presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, berupa injuri secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- a. Klien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.
- b. Interaksi: penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
- c. Lingkungan: panas, padat, dan bising.

Hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan (Fitria,2014: 148) sebagai berikut:

- 1) Kesulitan kondisi sosial ekonomi.
- 2) Kesulitan dalam mengomunikasikan sesuatu.
- 3) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai orang yang dewasa.
- 4) Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisosial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi.

- 5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.2.2 Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, *sublimasi*, *proyeksi*, *represif*, *denial*, dan reaksi formasi (Direja, 2011)

2.2.2.1 Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain:

- a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegitan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, paristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

- b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik

maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

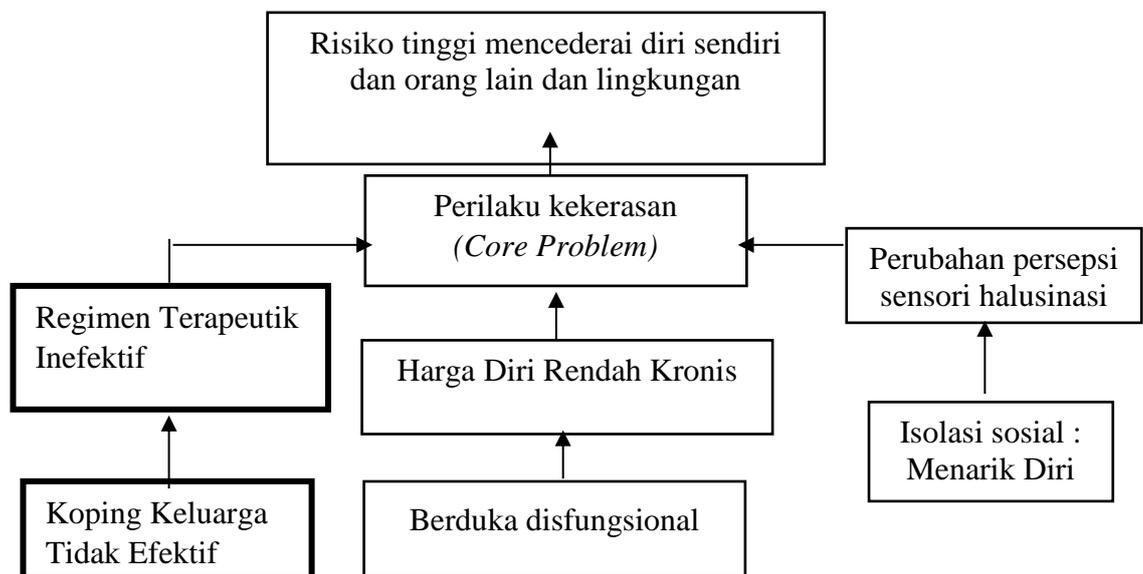
c. Memberontak

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

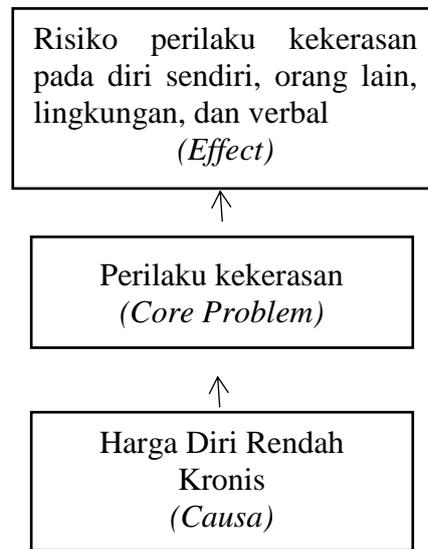
d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

2.2.3 Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon masalah perilaku kekerasan
(Sumber: Fitria,2014)



Gambar 2.4 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan
(Sumber: Damaiyanti, 2012)

2.2.4 Diagnosa Keperawatan

a. Menyatakan diagnosa yang sering muncul pada klien dengan perilaku kekerasan (Fitria, 2014), adalah:

