

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukantindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Afnuhazi, 2015).Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional dan atau seksual kepada oranglain. (NANDA-I, 2012-2014, Herdman, 2012).Resiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2013).

2. Tahapan Resiko Perilaku kekerasan

- a. Tahap 1 : Tahap memicu
- Perasaan : Kecemasan
- Perilaku : Agitasi, mondar-mandir, menghindarikontak
- Tindakan perawat : Mengidentifikasi faktor pemicu, mengurangi kecemasan, memecahkan masalah bila memungkinkan.

- b. Tahap 2 : Tahap Transisi
- Perasaan : Marah
- Perilaku : Agitasi meningkat
- Tindakan perawat : Jangan tangani marah dengan amarah, menjaga pembicaraan, menetapkan batas dan memberikan pengarahan, mengajak kompromi, mencari dampak agitasi atau meminta bantuan.
- c. Tahap 3 : Krisis
- Perasaan : Peningkatan kemarahan dan agresi
- Perilaku : Agitasi, gerakan mengancam, menyerang orang sekitar, berkata kotor dan berteriak.
- Tindakan perawat : Lanjutkan intervensi tahap 2, dalam menjaga jarak pribadi, hangat (tidak mengancam) konsekuensi, cobalah untuk menjaga komunikasi.
- d. Tahap 4 : Perilaku Merusak
- Perasaan : Marah
- Perilaku : Menyerang, merusak
- Tindakan perawat : Lindungi klien lain, menghindar, melakukan pengekangan fisik.
- e. Tahap 5 : Tahap Lanjut
- Perasaan : Agresi
- Perilaku : Menghentikan perilaku terang-terangan Destruktif, pengurangan tingkat gairah.

Tindakan perawat : Tetap waspada karena perilaku kekerasan baru masih memungkinkan, hindari pembalasan atau balas dendam.

f. Tahap 6 : Tahap Peralihan

Perasaan : Marah

Perilaku : Agitasi, mondar-mandir

Tindakan perawat : Lanjutkan fokus mengatasi masalah utama
(Fontaine, 2009 di kutip dalam Satrio, dkk, 2015)

3. Proses Terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mendasari atau mempermudah terjadinya perilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, nilai-nilai kepercayaan maupun keyakinan berbagai pengalaman yang dialami setiap orang merupakan faktor predisposisi yang artinya mungkin terjadi dan mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan (Direja, 2011 dalam jurnal Dwi, 2015) sejalan dengan pendapat (Muhith, 2015) Faktor predisposisi merupakan faktor yang mempermudah dalam menyebabkan terjadinya perilaku seorang seperti keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya. Berbagai pengalaman yang dialami seorang mungkin terjadi atau mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu seperti: faktor biologis, faktor psikologis, dan sosial budaya .

1) Faktor Biologis

Faktor biologis secara alami dapat menjadi salah satu faktor penyebab (predisposisi) atau menjadi faktor pencetus (presipitasi) terjadinya perilaku kekerasan pada individu. Faktor predisposisi yang berasal dari biologis dapat dilihat sebagai suatu keadaan atau faktor risiko yang dapat mempengaruhi peran manusia dalam menghadapi stressor (Stuart, 2016) sejalan dengan pendapat (Purwanto, 2015) Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat, akibat dari psikologis terhadap stimulus eksternal, internal, maupun lingkungan.

a) Struktur Otak (Neuroanatomi)

Penelitian ini difokuskan pada tiga area yang diyakini terlibat dengan perilaku agresif adalah sistem limbik, lobus frontal, dan hipotalamus. Neurotransmitter juga diusulkan memberikan peran dalam munculnya risiko perilaku kekerasan untuk menekankan dalam masalah tersebut (Stuart, 2016). Neuroanatomi mempunyai peran dalam menghambat rangsangan, yang akan mempengaruhi sifat agresif, sistem limbik sangat berpengaruh dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif (Yosep, 2013). Kerusakan struktur pada limbik dan lobus frontal serta lobus temporal otak dapat mengubah kemampuan individu untuk memodulasi agresif sehingga menyebabkan perilaku

kekerasan/agresif (Videbeck, 2008, dikutip dalam Satrio, dkk, 2015).

