

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Kekerasan (violence) adalah sesuatu bentuk perilaku agresif (aggressive behavior) yang menyebabkan atau bertujuan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain termasuk terhadap hewan juga benda. Kekerasan atau agresif adalah bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut risiko perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi dua yaitu perilaku kekerasan secara verbal dan secara fisik (Muhith Abdul 2015).

Risiko perilaku kekerasan merupakan hal yang dapat membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri ataupun orang lain (SDKI 2017). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang menunjukkan bahwa dirinya mampu membahayakan dirinya sendiri dan orang lain baik secara fisik, emosional dan seksual (NANDA 2018). Menurut Sutejo (2019) risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri (*risk for self-directed*) dan risiko perilaku kekerasan pada orang lain (*risk for other-directed*).

Dari beberapa definisi tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu dari ungkapan marah dan bermusuhan sebagai respon terhadap kecemasan atau kebutuhan yang

tidak terpenuhi sehingga mengakibatkan tidak terkontrolnya dan kesadaran diri dimana individu bisa berperilaku yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar.

2. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut Azizah (2016) adalah sebagai berikut :

a. Fisik

Muka merah dan tegang, mata melotot/pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan dan jalan mondar-mandir.

b. Verbal

Bicara kasar, suara tinggi, membentak/berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata kotor, suara keras dan ketus

c. Perilaku

Melempar atau memukul benda/orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan dan amuk/agresif.

d. Emosi

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

e. Intelektual

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

f. Spiritual

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

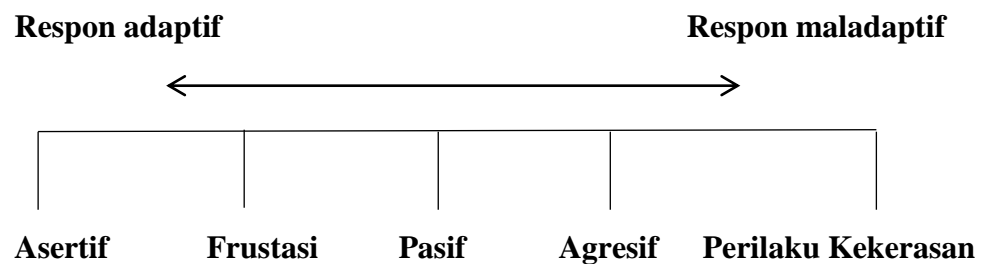
g. Sosial

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

h. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri dan penyimpangan seksual.

3. Rentang Respon



Gambar 1 Rentang Respon Marah

Sumber : (Stuart 2016)

Keterangan :

Menurut Yusuf (2015) rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (adaptif) sampai dengan tidak normal (maladaptif).

Asertif : Pasien dapat mengungkapkan kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain

Frustasi : Pasien mengalami kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat

Pasif : Respons lanjutan dari pasien yang tidak mampu mengungkapkan perasaan

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol
 Perilaku kekerasan/amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol (amuk).

4. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi koping pasien yang dapat membantu pasien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang sering digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, sublimasi, proyeksi, respresi, denial dan reaksi formasi (Dermawan & Rusdi 2013).

Menurut Prabowo (2014) mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain :

a. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia yang artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan

sekerjanya, namun berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.

c. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke dalam alam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekan dan pada akhirnya ia mampu melupakannya.

d. Reaksi Formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap juga perilaku yang berlawanan dan juga menggunakannya sebagai rintangan. Misalkan seseorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.

e. *Displacement*

Yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya telah membangkitkan emosi tersebut. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

B. Asuhan Keperawatan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian merupakan proses pengumpulan data secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan juga fungsional kerja serta respons pasien pada saat ini dan sebelumnya. Tujuan dari pengkajian keperawatan yaitu untuk menyusun data atau data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan dan juga respons pasien terhadap masalah (Sutejo 2017). Seorang perawat harus berjaga-jaga jika terjadi peningkatan agresi pada pasien, hirarki perilaku agresif dan kekerasan. Perawat juga harus mengkaji afek pasien yang berhubungan dengan perilaku agresif (Yosep & Titin 2014).

a. Faktor Predisposisi

Menurut Dermawan dan Rusdi (2013) faktor predisposisi adalah :

1) Faktor Biologis

a) *Instinctual Drive Theory* (Teori Dorongan Naluri)

Teori ini menyatakan bahwa suatu kebutuhan dasar yang sangat kuat merupakan penyebab perilaku kekerasan.

b) *Psychosomatic Theory* (Teori Psikosomatik)

Pengalaman marah merupakan akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini yang berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah adalah system limbik.

2) Faktor Psikologis

a) *Frustration Aggression Theory* (Teori Agresif-Frustasi)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi jika keinginan individu untuk mencapai suatu gagal atau menghambat. Keadaan ini mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustrasi dapat berkurang melalui perilaku kekerasan.

b) *Behavior Theory* (Teori Perilaku)

Kemarahan merupakan proses belajar, hal tersebut mampu dicapai saat tersedianya fasilitas/situasi yang mendukung.

c) *Eksistensial Theory* (Teori Esistensi)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertingkah laku, saat kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif maka individu akan memenuhinya melalui berperilaku destruktif.

3) Faktor Sosiokultural

a) *Social Environment Theory* (Teori Lingkungan Sosial)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu untuk mengekspresikan marahnya. Individu dalam merespon asertif atau agresif dapat didukung norma budaya.

b) *Social Learning Theory* (Teori Belajar Sosial)

Perilaku kekerasan mampu dipelajari baik melalui langsung maupun melalui proses sosialisasi.

b. Faktor Presipitasi

Stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi individu bersifat unik. Stressor dapat disebabkan dari luar (serangan fisik, kehilangan, kematian dan lainnya) maupun dari dalam (putus hubungan dengan orang terkasih, kehilangan rasa cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lainnya). Perilaku kekerasan juga dapat dipicu dari lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan yang mengarah penghinaan dan tindakan kekerasan.

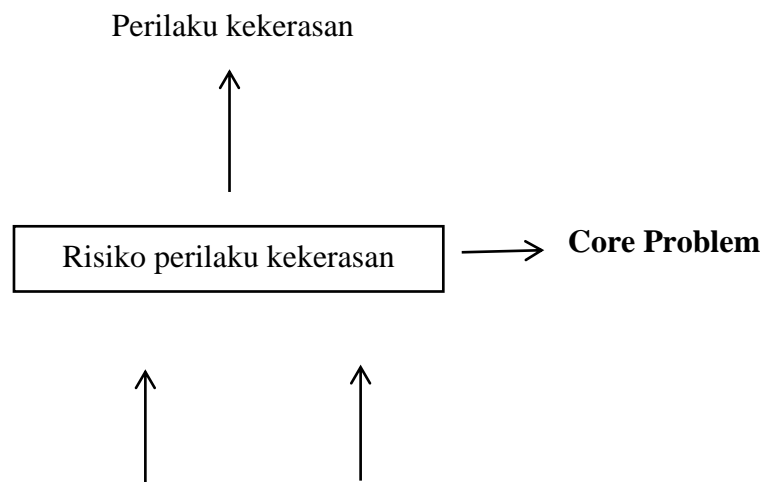
2. Obat Psikofarmaka menurut Yusuf (2015)

- a. Antipsikotik seperti chlorpromazine, trifluoperazin, haloperidol, risperidon, clozapine dll. Efek utama obat antipsikotik adalah menyupresi gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas) juga memiliki efek sedatif serta efek samping ekstrapiramidal. Efek samping yang dapat terjadi antara lain kegelisahan motorik, tremor kasar, febris tinggi, kejang-kejang, denyut nadi meningkat, keringat berlebihan, penurunan kesadaran, mulut kering, penglihatan kabur dan selaput lendir hidung edema sehingga hidungnya mampet.
- b. Antimanik (Mood Stabilizer) adalah kelompok obat yang berkhasiat untuk kasus gangguan afektif bipolar terutama episodik mania dan sekaligus dipakai untuk mencegah kekambuhannya. Obat yang termasuk kelompok ini adalah lithium (Teralith, Priadel), karbamazepin

(Tegretol, Temporal) dan asam valproate. Efek yang timbul yaitu tremor halus, vertigo dan rasa lelah, diare dan muntah-muntah, oliguria dan anuria, konvulsi, kesadaran menurun, edema, ataksia dan tremor kasar.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan dirumuskan jika pada saat ini pasien tidak melakukan perilaku kekerasan, namun pernah melakukan perilaku kekerasan dan juga belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut. Berikut adalah diagnosis keperawatan dan pohon masalah pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan :



Gangguan persepsi sensori: halusinasi, Harga diri rendah kronis

Gambar 2 Pohon Masalah Diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan.

Diagnosis menurut SDKI (2017) yaitu :

- a. Risiko perilaku kekerasan
- b. Perilaku kekerasan

4. Rencana Tindakan Keperawatan

a. Tujuan tindakan keperawatan untuk pasien risiko perilaku kekerasan

Rencana keperawatan menurut Prabowo (2014) yaitu pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan. Pasien mengidentifikasi penyebab, tanda gejala dan akibat dari perilaku kekerasan. Pasien mampu mengidentifikasi cara kontruksi dalam berespon, mampu mendemostrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan dan mampu menggunakan obat dengan benar sesuai dengan program yang telah ditetapkan. Menurut SLKI (2019) dengan dilakukannya asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan selama 3 hari diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil verbalisasi umpatan menurun, perilaku menyerang menurun, perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun, perilaku merusak lingkungan sekitar menurun, perilaku amuk/agresif menurun dan suara keras menurun.

b. Tindakan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan (Prabowo 2014)

1) Ajarkan pasien cara sehat untuk mengungkapkan marah seperti :

- a) Cara fisik : tarik nafas dalam saat kesal, pukul bantal ataupun kasur, olah raga dan melakukan kegiatan
- b) Verbal : mengungkapkan dirinya sedang kesal kepada orang lain
- c) Sosial : latihan asertif dalam kelompok cara marah sehat
- d) Spiritual : sembahyang/doa, dzikir, meditasi dan lainnya sesuai keyakinan masing-masing

- e) Ajarkan pasien menggunakan obat dengan benar sesuai dengan program yang telah ditetapkan
- c. Intervensi pada pasien risiko perilaku kekerasan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI 2018) yaitu dengan :
- Pencegahan Perilaku Kekerasan
- 1) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (benda tajam, tali)
 - 2) Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
 - 3) Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (pisau cukur)
 - 4) Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
 - 5) Libatkan keluarga dalam perawatan
 - 6) Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
 - 7) Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
 - 8) Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (relaksasi nafas dalam dan bercerita)
- d. Tindakan Keperawatan Bagi Keluarga
- 1) Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dari sikap yang telah dilakukan keluarga terhadap pasien selama ini
 - 2) Diskusikan dengan keluarga tentang pentingnya peran keluarga sebagai pendukung untuk pasien mengatasi perilaku kekerasan

- 3) Diskusikan potensi keluarga dalam membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan
- 4) Diskusikan dengan keluarga melalui pertemuan keluarga tentang pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, penyebab perilaku kekerasan dan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan
- 5) Latih keluarga untuk merawat pasien dengan perilaku kekerasan
- 6) Berikan kesempatan pada keluarga untuk mendemostrasikan ulang
- 7) Berikan reinforment atas keterlibatan keluarga

5. Implementasi

Setelah membuat rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, selanjutnya adalah menerapkan rencana tindakan keperawatan tersebut kepada pasien. Implementasi merupakan tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan evaluasi setiap kali selesai pemberian implementasi.

Dalam penelitian Sujarwo (2018) menyebutkan pengobatan pasien perilaku kekerasan melalui asuhan keperawatan dengan strategi pelaksanaan (SP) pada pasien seperti diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara nafas dalam, dan pukul bantal atau kasur. Mengontrol secara verbal dengan cara

menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara shalat dan berdoa. Serta mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat).

6. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah proses keperawatan yang memungkinkan untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi pasien. Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidaknya. Evaluasi dapat dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang sudah teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Sutejo 2017). Evaluasi pasien dengan risiko perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif. Diharapkan pasien mampu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol, mendapatkan dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku dan juga penggunaan obat dengan benar.