

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia Dan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia. Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik. Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak, dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Hulu, 2021)

Salah satu gejala skizofrenia yaitu perubahan perilaku yang berlebihan seperti tiba-tiba marah, berteriak, hingga melakukan perilaku kekerasan. Hal tersebut dapat dikarenakan adanya peningkatan dopamin dan disregulasi serotonin pada korteks prefrontal yang menyebabkan kesulitan mengatur atensi, mood dan perubahan perilaku yang cenderung berlebihan. Hal tersebut menyebabkan orang dengan skizofrenia memiliki emosi yang labil, frustrasi, dan kurang motivasi dalam melaksanakan kegiatan (Rizki, 2020)

2. Definisi resiko perilaku kekerasan

Dalam resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku dimana seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal.

risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (Risk for other-directed). Seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditujukan langsung kepada orang lain

Sedangkan resiko perilaku kekerasan memiliki definisi sendiri. perilaku kekerasan di definisikan sebagai 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. 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 dilingkungan. pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan dirumah. perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan selama di rumah.

3. Respon perilaku

Respon marah juga akan berdampak pada perilaku kekerasan jika tidak biasa di tahan secara baik dengan timbul rasa ansietas (kebutuhan yang tidak terpenuhi) sebagai ancaman dalam rasa amuk paling sering ditandai dengan perasaan marah sampai bermusuhan, hal ini disertai dengan hilangnya control

dimana individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Ada beberapa istilah perilaku kekerasan :

- a. Asertif : Diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
- b. Frustrasi : kegagalan mencapai tujuan karena menghambat
- c. Pasif : respon lanjut klien dengan perasaan tidak bisa di ungkap
- d. Agresif : perilaku dekstruksi masih terkontrol
- e. Amuk : Perilaku dekstruksi masih terkontrol (sujono riyadi, 2013)

4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah muka merah, tegang, mata melotot/pandangan tajam, bicara kasar, nada suara tinggi, membentak, kata-kata kotor, ketus, memukul benda/agresif, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, cerewet, kasar, berdebat, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli, kasar, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran (Estika, 2021).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah resiko perilaku kekerasan (Pardede, 2020)

Subjektif

- a. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah
- b. keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- c. klien suka membentak dan menyerang

Objektif

- a. Mata melotot/pandangan tajam
- b. tangan mengepal dan rahang mengatup

- c. wajah memerah
 - d. postur tubuh kaku
 - e. mengancam dan mengumpat dengan kata-kata kotor
 - f. suara keras
 - g. bicara keras, ketus
 - h. menyerang orang lain dan melukai diri sendiri/orang lain
 - i. merusak lingkungan
5. Faktor terjadinya masalah (Etiologi)

Penyebab dari perilaku kekerasan bukan terdiri cuman satu faktor tetapi juga keluarga, media, teman, lingkungan, biologis. perilaku kekerasan dapat menimbulkan dampak seperti gangguan psikologis, merasa tidak aman, tertutup, kurang percaya, resiko bunuh diri, depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, isolasi social (Putri, 2020).

Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya skizofrenia meliputi biologis, psikologis, dan sosialkultural, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetic, neuroanatomi, neorokimia, dan imunovirologi. faktor presipitasi merupakan faktor stressor yang menjadikan klien mengalami skizofrenia yang terdiri dari faktor biologi, psikologi, dan sosiokultural yang mampu menyebabkan risiko perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah.

Penyebab pasien beresiko untuk melakukan perilaku kekerasan disebabkan oleh cemas secara terus menerus, untuk itu dibutuhkan strategi preventif untuk mencegah perilaku kekerasan yang salah satunya adalah

dengan melakukan teknik relaksasi. Teknik relaksasi merupakan salah satu yang sering digunakan untuk menghilangkan stress ialah muscle relaxation therapy (PMRT). Terapi ini mudah di pelajari dan tidak terbatas, dampaknya bisa mengurangi kecemasan dan depresi, peningkatan perasaan control diri dan peningkatan kemampuan coping dalam situasi stress (Pardede, 2020).