b) Genetik

Adanya faktor gen yang di turunkan melalui orang tua. Secara genetik ditemukan pada kromosom 5 dan 6 yang dapat menyebabkan individu tersebut mengalami skizofrenia. Penelitian yang paling penting memusatkan pada penelitian anak kembar yang menunjukkan anak kembar identik beresiko mengalami skizofrenia sebesar 50% sedangkan pada kembar non identik /fraternal beresiko 15% mengalami skizofrenia. resiko 15% jika salah satu orang tua menderita skizofrenia, angka ini meningkat 40%-50% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Stuart, 2016). Faktor genetik tipe *karyotype* XYY, dimana pada umumnya dimiliki oleh orang-orang yang tersangkut dalam hukum akibat dari perilaku agresif (Damaiyanti, 2012).

c) Neurotransmitter

Neurotransmitter adalah zat kimia yang ditransmisikan keseluruh neuron sinapsis, sehingga menghasilkan komunikasi antara otak dan struktur otak yang lain. Peningkatan atau penurunan zat ini dapat memperburuk atau menghambat perilaku agresif (Stuart, 2016) sejalan dengan pendapat (Sedock, 2007 dalam Townsend, 2009, dikutip dalam Satrio, dkk, 2015) Neurotransmitter adalah zat

kimia otak yang ditransmisikan ke seluruh neuron sinapsis, sehingga menghasilkan komunikasi antara otak dan struktur otak yang lain. Peningkatan atau penurunan zat ini dapat mempengaruhi perilaku, perubahan keseimbangan zat ini dapat memperburuk atau menghambat perilaku agresif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa berbagai neurotransmitter (*epinefrin, norepinefrin, dopamine, acetylcholine dan serotonin*) berperan dalam fasilitas dan inhibisi rangsangan agresif.

d) **Imunovirologi**

Karakteristik biologis yang berhubungan dengan perilaku kekerasan adalah riwayat dalam penggunaan NAPZA. Penggunaan obat NAPZA akan mempengaruhi fungsi otak, mempengaruhi terapi dan perawatan yang diberikan (Satrio, 2015) sejalan dengan pendapat (Stuart, 2016) Klien dengan gangguan penyalahgunaan zat, prevalensi kekerasan 12 kali lebih besar bagi mereka dengan penyalahgunaan atau ketergantungan alkohol dan 16 kali lebih besar bagi mereka dengan ketergantungan obat lain dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki diagnosis gangguan jiwa. penyalahgunaan obat memiliki efek tambahan dalam meningkatkan faktor risiko perilaku kekerasan bagi orang-orang yang memiliki masalah utama gangguan kesehatan jiwa.

2) Faktor Psikologis

Pandangan psikologis terhadap perilaku agresif menunjukkan pentingnya dalam faktor prediposisi, perkembangan atau pengalaman hidup membatasi kemampuan seorang dalam menggunakan mekanisme koping tanpa kekerasan (Stuart, 2016).

a) Teori Psikoanalitik

Suatu pandangan psikologi tentang resiko perilaku agresif menyatakan bahwa pentingnya mengetahui predisposisi faktor perkembangan atau pengalaman hidup yang membatasi kemampuan individu untuk memilih koping mekanisme yang bukan resiko perilaku kekerasan. Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidak puasan fase oral pada usia 0-2 tahun, dimana anak tidak mendapatkan kasih sayang dan tidak terpenuhinya kebutuhannya seperti air susu yang cukup (Damaiyanti, 2012) sejalan dengan pendapat (Stuart dan Laraia, 2009, dikutip dalam Satrio, dkk, 2015) ketidakmampuan belajar karena kerusakan kapasitas bertindak secara efektif terhadap frustrasi, perilaku emosional yang berat atau penolakan terhadap anak, orang tua yang terlalu penyayang dan berkontribusi pada kurang rasa percaya diri dan HDR : mengalami kekerasan bertahun-tahun, korban *childabuse* atau sering melihat kekerasan dalam keluarga dapat menanamkan pola penggunaan kekerasan sebagai cara menyelesaikan masalah.

b) Teori Pembelajaran

Teori pembelajaran menjelaskan bahwa perilaku agresif dapat dipelajari secara internal maupun eksternal. Perilaku secara internal melalui penguatan seorang pada saat berperilaku agresif, hal tersebut disebabkan akibat gagal dalam pencapaian tujuan yang diinginkan, dan faktor eksternal terjadi melalui pengamatan seperti orang tua, saudara, model peran dan ragawa (Stuart, 2016) sejalan dengan pendapat (Stuart dan Laraia, 2005; Stuart 2009, dikutip dalam Satrio, dkk, 2015) Pembelajaran internal terjadi selama individu mendapat penguatan pribadi ketika melakukan perilaku agresif, kemungkinan sebagai kepuasan dalam mencapai tujuan atau pengalaman merasakan penting. Mempunyai kekuatan dan kontrol terhadap orang lain. Pembelajaran eksternal terjadi selama observasi model peran seperti peran sebagai orang tua, teman sebaya, saudara dan tokoh hiburan.

3) Faktor Sosial Budaya

Faktor budaya dapat mempengaruhi perilaku agresif, dimana norma budaya dapat menentukan cara yang dapat diterima atau tidak dalam mengekspresikan perasaan agresif, dengan cara mengontrol perilaku kekerasan dalam masyarakatnya untuk mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman. Faktor budaya juga dapat menyebabkan perilaku kekerasan dimana kondisi budaya tersebut masih dalam penganguaran, kesulitan

menjaga hubungan interpersonal, kondisi kemiskinan, struktur keluarga, kontrol sosial dan ketidak mampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar kehidupan (Stuart, 2016) sehubungan dengan pendapat (Satrio, 2015) Faktor budaya merupakan faktor prediposisi yang terjadi pada individu terhadap perilaku kekerasan, karakteristik yang termasuk dalam sosial yaitu: jenis kelamin, tingkat sosial ekonomi dan ras atau suku.

a) Jenis Kelamin

Berdasarkan pendapat diatas disampaikan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu karakteristik sosial budaya. Jenis kelamin merupakan ciri fisik, karakter dan sifat yang berbeda. Laki-laki lebih sering melakukan perilaku agresif. Namun berdasarkan penelitian (Keliat dkk, 2012) pada penelitian karakteristik klien yang dirawat di bangsal MPKP menyebutkan ada 63,9% berjenis kelamin laki-laki, 82,5% terdapat pada golongan umur dewasa yaitu umur 33 tahun sampai 55 tahun.

b) Tingkat Sosial Ekonomi

Kondisi sosial yang dapat menyebabkan resiko perilaku kekerasan seperti: kemiskinan dan ketidak mampuan memenuhi kebutuhan hidup, masalah perkawinan, keluarga *single parent*, pengangguran, kesulitan memepertahankan hubungan interpersonal dalam keluarga, struktur keluarga, dan kontrol social (Townsend, 2010 dalam Satrio, 2015).

c) Ras atau Suku

Faktor sosiokultural merupakan norma budaya yang dapat membantu mengartikan makna ekspresi marah dan dapat mendorong untuk mengekspresikan marah secara asertif sehingga dapat membantu menjaga kesehatan diri. Hukuman diterapkan terhadap resiko perilaku kekerasan melalui norma hukum atau adanya kontrol sosial. Norma yang mereinforcement resiko perilaku kekerasan akan berakibat ekspresi marah dengan cara destruktif (Satrio, 2015).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus internal atau eksternal yang mengancam klien antara lain dikarena adanya ketegangan peran, konflik peran, peran yang tidak jelas, peran berlebihan, perkembangan transisi, situasi transisi peran dan transisi peran sehat-sakit (Stuart, 2009 dalam Satrio, dkk, 2015). Stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stresor tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dalam. Contoh stresor yang berasal dari luar antara lain serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Sedangkan stresor yang berada dari dalam adalah putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, ketakutan terhadap penyakit fisik dan lain-lain. Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan (Purwanto, 2015).

