

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Risiko Perilaku Kekerasan**

##### **1. Definisi Risiko Perilaku Kekerasan**

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

Menurut NANDA (2017) perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan orang lain, baik secara fisik, emosional, maupun seksual.

Dari beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon sebagai ungkapan marah yang mengakibatkan individu dapat berperilaku membahayakan

diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan disekitar.

## 2. Etiologi

Menurut Prabowo (2014), terdapat faktor dalam risiko perilaku kekerasan yaitu :

### a. Faktor predisposisi

Faktor pengalaman yang dialami tiap orang artinya mungkin terjadi/mungkin tidak terjadi pada perilaku kekerasan. Berikut adalah beberapa faktor yang mungkin dialami pada pasien risiko perilaku kekerasan :

#### 1) Psikologis

Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk misalnya, masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya atau saksi penganiayaan.

#### 2) Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan dan sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah. Semua aspek ini menstimulasi individu mengabdopsi perilaku kekerasan.

#### 3) Sosial budaya

Kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan yang diterima.

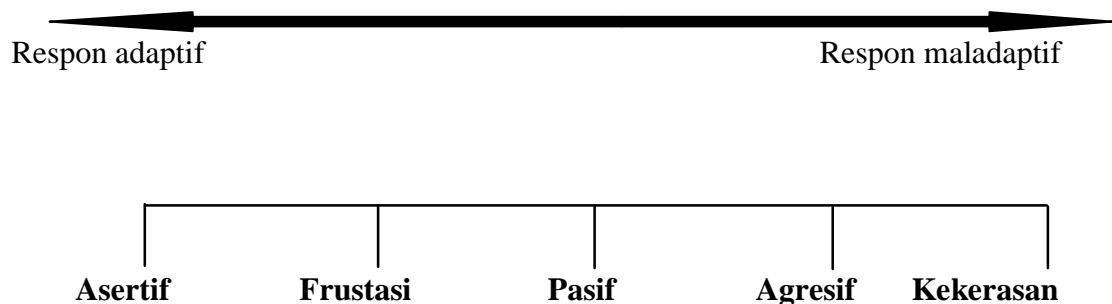
#### 4) Bioneurologis

Kerusakan sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal dan ketidakseimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.

#### b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi pasien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan dan percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Situasi lingkungan yang ribut, padat dan kehilangan orang yang dicintai/pekerjaannya merupakan faktor penyebab lain. Interaksi yang proaktif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan.

### 3. Rentang Respon Marah



Gambar 1 Rentang Respon Marah

Sumber: (Stuart, 2016).

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, karena tidak realitas atau terhambat.

Pasif : Respons lanjut yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol.

#### 4. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Menurut Yosep (2014) tanda dan gejala perilaku kekerasan, antara lain :

##### a. Fisik

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Wajah memerah dan tegang
- 6) Postur tubuh kaku
- 7) Pandangan tajam
- 8) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 9) Mengepalkan tangan
- 10) Jalan mondar-mandir

##### b. Verbal

- 1) Bicara kasar
- 2) Suara tinggi, membentak atau berteriak
- 3) Mengancam secara verbal atau fisik

- 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
  - 5) Suara keras
  - 6) Ketus
- c. Perilaku
- 1) Melempar atau memukul benda/orang lain
  - 2) Menyerang orang lain
  - 3) Melukai diri sendiri/ orang lain
  - 4) Merusak lingkungan
  - 5) Amuk/ agresif
- d. Emosi
- Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam, dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.
- e. Intelektual
- Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.
- f. Spiritual
- Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.
- g. Sosial
- Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.
- h. Perhatian
- Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

## 5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri menurut Prabowo (2014) antara lain sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia yang artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal, proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, represi yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke dalam alam sadar. Ada pula reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila di ekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap juga perilaku yang berlawanan dan juga menggunakannya sebagai rintangan, dan displacement yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan.

## 6. Perilaku Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku pasien dengan gangguan risiko perilaku kekerasan dapat membahayakan bagi dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Adapun perilaku yang harus dikenali dari pasien risiko perilaku kekerasan menurut Sutejo (2019), antara lain :

### a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi ephineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster

menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan meningkat, disertai ketegangan otot seperti ; rahang terkatup, 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 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.

7. Obat Psikofarmaka Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Yusuf, Fitryasari, dan Nihayati (2015) obat psikofarmaka pasien risiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

a. Anti psikotik : Haloperidol, Chlorpromazine, Clozapin, Risperidone, Trifluoperazine, Flufenazin

Efek utama obat ini yaitu menurunkan gejala psikotik seperti

gangguan persepsi (halusinasi), gangguan isi pikir (waham), aktivitas psikomotorik yang berlebihan (agresivitas) dan juga memiliki efek sedative serta efek samping ekstrapiramidal.

Efek samping obat ini yaitu denyut nadi meningkat, kegelisahan motorik, kekakuan otot, tremor, , keringat berlebihan, penurunan kesadaran, penurunan tekanan darah pada perubahan posisi, kesulitan akomodasi, dan penglihatan kabur.