Faktor psikologis yang menyebabkan pasien mengalami perilaku kekerasan antara lain yaitu : kepribadian yang tertutup, kehilangan, aniaya seksual, kekerasan dalam keluarga (Pardede, 2020).

a. Faktor predisposisi

Menyatakan faktor-faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other-directed).

1) Faktor psikologis

Psychoanalytical theory : teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. pandangan psikologi mengenai perilaku agresif mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidup. beberapa contoh dari pengalaman hidup tersebut :

- a) Kerusakan otak organik dan retardasi mental sehingga tidak mampu menyelesaikan secara efektif
- b) rejeksi yang berlebihan saat anak-anak
- c) terpapar kekerasan selama masa perkembangan

2) Faktor sosial budaya

Sosial learning theory, ini merupakan bahwa agresif tidak berbeda dengan respon-respon yang lain, kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan.

3) Faktor biologis

Yang sering dikaitkan perilaku agresif dimana faktor pendukungnya adalah masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh tindakan agresif dan lingkungan yang tidak kondusif

4) Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan dan sering mengobservasi kekerasan dirumah atau diluar rumah, semua aspek ini menstimulus individu mengadopsi perilaku kekerasan

b. Faktor presipitasi

Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. tetapi secara umum, seseorang akan mengeluarkan respon marah apabila merasa dirinya terancam. faktor presipitasi bersumber bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yaitu (Parwati, 2018):

- 1) klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.
- 2) lingkungan : rebut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

6. Mekanisme koping

Perawat perlu mempelajari mekanisme koping untuk membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. secara umum, mekanisme koping yang sering digunakan, antara lain mekanisme pertahanan ego, seperti displacement, sublimasi, proyeksi, depresi, denial dan reaksi formasi.

7. Perilaku

Klien dengan gangguan perilaku kekerasan memiliki beberapa perilaku yang perlu diperhatikan. perilaku klie dengan gangguan perilaku kekerasan dapat membahayakan bagi dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. adapun perilaku yang harus dikenali dari klien gangguan risiko perilaku kekerasan, antara lain :

a. Menyerang atau menghindari

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi ephineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat konstipasi, kewaspadaan meningkat, disertai ketegangan otot seperti ; rahang ter-katup, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya, yaitu perilaku pasif, agresif, dan asertif. perilaku asertif merupakan cara terbaik individu untuk mengekspresikan rasa marahnya

tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis . 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 ditunjukkan kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan atau penanganan yang digunakan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat diberikan seperti obat antipsikotik adalah Chlorpromazine (CPZ), Risperidon (RSP), Haloperidol (HLP), Clozapin dan Trifluoerazine (TFP). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis. Tindakan keperawatan yang dapat diajarkan klien perilaku kekerasan antara lain mengajarkan klien untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan mengendalikan amarah kekerasan secara fisik : nafas dalam dan pukul bantal, minum obat, Verbal/sosial: menyatakan secara asertif rasa marahnya, spiritual : Beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi pukul bantal. (Wulansari & sholihah, 2021)

B. Konsep asuhan keperawatan jiwa

1. Pengkajian

- a. Identitas nama, umur, jenis kelamin, No Mr, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur(Sri Lestari Siregar, 2019).

c. Faktor predisposisi

- 1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (*Parwati, Dewi & Saputra, 2018*).
- 2) Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke rumah sakit sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru dibawa ke rumah sakit jiwa.
- 3) Trauma, biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan dan perawatan.
- 4) Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- 5) Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

d. Pengkajian fisik

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, duhu, pernapasan terlihat cepat.

- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan.
- 3) Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah)
- 4) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus)

e. Psikososial

- 1) Genogram

Genogram merupakan suatu pola untuk menggambar pohon keluarga yang menyimpan informasi tentang anggota keluarga dan hubungan diantara mereka sepanjang tiga generasi. Genogram dibuat 2 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian.

- 2) Konsep diri

Sebagai perasan, pandangan, dan penilaian individu mengenai dirinya yang didapat dari hasil interaksi dengan lingkungan sekitarnya. Dapat kita simpulkan bahwa konsep diri adalah cara pandang kita terhadap diri kita sendiri. Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

3) Identitas

Identitas merupakan refleksi diri atau cerminan diri yang berasal dari keluarga, gender, budaya, etnis dan proses sosialisasi. identitas pada dasarnya merujuk pada refleksi dari diri kita sendiri dan persepsi orang lain terhadap diri kita. biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

4) Harga diri

Harga diri adalah penilaian terhadap diri individu mengenai siapa dirinya yang berdasarkan pada keyakinan dari individu itu sendiri. biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

5) Peran diri

Bentuk sikap atau tingkah laku, nilai, dan tujuan yang diharapkan oleh suatu kelompok sosial terkait dengan fungsi dan peran individu didalam masyarakat atau kelompok sosial tersebut. biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang di embannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

6) Ideal diri

Kondisi dimana seseorang ingin melihat dirinya seperti apa yang di inginkannya. biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

7) Hubungan sosial

- a) Orang yang berarti tempat mengadu, berbicara.
- b) Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/ tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat,

8) Spiritual

- a) Nilai dan keyakinan biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
- b) Kegiatan ibadah biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah.

9) Status mental

a) Penampilan

Biasanya penampilan klien kotor

b) Pembicaraan

Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian

c) Biacara cepat,keras,kasar nada tinggi dan mudah tersinggung

d) Aktivitas kelompok

Biasanya aktivitas motoric klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otor muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

e) Alam perasaan

Biasanya klien akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan.

f) Efek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab.

g) Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung

h) Persepsi

Biasanya klien dengan prilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

i) Isi pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja

j) Tingkat kesadaran

Biasanya klien prilaku kekerasan kadang tampak bingung

k) Memori

Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang

l) Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penialain ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan

m) Daya Tarik diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilain klinis mengenai respon klien mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan dirumuskan jika klien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut (Ns sutejo, 2017).

Diagnosa yang dapat ditegakkan yaitu : Resiko perilaku kekerasan, dengan factor resiko sebagai berikut :

- a. Pemikiran waham/delusi
- b. Curiga pada orang lain
- c. Halusinasi
- d. Berencana bunuh diri

- e. Disfungsi system keluarga
 - f. kerusakan kognitif
 - g. Disorientasi atau konfusi
 - h. Kerusakan control impuls
 - i. Persepsi pada lingkungan tidak akurat
 - j. Alam perasaan depresi
 - k. Riwayat kekerasan pada hewan
 - l. Kelainan neurologis
 - m. Lingkungan tidak teratur
 - n. Penganiayaan atau pengabaian anak
 - o. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain
 - p. Impulsif
 - q. Ilusi
3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2019)

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan (PPNI, 2019)	Intervensi Keperawatan (PPNI, 2019)
1.	(D.0146) Resiko perilaku kekerasan	1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain dari meningkat menjadi cukup menurun 2. Perilaku	Pencegahan perilaku kekerasan Observasi 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali)

		<p>menyerang dari meningkat menjadi cukup menurun</p> <p>3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain dari meningkat menjadi cukup menurun</p> <p>4. Perilaku merusak lingkungan sekitar dari meningkat menjadi cukup menurun</p>	<p>2. Monitor keamanan barang yang dibawah oleh pengunjung</p> <p>3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur)</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>5. Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</p> <p>7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis, relaksasi,bercerita)</p>
--	--	--	---

4. Implementasi keperawatan

Implementasi pada proses keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. fase implementasi memberikan tindakan keperawatan aktual dan proses klien yang di kaji pada fase akhir, fase evaluasi(Putri, 2020).