2.2.4.1 Perilaku kekerasan

2.2.4.2 Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

2.2.4.3 Perubahan persepsi sensori (Halusinasi)

2.2.4.4 Harga diri rendah kronis

2.2.4.5 Isolasi sosial

2.2.4.6 Berduka disfungsional

2.2.4.7 Inefektif proses terapi

2.2.4.8 Koping keluarga inefektif

b. Menyatakan diagnosa yang sering muncul pada klien dengan perilaku kekerasan (Damaiyanti, 2012) adalah:

- 2.2.4.1 Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal).
- 2.2.4.2 Perilaku Kekerasan
- 2.2.4.3 Harga Diri Rendah Kronis

2.2.5 Perencanaan Keperawatan

Menyatakan perencanaan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan (Fitria, 2014) adalah:

- 2.2.5.1 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2.2.5.2 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2.2.5.3 Intervensi:
 - a. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan klien
 - b. Rasional: menentukan mekanisme koping yang dimiliki klien dalam menghadapi masalah serta sebagai langkah awal dalam menyusun strategi berikutnya.
- 2.2.5.4 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- 2.2.5.5 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- 2.2.5.6 Intervensi:
 - a. Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan klien
 - b. Rasional: deteksi dini dapat mencegah tindakan yang dapat membahayakan klien dan lingkungan sekitar.
- 2.2.5.7 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- 2.2.5.8 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan

- 2.2.5.9 Intervensi:
- a. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan klien.
 - b. Rasional: Melihat mekanisme koping klien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.
- 2.2.5.10 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.
- 2.2.5.11 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.
- 2.2.5.12 Intervensi:
- a. Identifikasi akibat perilaku kekerasan yang telah dilakukan klien.
 - b. Rasional: Membantu klien melihat dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan klien
- 2.2.5.13 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- 2.2.5.14 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- 2.2.5.15 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
 - b. Rasional: Menurunkan perilaku destruktif yang akan mencederai klien dan lingkungan sekitar.
- 2.2.5.16 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I (tarik napas dalam).
- 2.2.5.17 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I (tarik napas dalam).

- 2.2.5.18 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I (tarik napas dalam).
 - b. Rasional: Tarik napas dalam dapat mengurangi keinginan klien untuk melakukan perilaku kekerasan
- 2.2.5.19 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat memasukan latihan cara fisik I ke dalam jadwal kegiatan harian.
- 2.2.5.20 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat memasukan latihan cara fisik I ke dalam jadwal kegiatan harian.
- 2.2.5.21 Intervensi:
- a. Anjurkan klien untuk memasukan latihan cara fisik I ke dalam jadwal kegiatan harian.
 - b. Rasional: Memasukan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih dan mengaplikasikan cara fisik I saat klien marah.
- 2.2.5.22 Tujuan khusus SP 2: Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.
- 2.2.5.23 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat mengavaluasi latihan cara fisik I di dalam kegiatan harian.
- 2.2.5.24 Intervensi:
- a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien.
 - b. Rasional: Evaluasi sangat penting untuk membuat rencana selanjutnya.
- 2.2.5.25 Tujuan khusus SP 2: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II (memukul bantal/benda lain yang empuk)
- 2.2.5.26 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II (memukul bantal/benda lain yang empuk).

- 2.2.5.27 Intervensi:
- a. Latih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II (memukul bantal/benda lain yang empuk).
 - b. Rasional: Memukul benda yang empuk berupa bantal atau guling dapat mengurangi keinginan klien untuk melakukan perilaku kekerasan.
- 2.2.5.28 Tujuan khusus SP 2: Klien dapat memasukan latihan perilaku kekerasan cara fisik II dalam jadwal kegiatan harian.
- 2.2.5.29 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat memasukan latihan perilaku kekerasan cara fisik II dalam jadwal kegiatan harian.
- 2.2.5.30 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk memasukkan latihan perilaku kekerasan cara fisik II dalam jadwal kegiatan harian.
 - b. Rasional: Memasukkan kegiatan untuk mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih mengaplikasikan cara fisik II saat klien marah.
- 2.2.5.31 Tujuan khusus SP 3: Klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan cara fisik II ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
- 2.2.5.32 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan cara fisik II ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
- 2.2.5.33 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan cara fisik II ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
 - b. Rasional: Evaluasi sangat penting untuk membuat rencana selanjutnya.

- 2.2.5.34 Tujuan khusus SP 3: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- 2.2.5.35 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
- 2.2.5.36 Intervensi:
- a. latih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
 - b. Rasional: Cara verbal (mengungkapkan/menolak dengan cara yang baik) dapat mengurangi keinginan klien untuk melakukan perilaku kekerasan.
- 2.2.5.37 Tujuan khusus SP 3: Klien dapat memasukan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan harian.
- 2.2.5.38 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat memasukan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan harian.
- 2.2.5.39 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal harian.
 - b. Rasional: Memasukan kegiatan untuk mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih mengaplikasikan cara verbal saat klien marah.
- 2.2.5.40 Tujuan khusus SP 4: Klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
- 2.2.5.41 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

- 2.2.5.42 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
 - b. Rasional: Evaluasi sangat penting untuk membuat rencana selanjutnya.
- 2.2.5.43 Tujuan khusus SP 4: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual.
- 2.2.5.44 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual.
- 2.2.5.45 Intervensi:
- a. Latih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual.
 - b. Rasional: Cara spritual (berwudu atau solat) dapat mengurangi keinginan klien untuk melakukan perilaku kekerasan.
- 2.2.5.46 Tujuan khusus SP 4: Klien dapat memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
- 2.2.5.47 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi Klien dapat memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan caraspritual ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
- 2.2.5.48 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
 - b. Rasional: Memasukkan kegiatan untuk mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiaskan diri melatih mengaplikasikan cara spritual saat klien marah.

- 2.2.5.49 Tujuan khusus SP 5: Klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual di dalam jadwal kegiatan hariannya.
- 2.2.5.50 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
- 2.2.5.51 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual di dalam jadwal kegiatan hariannya.
 - b. Rasional: Evaluasi sangat penting untuk membuat rencana selanjutnya.
- 2.2.5.52 Tujuan khusus SP 5: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.
- 2.2.5.53 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.
- 2.2.5.54 Intervensi:
- a. Latih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.
 - b. Rasional: Meminum obat dapat mengurangi keinginan klien untuk melakukan perilaku kekerasan.
- 2.2.5.55 Tujuan khusus SP 5: Klien dapat memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.
- 2.2.5.56 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.
- 2.2.5.57 Intervensi:
- a. Dorong klien untuk memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

- b. Rasional: Memasukkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan cara dengan minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih mengaplikasikan minum obat saat klien marah .

2.2.6 Pedoman asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan strategi pelaksanaan:

- 2.2.6.1 SP 1: Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik I (latihan napas dalam)
- 2.2.6.2 SP 2: Klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II (evaluasi latihan napas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II (pukul kasur dan bantal).
- 2.2.6.3 SP 3: Klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal harian.
- 2.2.6.4 SP 4: Latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual memasukkan ke dalam jadwal kegiatan hariannya.
- 2.2.6.5 SP 5: Latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.7 Implementasi

Menyatakan perencanaan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan (Fitria, 2014) adalah:

- 2.2.7.1 SP 1:
Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku

kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik I (latihan napas dalam).

2.2.7.2 SP 2:

Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II (evaluasi latihan napas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II (pukul kasur dan bantal), menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).

2.2.7.3 SP3:

Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal kegiatan harian tentang kedua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal [menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik], susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal).

2.2.7.4 SP 4:

Bantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa).

2.2.7.5 SP 5:

Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu klien minum obat secara teratur dengan lima prinsip benar [benar nama/klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat] disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur).

2.2.7.6 SP 1 keluarga:

Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan.

2.2.7.7 SP 2 keluarga:

Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan.

2.2.7.8 SP 3 keluarga:

Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*). Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang.

2.2.8 Evaluasi

Evaluasi yang terjadi pada klien yang mengalami Perilaku Kekerasan yaitu:

- 2.2.8.1 Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
- 2.2.8.2 Klien dapat mengontrol perilaku kekerasannya.
- 2.2.8.3 Klien mampu berinteraksi dengan orang lain.
- 2.2.8.4 Klien tidak mengamuk lagi.
- 2.2.8.5 Tidak ada tanda-tanda marah pada klien.