- b. Lithium, obat ini digunakan untuk mengurangi perilaku agresif dan mencederai diri sendiri.
- c. Anti depresan (Nopres, Fluxetin, Amitryptilin), obat ini digunakan untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan yang terkait dengan stress pasca trauma.
- d. Anticemas : Alprazolam dan Diazepam, obat ini digunakan mengurangi cemas pasien. Efek obat ini yaitu menimbulkan kantuk.

## **B. Asuhan Keperawatan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan**

### 1. Pengkajian

- a. Faktor Predisposisi (Dermawan & Rusdi, 2013) yaitu :

- 1) Faktor Biologis

- a) Teori Dorongan Naluri

Teori ini mengungkapkan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.



b) Teori Psikosomatik

Pengalaman marah adalah akibat dari respons psikologis terhadap stimulus yang berasal dari eksternal, internal, maupun lingkungan. Dalam hal ini sistem limbik mempunyai peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

2) Faktor Psikologis

a) Teori Agresif-Frustasi

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b) Teori Perilaku

Kemarahan merupakan proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas/situasi yang mendukung.

c) Teori Eksistensi

Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan memenuhinya melalui berperilaku destruktif.

### 3) Faktor Sosiokultural

#### a) Teori Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespons perilaku asertif atau agresif.

#### b) Teori Belajar Sosial

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

#### b. Faktor Presipitasi

Menurut Prabowo (2014) Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Kondisi pasien seperti ini memiliki kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai/pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain. Interaksi yang profokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan.

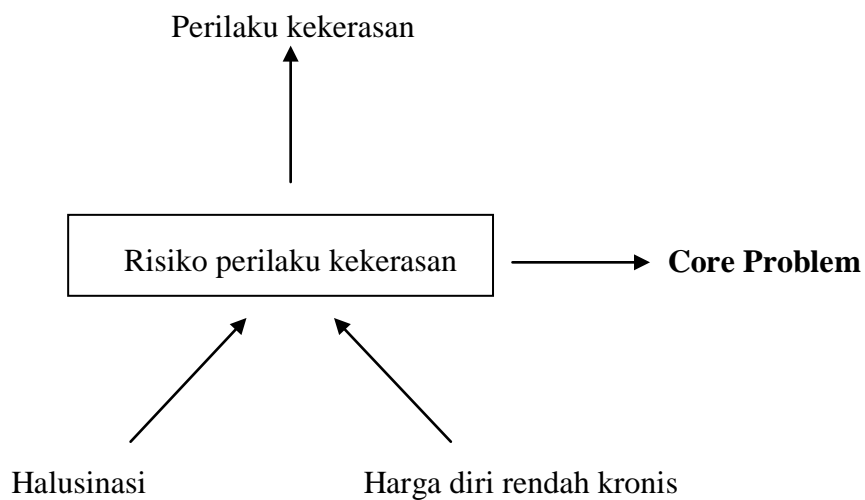
## 2. Diagnosis Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan analisa data selanjutnya adalah penegakan diagnosis keperawatan dan pembuatan pohon masalah. Diagnosis keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan menurut

SDKI (2016), antara lain :

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Perilaku kekerasan

3. Pohon Masalah



Gambar 2 Pohon Masalah

4. Rencana Keperawatan

Menurut SLKI (2019) setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan selama 3x pertemuan selama 3 hari diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :

1. Verbalisasi umpatan menurun
2. Perilaku menyerang menurun
3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun
4. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun
5. Perilaku agresif atau amuk menurun
6. Suara keras menurun

Rencana keperawatan menurut SIKI (2018) pada pasien risiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

Pencegahan risiko perilaku kekerasan

- a) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan ( misalnya benda tajam/tali)
- b) Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
- c) Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (misalnya pisau cukur)
- d) Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
- e) Libatkan keluarga dalam perawatan
- f) Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
- g) Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
- h) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (misalnya relaksasi, bercerita)
  - 1) Fisik misalnya pukul kasur dan batal, tarik napas dalam,
  - 2) Patuh minum obat,
  - 3) Sosial/verbal, misalnya menyatakan secara asertif rasa marahnya,
  - 4) Spiritual, misalnya sholat atau berdoa sesuai keyakinan pasien.

Tindakan keperawatan untuk keluarga (Yusuf, A. Fitryasari, Nihayati, 2015) sebagai berikut :

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi oleh keluarga dalam merawat pasien resiko perilaku kekerasan.
- 2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, serta perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).
- 3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.
- 4) Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan
  - a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat.
  - b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
  - c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan.
- 5) Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

## 5. Implementasi

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

## 6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana

tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara yang berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan tindakan yang disesuaikan pada kriteria hasil dalam tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

#### 7. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Setiadi, 2012). Dokumentasi keperawatan merupakan catatan mengenai informasi kondisi klien dan semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat.