

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan**

Risiko perilaku kekerasan adalah ketika seseorang berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan / atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (PPNI, 2016). Perilaku kekerasan (violence) adalah suatu bentuk perilaku agresif (aggressive behavior) yang dapat menyebabkan klien melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik terhadap diri sendiri, orang lain atau benda disekitarnya. Tindakan ini biasanya disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol. Perilaku kekerasan dapat terjadi karena respon seseorang terhadap suatu stressor. Respon ini tentu saja dapat merugikan dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungannya. Dampak yang merugikan ini harus segera ditangani secara tepat dan cepat oleh tenaga-tenaga yang profesional (Wenny et al., 2023).

##### **2. Fisiologi Neuropsikologi pada Respon Perilaku**

Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi dalam timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif. Pengaturan pada 'sirkuit sistem limbik' yang menjadi pusat emosi di otak manusia juga pada dasarnya berkontribusi dalam memicu terjadinya perilaku kekerasan, yang meliputi thalamus hypothalamus amygdala hippocampus (Smith, Smith and Misquitta dalam Risal et al., 2020).

Amigdala adalah organ pusat penyimpanan memori emosional. Rangsangan pada amygdala mencetuskan perilaku agresi sedangkan organ

hypothalamus berperan dalam pengendali berita agresi. Setiap rangsangan dari luar yang diterima melalui reseptor panca indera manusia akan diolah lalu dikirim dalam bentuk pesan ke thalamus lalu ke hypothalamus, selanjutnya ke amigdala yang kemudian menghasilkan respon tindakan (Risal et al., 2020).

Dalam keadaan darurat misalnya marah, pesan stimulus yang datang di thalamus terjadi hubungan pendek sehingga langsung ke amigdala tanpa pengolahan rasional di hypothalamus. Jika amigdala biasa merekam tindak kekerasan maka akan menciptakan reaksi ini pada saat terjadi sirkuit pendek yakni berperilaku kekerasan. Sebaliknya jika amigdala biasa menyimpan memori emosional dalam suasana asertif seperti keterbukaan, kebersamaan, dialog, sikap empati, maka akan terbentuk pola refleksi yang asertif bukan pola agresif. Kondisi asertif ini akan mengurangi terbentuknya sirkuit pendek agresi dan dapat menumbuhkan kembangkan kecerdasan rasional, kecerdasan emosional dan kecerdasan spiritual (Keliat dalam Risal et al., 2020).

### **3. Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan menurut teori biologik, teori psikososial dan teori sosiokultural yang dijelaskan oleh Purba dkk (dalam Sari, 2018):

#### **a. Faktor biologis**

##### **1) Neurobiologik**

Ada 3 area pada otak yang berpengaruh terhadap proses implus agresif system limbik, lobus frontal, dan hypothalamus.

Neurotransmitter juga mempunyai peranan dalam memfasilitasi atau menghambat proses implus agresif. System limbik merupakan system informasi, ekspresi emosi, perilaku kekerasan dan memori. Apabila ada gangguan pada system 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 system neurologis mempunyai implikasi memfasilitasi dan menghambat implus agresif. System limbik terlibat dalam menstimulus timbulnya perilaku agresif. Pusat otak atas secara konstan berinteraksi dengan pusat agresif (Purba (dalam Sari, 2018)

## 2) Biokimia

Menurut Purba dkk (dalam Sari, 2018) berbagai neurotransmitter (epinephrine, norepinephrine, dopamine, asetikolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi atau menghambat implus agresif. Teori ini sangat konsisten dengan fight atau flight yang dikenalkan oleh Selye dalam teorinya tentang respon terhadap stress

## 3) Gangguan otak

Sindrom otak organik sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindakan kekerasan. Tumor otak khususnya yang , menyerang system limbik dan lobus temporal; trauma otak, yang menimbulkan perubahan serebral dan penyakit seperti encefalitis, dan epilepsy,



- a. Assertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
- b. Frustrasi adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- c. Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
- d. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e. Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain (Laia, 2019).

Tabel 2. 1 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif dan Agresif

Karakteristik	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Negatif</li> <li>2. Menghina</li> <li>3. Dapatkah saya lakukan</li> <li>4. Dapatkah ia lakukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Positif</li> <li>2. Menghargai diri sendiri</li> <li>3. Saya dapat/akan lakukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berlebihan</li> <li>2. Menghina orang lain</li> <li>3. Anda selalu/tidak pernah</li> </ol>
Nada suara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diam</li> <li>2. Lemah</li> <li>3. Merengek</li> </ol>	Diatur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tinggi</li> <li>2. Menuntut</li> </ol>
Posture/sikap tubuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melotot</li> <li>2. Menundukkan kepala</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tegak</li> <li>2. Rileks</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tennag</li> <li>2. Bersandar ke depan</li> </ol>

Personal space	Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya	1. Menjaga jarak yang menyenangkan 2. Mempertahankan hak tempat/teritorial	Memasuki teritorial orang lain
Gerakan	1. Minimal 2. Lemah 3. Resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam ekspansi gerakan
Kontak mata	Sedikit atau tidak sama sekali	1. Sekali-sekali (intermiten) 2. Sesuai dengan kebutuhan interaksi	Melotot

(Widi, 2017)

## 5. Proses Terjadinya Marah

Amuk adalah respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Amuk merupakan respon marah terhadap adanya stress, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan dalam buku (Aziz, 2022).

Respons marah dapat di ekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang (Al Baqi, 2015)

## 6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari perilaku kekerasan adalah meliputi kondisi fisik yaitu mata melotot atau pandangan tajam dan dipertahankan, tangan mengempal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur

tubuh kaku ,tegang, condong kedepan, mengancam, posisi menyerang, melukai diri sendiri/ orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif. Pada verbal terdapat kalimat mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, dan ketus, ngotot, tinggi, menuntut, menyombongkan diri, menghina orang lain. Emosi terlihat tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut (Rezi, 2013).

Pada intelektual terlihat mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada *sarkasme*. Pada aspek spiritual, klien dengan RPK cenderung merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kretifitas terhambat. Sedangkan secara sosial terlihat menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, hinaan dan sindiran. Terkadang butuh perhatian seperti bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

## **7. Penatalaksanaan Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan**

Menurut Sangadah & Khotimatus (dalam Aziz, 2022), Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan untuk pasien gangguan jiwa antara lain:

### **a. Farmakoterapi**

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan

dosis efektif rendah. Contohnya Trifluoperasine estelasine, bila tidak ada juga, maka dapat menggunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

b. Terapi Okupasi

Terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, berdialog, berdiskusi tentang pengalaman dan arto kegiatan bagi dirinya.

c. Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal. Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitasi psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.

d. Peran Serta Keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan



keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat.

e. Terapi Somatik

Terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien

f. Terapi Kejang Listrik

Terapi kejang listrik atau *electro convulsive therapy* (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20- 30 kali terapi, biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali.

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Azizah dalam Aziz, 2022).

a. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan sd

b. Alasan Masuk

Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain

c. Faktor predisposisi

Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

d. Pemeriksaan fisik

Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang.

e. Psikososial

1) Genogram Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

## 2) Konsep diri

### a) Gambaran diri

Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah

### b) Identitas diri

Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah dan bermusuhan

### c) Fungsi peran

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Risal et al., 2020).

### d) Ideal diri

Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya

### e) Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga (Wenny et al., 2023).

f) Hubungan sosial

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol

g) Spiritual

Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah

f. Status mental

1) Penampilan

Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

2) Pembicaraan

Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor.

3) Aktivitas motorik

Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandir.

4) Afek dan Emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk,

membating barangbarang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriakteriak(Islamarida et al., 2022).

5) Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain

6) Presepsi/sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami presepsi sensori sebagai penyebabnya.

g. Proses pikir (Risal et al., 2020)

1) Proses pikir (arus pikir)

Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

2) Isi pikirannya

Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman

h. Tingkat kesadaran

Tidak sadar, bigung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bigung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

i. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang

j. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan

k. Kemampuan penilaian/pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

l. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah.

m. Mekanisme koping

Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maldatif seperti minum alkohol, merokok

reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya (Aziz, 2022).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah masalah keperawatan yang muncul disertai dengan tanda dan gejala yang muncul (PPNI, 2016).