Menurut (PPNI, 2018) untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan maka tindakan implementasi terdiri atas tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuannya yaitu mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit,

pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan. Selama tahap perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien(Putri, 2020).

5. Evaluasi keperawatan

Tahap penilain atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya(Wahyuni, 2019).

Dalam penerapan proses keperawatan evaluasi didokumentasikan dalam teknik SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Planning).Data subjektif yaitu menggambarkan respon non verbal klien pada akhir pemberian asuhan keperawatan. Analisis yaitu menggambarkan apakah masalah keperawatan dapat teratasi atau tidak dapat teratasi. Untuk mengetahui keberhasilannya, maka dilakukan perbandingan antara informasi yang di dapat dari data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian dapat ditarik kesimpulan apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi. planning merupakan rencana keperawatan lanjutan berdasarkan hasil analisis yang telah dirancang sebelumnya dan di fokuskan pada point berapa yang akan di lanjutkan sesuai kebutuhan klien oleh perawat (Putri, 2020).

f. Konsep Terapi Mengontrol emosi

1. Terapi mengontrol emosi

a. Pengertian mengontrol emosi

Menurut purwanto, emosi merupakan objek gejala penyesuain diri yang berasal dari dalam yang melibatkan hamper keseluruhan individu yang berfungsi untuk tercapainya suatu pemuasan atau perlindungan diri atau kesejahteraan diri pada saat berhadapan dengan lingkungan atau objek tertentu. Kata emosi adalah kata serapan dari Bahasa Inggris, yaitu emotion yang digunakan untuk menggambarkan perasaan yang kuat akan suatu dan perasaan yang sangat menyenangkan atau sangat mengganggu (Candra, Harini, 2017).

b. Gangguan afek emosi

Menurut (Candra Dkk, 2017) gangguan afek dan emosi yang dapat terjadi, yaitu :

- 1) Depresi atau melankolis
- 2) Kecemasan (ansietas)
- 3) Euforia : rasa riang, gembira, senang, dan bahagia yang berlebihan, bila tidak sesuai dengan keadaan, maka menunjukkan adanya gangguan jiwa. jika lebih keras lagi dinamakan 'elasi' dan, jika lebih keras lagi dinamakan 'exaltasi'
- 4) Anhedonia : ketidakmampuan merasakan kesenangan, kehilangan perasaan senang, dengan aktivitas yang biasanya menyenangkan baginya.

- 5) Kesepian : merasa dirinya ditinggalkan
- 6) Kedangkalan : kemiskinan afek dan emosi secara umum (berkurang secara kuantitatif). Dapat digunakan sebagai ‘datar’, ‘tumpul’ dan ‘dingin’, istilah ini tidak menunjukkan gradasi. Misalnya : tidak atau hanya sedikit merasa atau kelihatan gembira atau sedih dalam keadaan yang benar-benar menggembarakan atau menyedihkan.
- 7) Afek dan emosi yang tak wajar : reaksi yang berlawanan dengan stimulus, misalnya : tertawa terbahak-bahak saat wawancara.
- 8) Apatis : berkurangnya afek dan emosi terhadap semua hal dengan disertai rasa terpencil dan tidak peduli.
- 9) Amarah : kemurkaan atau permusuhan , yang ditandai dengan sifat agresif.

c. Terapi mengontrol diri

Terapi emosi dilakukan karena adanya gangguan afektif yaitu gangguan dengan gejala utama adanya perubahan suasana perasaan (mood) atau afek, biasanya ke arah depresi dengan atau tanpa ansietas yang menyertainya, atau ke arah elasi (suasana perasaan meningkat). Teknik memukul bantal dimaksudkan untuk memulihkan gangguan perilaku yang terganggu (maladaptive) menjadi perilaku yang adaptif (mampu menyesuaikan diri). Untuk mengurangi resiko melakukan mencederai diri atau orang lain dikarenakan status emosi pasien, maka perlu dilakukan terapi yang berguna untuk menyalurkan energi yang konstruktif dengan cara fisik, salah satunya adalah teknik memukul bantal