1) Faktor Biologi

Stessor presipitasi yang di dapat pada individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan. Stessor terhadap perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh gangguan umpan balik pada otak yang mengatur jumlah dan waktu dalam proses berfikir, stimuli pendengaran pada awalnya disaring oleh hipotalamus lalu di kirim dan diproses oleh lobus frontal, dan apabila informasi tersebut terlalu banyak pada suatu waktu jika informasi tersebut salah lobus frontal mengirim pesan keoverload keganglia lalu diingatkan lagi oleh hipotalamus untuk dapat memperlambat transmisi ke lobus frontal. Penurunan fungsi lobus menyebabkan gangguan dalam proses umpan balik dalam penyampaian informasi (Satrio, 2015).

2) Faktor Psikologi

Pemicu terhadap perilaku kekerasan dapat di sebabkan oleh frustrasi yang rendah, koping individu yang tidak efektif, impulsive dan secara nyata adanya ancaman terhadap keberadaan dirinya, tubuh atau kehidupannya. Perilaku kekerasan dapat terjadi karena perasaan seperti marah, ansietas, rasa bersalah, frustrasi, dan kecurigaan (Townsend, 2009 dalam Satrio, 2015) sejalan dengan pendapat (Fontaine, 2009, dikutip dalam Satrio, dkk, 2015) Toleransi terhadap frustrasi yang rendah, koping individu tidak efektif, dan membayangkan secara nyata adanya ancaman terhadap keberadaan dirinya.

3) Faktor Sosial Budaya

Kekerasan terjadi ketika klien dipindahkan dalam kelompok yang besar, penuh sesak, kurang privasi, dan tidak bebas. Petugas mungkin secara sengaja atau tidak dapat menyebabkan perilaku klien untuk melakukan tindakan kekerasan, manajemen lingkungan yang buruk, ketidakpahaman petugas, pertemuan fisik yang terlalu dekat, pendekatan batasan yang tidak konsisten dan budaya kekerasan dapat mempengaruhi perilaku kekerasan pada klien. Dengan demikian banyak sekali stressor sosialcultural yang dapat mempengaruhi dan menjadi penyebab ataupun pencetus perilaku kekerasan (Satrio, 2015). Beberapa penelitian telah menemukan bahwa jumlah insiden kekerasan lebih besar terjadi ketika klien dipindahkan dalam kelompok yang besar, penuh, sesak, kurang privasi atau tidak bebas (Fagan-Pyor et al, 2003 dalam Stuart, 2009, dikutip dalam Satrio, dkk, 2015).

c. Penilaian Stressor

Model Stres Diatesis dalam sebuah karya klasik oleh Liberman dan rekan (1994) menjelaskan bahwa gejala skizofrenia berkembang berdasarkan pada hubungan antara jumlah stres dalam pengalaman seseorang dan toleransi internal terhadap ambang stres. Ini adalah model penting karena mengintegrasikan faktor budaya biologis, psikologis, dan sosial (Stuart, 2009, dikutip dalam Satrio, dkk, 2015). Respon perilaku kekerasan merupakan hasil dari respon emosional, fisiologis, dan analisis seorang tentang situasi stres. Respon perilaku

individu mempunyai empat fase dalam menghadapi stres menurut (Satrio, 2015) yaitu:

- 1) Perilaku yang mengubah lingkungan stres atau memungkinkan individu untuk melarikan diri.
- 2) Perilaku individu yang memungkinkan untuk dapat mengubah keadaan.
- 3) Perilaku intrapsikis berfungsi untuk mempertahankan rangsangan emosional yang tidak menyenangkan.
- 4) Perilaku intrapsikis membantu untuk berdamai dengan masalah dan gejala sisa dengan penyesuaian internal.

d. Sumber Koping

Psikosis atau skizofrenia adalah penyakit yang sangat menakutkan dan menjengkelkan yang perlu penyesuaian baik klien maupun keluarga, proses dalam penyesuaian pasca psikotik terdiri dari dionansi kongnitif (psikosis aktif), pencapaian wawasan, stabilitas dalam semua aspek kehidupan, dan bergerak dalam semua aspek prestasi atau tujuan pendidikan. Proses multifase penyesuaian berlangsung 3-6 tahun (Satrio, 2015) sejalan dengan pendapat (Damaiyanti, 2012) Sumber koping dapat berupa aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, dukungan sosial dan motivasi. Hubungan antar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber koping lainnya termasuk kesehatan dan energi, dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial, dan kesejahteraan fisik.