Tabel 2. 2 Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

<b>Resiko</b>	<b>Perilaku</b>	<b>Kekerasan</b>
<b>D.0146</b>		
<i>Kategori : Lingkungan</i>		
<i>Subkategori : Keamanan dan Proteksi</i>		
<b>Definisi</b>		
Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain		
<b>Faktor Risiko</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemikiran waham/delusi</li> <li>2. Curiga pada orang lain</li> <li>3. Halusinasi</li> <li>4. Berencana bunuh diri</li> <li>5. Disfungsi sistem keluarga</li> <li>6. Kerusakan kognitif</li> <li>7. Disorientasi atau konfusi</li> <li>8. Kerusakan kontrol impuls</li> <li>9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat</li> <li>10. Alam perasaan depresi</li> <li>11. Riwayat kekerasan pada hewan</li> <li>12. Kelainan neurologis</li> <li>13. Lingkungan tidak teratur</li> <li>14. Penganiayaan atau pengabaian anak</li> <li>15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain</li> <li>16. Impulsif</li> <li>17. Ilusi</li> </ol>		
<b>Kondisi klinis terkait</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual</li> <li>2. Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer)</li> <li>3. Gangguan perilaku</li> <li>4. <i>Oppositional defiant disorder</i></li> <li>5. Depresi</li> <li>6. Serangan panik</li> <li>7. Gangguan <i>Tourette</i></li> <li>8. Delirium</li> <li>9. Demensia</li> <li>10. Gangguan Amnestik</li> </ol>		

- 11. Halusinasi
- 12. Upaya bunuh diri
- 13. Abnormalitas neurotransmitter otak

(PPNI, 2016)

### 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 3. Intervensi Keperawatan Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Luaran Keperawatan</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka 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	Teknik Imajinasi Terbimbing (I.08247)  <i>Observasi</i> 1. Identifikasi masalah yang dialami 2. Monitor respons perubahan emosional  <i>Terapeutik</i> 1. Sediakan ruangan yang tenang dan nyaman  <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan membayangkan suatu tempat yang sangat menyenangkan yang pernah atau yang ingin dikunjungi (mis.gunung, pantai) 2. Anjurkan membayangkan mengunjungi tempat yang dikunjungi berada dalam kondisi yang sehat, bersama dengan orang yang dikasihi atau dicintai dalam suasana yang nyaman

(PPNI, 2018a), (PPNI, 2018b)

### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status



kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi ini berpusat kepada perawatan diri klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi perawatan diri, strategi implementasi keperawatan, dan juga kegiatan komunikasi yang telah disusun berdasarkan rencana keperawatan sebelumnya (Fabiana Meijon Fadul, 2019)

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi Keperawatan merupakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu, evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif berupa membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan, SOAP (*Subyektif, Obyektive, Assesment, Planning*) (Risal et al., 2020).

Pada penelitian ini peneliti menggunakan lembar kontrol diri untuk menilai evaluasi keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Adapun kriteria hasil pada lembar kontrol diri menggunakan kriteria hasil luaran kontrol diri, yaitu :

- a. Mengancam orang lain saat marah dari meningkat menjadi menurun
- b. Mengumpat pada orang lain saat marah dari meningkat menjadi menurun
- c. Menyerang orang lain saat marah dari meningkat menjadi menurun
- d. Melukai diri sendiri/orang lain saat marah dari meningkat menjadi menurun

- e. Merusak lingkungan sekitar saat marah dari meningkat menjadi menurun
- f. Berperilaku agresif/ amuk saat marah dari meningkat menjadi menurun
- g. Suara keras menurun saat marah dan berbicara ketus saat marah dari meningkat menjadi menurun (PPNI, 2018b).

### **C. Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*)**

#### **1. Pengertian Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*)**

*Guided Imagery* adalah istilah yang digunakan secara beragam untuk menggambarkan berbagai teknik dari visualisasi sederhana dan sugesti langsung berbasis citra melalui metafora dan penceritaan (Rossman, 2018).

*Guided imagery* adalah metode relaksasi untuk mengkhayalkan tempat dan kejadian berhubungan dengan rasa relaksasi yang menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan klien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi (Kaplan & Sadock dalam Islamarida et al., 2022)

#### **2. Tujuan Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*)**

*Imagery* atau pikiran atau *mental representative* dengan menggunakan sensori persepsi. *Guided imagery* adalah teknik terapeutik yang digunakan untuk relaksasi atau tujuan proses penyembuhan. Terapi *imagery* dapat membantu klien untuk mencapai berbagai tujuan masalah kesehatan, antara lain :

- a. Menurunkan depresi dan kecemasan

- b. Menghilangkan fobia
- c. Mengurangi trauma
- d. Mengurangi rokok atau makan
- e. Penyembuhan penyakit fisik dan gejalanya(sakit kepala, tekanan darah, insomnia, nyeri kronis, dan sebagainya)

Dalam latihan *imagery*, terapis membimbing klien untuk merasakan atau memvisualisasikan tujuan relaksasi dan penyembuhan. Terapi ini sangat baik untuk manajemen nyeri dan gejala fisik akibat masalah psikologis (Ade & Hendarsih, 2019).

### **3. Manfaat Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*)**

*Guided imagery* merupakan salah satu jenis teknik relaksasi sehingga manfaat dari teknik ini pada umumnya sama dengan manfaat dari teknik relaksasi yang lain. Menurut Smeltzer dan Bare (dalam Islamarida et al., 2022), manfaat dari *guided imagery* yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres dan nyeri. Imajinasi terbimbing dapat mengurangi tekanan dan berpengaruh terhadap proses fisiologi seperti menurunkan tekanan darah, nadi dan respirasi. Hal itu karena teknik imajinasi terbimbing dapat mengaktifasi sistem saraf parasimpatis.

Manfaat lainnya antara lain (Islamarida et al., 2022) :

- a. Mengurangi stress dan kecemasan
- b. Mengurangi alergi dan gejala pernapasan
- c. Mengurangi sakit kepala
- d. Menurunkan ketegangan otot

- e. Meningkatkan kesadaran global
- f. Mengurangi perhatian terhadap stimulus lingkungan
- g. Membuat tidak adanya perubahan posisi yang volunter
- h. Meningkatkan perasaan damai dan sejahtera

**4. Standar Operasional Prosedur Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*)**

Tabel 2. 4 SOP Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*)

<b>Standar Operasional Prosedur Imajinasi Terbimbing (<i>Guided Imagery</i>) Untuk Meningkatkan Kontrol Diri</b>	
Pengertian	Imajinasi terbimbing adalah metode relaksasi untuk mengkhayalkan tempat dan kejadian berhubungan dengan rasa relaksasi yang menyenangkan
Tujuan	Untuk meningkatkan kemampuan kontrol diri pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan
Alat dan Bahan	- Lembar penilaian kontrol diri - SOP Imajinasi terbimbing
Prosedur/ Langkah Kerja	<p>Tahap Preinteraksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci Tangan</li> <li>2. Membaca catatan medis klien</li> </ol> <p>Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya</li> <li>2. Jelaskan tujuan, prosedur, &amp; lamanya tindakan pada klien/ keluarga</li> <li>3. Berikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan</li> <li>4. Lakukan pengukuran tingkat agitasi sebelum dilakukan kegiatan</li> <li>5. Jaga privasi klien</li> </ol> <p>Tahap Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur posisi yang nyaman (duduk atau berbaring)</li> <li>2. Identifikasi masalah yang dihadapi</li> <li>3. Silangkan kaki, tutup mata atau fokus pada suatu titik atau suatu benda di dalam ruangan</li> <li>4. Fokus pada pernapasan otot perut, menarik napas dalam dan pelan, napas, berikutnya biarkan sedikit lebih dalam dan lama dan tetap fokus pada pernapasan dan tetapkan</li> </ol>

	<p>pikiran bahwa tubuh semakin santai dan lebih santai</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Rasakan tubuh menjadi lebih berat dan hangat dari ujung kepala sampai ujung kaki.</li> <li>6. Jika pikiran tidak fokus, ulangi kembali pernapasan dalam dan pelan</li> <li>7. Lakukan bimbingan imajinasi pada klien dengan meminta klien untuk :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Minta klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu penggunaan semua indra dengan suara yang lembut.</li> <li>b. Menyebutkan apa yang bisa dilihat, dengar, cium, dan apa yang dirasakan</li> <li>c. Mengambil napas panjang beberapa kali dan nikmati berada ditempat tersebut</li> <li>d. Jika klien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah, atau tidak nyaman perawat harus menghentikan atihan dan memulainya lagi ketika klien telah siap.</li> </ol> </li> <li>8. Catat hal-hal yang digambarkan klien dalam pikiran untuk digunakan pada latihan selanjutnya dengan menggunakan informasi spesifik yang diberikan klien dan tidak membuat perubahan pernyataan klien.</li> </ol> <p>Tahap Terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi dan melakukan pengukuran tingkat agitasi setelah kegiatan dilakukan</li> <li>2. Merapihkan dan kembalikan alat ke tempat semula</li> <li>3. Mencuci tangan 6 langkah</li> </ol>
--	---