(keliat, 2011). Teknik ini digunakan agar energi marah yang dialami oleh pasien dapat tersalurkan dengan baik sehingga tidak mencederai diri dengan orang lain dan adaptasi menjadi adaptif.

d. Definisi pukul bantal

Latihan fisik adalah gerak yang hakekatnya sebagai suatu perilaku sistem tubuh lebih merupakan ciri kehidupan yang meliputi dasar fisik psikis, upaya mempertahankan kelangsungan hidup manusia sangat berhubungan dengan aktivitas (Rodrigo Garcia Motta, Angélica Link, Viviane Aparecida Bussolaro , 2021).

Latihan memukul bantal adalah teknik yang dilakukan dengan cara berolahraga untuk melatih tubuh seseorang agar lebih sehat dan pikiran rileks. Latihan fisik pada olahraga ini tubuh secara otomatis dapat meningkatkan kadar serotonin didalam otak (Arnindita, 2021).

e. Tujuan teknik pukul bantal

Tujuan teknik ini untuk meluapkan perasaan marahnya dengan mengalihkan sebuah objek dengan sebuah benda seperti bantal, pukul bantal bertujuan mengalihkan apa yang pasien rasakan dengan perumpamaan, hal ini supaya tidak terjadi adanya resiko mencederai pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar (Arnindita, 2021).

f. Jenis-jenis terapi

Teknik terapi yang diberikan pada perilaku kekerasan dapat mengatasi agar kemampuan yang di ajarkan dapat memasukkan jadwal kegiatan individu dalam kegiatan sehari-hari, sehingga terapi ini diharapkan dapat

mengontrol kemampuan pasien dalam menerapkan kemandirian pasien Berikut ini teknik dari beberapa macam-macam pada terapi perilaku kekerasan yaitu teknik relaksasi nafas, teknik memukul bantal atau Kasur untuk menurunkan rasa emosi atau marah, pemberian terapi ini agar pasien dapat meminum obatnya dan tidak terjadi kekambuhan pada pasien, Dan teknik spiritual juga sangat di perlukan seperti (berdoa,shalat,mengaji atau meditasi) dan teknik secara verbal (Prasetya & Apriani, 2018).

2. Prosedur tindakan

Menurut (Rodrigo Garcia Motta, Angélica Link, Viviane Aparecida Bussolaro 2021) Latihn fisik memukul bantal dilakukan sebagai berikut :

a. Tahap prainteraksi

- 1) Mencuci tangan
- 2) Menyiapkan alat yang dibutuhkan
- 3) Menilai kesiapan diri perawat
- 4) Membuat rencana pertemuan

b. Tahap orientasi

1. Meberikan salam dan terenyum pada pasien
2. Melakukan validasi (kognitif, afektif, psikomotor) pada pertemuan lanjutan
- 3) Memperkenalkan nama perawat
- 4) Menanyakan nama panggilan kesukaan pasien

- 5) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan
- 6) Menjelaskan tujuan
- 7) Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan

c. Tahap kerja

- 1) Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya
- 2) Tanyakan keluhan pasien
- 3) Bina hubungan saling percaya
- 4) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dengan memukul bantal atau Kasur
- 5) Atur posisi klien dengan nyaman
- 6) Bantal di letakkan di pangkuan
- 7) Tarik nafas dalam tahan kemudian ditahan sejenak lalu keluarkan lewat mulut.
- 8) Tangan mengepal dan pukul bantal sekencang-kencangnya
- 9) Teknik ini dilakukan selama 5 menit

d. Tahap terminasi

- 1) Evaluasi hasil kegiatan (subyektif dan obyektif)
- 2) Berikan reinforcement positif pada pasien
- 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- 4) Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
- 5) Melakukan evaluasi, rencana tindak lanjut , kontrak waktu yang akan datang (keliat, B, 2011)