e. Mekanisme Koping

Pada fase aktif psikosis klien menggunakan beberapa mekanisme pertahanan diri dalam upaya untuk melindungi diri dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakit mereka. Pada klien dalam penyesuaian postpsychotic proses aktif menggunakan mekanisme koping adaptif, ini sudah termasuk kongnitif, emosional, interpersonal, fisiologis, dan spiritual merupakan strategi penanggulangan yang berfungsi sebagai dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan (Stuart, 2016). Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti “*Displacement*”, sublimasi, proyeksi, represi dan reaksi formasi (Dermawan, 2013).

- 1) *Displacement* merupakan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti pada mulanya yang membangkitkan emosi, contohnya anak yang berusia 4 tahun marah karena baru saja mendapatkan hukuman dari ibunya, dan dia akan bermain perang- perangan dengan temannya (Damaiyanti, 2012).
- 2) *Sublimasi* adalah menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal, contohnya seorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain

seperti meremas adonan kue, meninju tembok, dan sebagainya, tujuannya untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah (Damaiyanti, 2012).

- 3) *Proyeksi* adalah orang lain mengenai kesukarannya atau keinginan yang tidak baik, contohnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa dia mempunyai perasan seksual terhadap rekan kerjanya, malah berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya (Muhith, 2015).
- 4) *Resepsi* yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau yang membahayakan masuk dalam alam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat membenci pada orang tuanya yang tidak disukainya (Muhith, 2015).
- 5) *Reaksi formasi* merupakan mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakan sebagai rintangan, contohnya orang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar (Damaiyanti, 2012).

f. Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Terdapat beberapa tanda dan gejala yang di alami klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan:

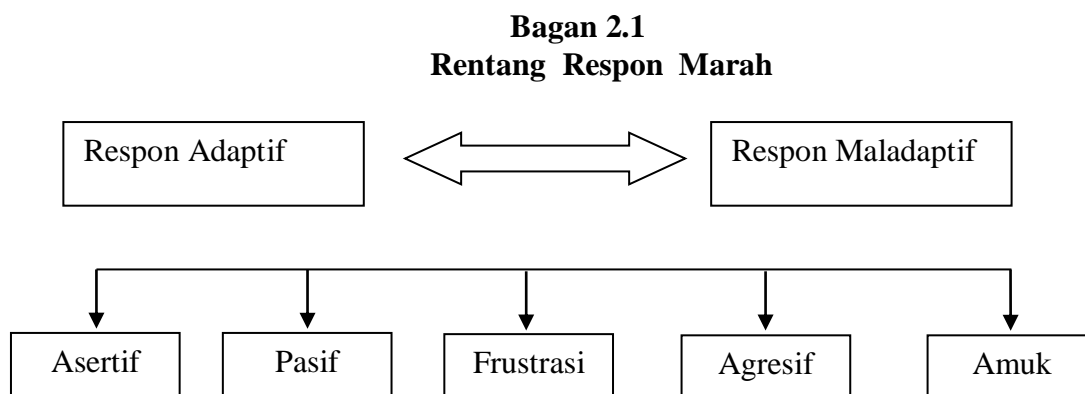
- 1) Fisik, dilihat dari fisik klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan menunjukkan tanda dan gejala seperti muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan kedepan, tangan

mengepal, rahang megatup, jalan mondar-mandir, dan postur tubuh kaku (Yosep, 2013).

- 2) Verbal, beberapa tanda dan gejala verbal yang terjadi pada pasien resiko perilaku kekerasan seperti bicara mengancam dengan objek yang nyata atau tidak nyata, meminta perhatian yang mengganggu, berbicara kasar dan dengan penekanan, mengalami waham atau curiga (Stuart, 2016).
- 3) Perilaku, terdapat beberapa tanda dan gejala pada perilaku pasien yang mengalami masalah resiko perilaku kekerasan seperti melempar atau memukul benda/ orang lain, merusak barang atau benda, amuk atau agresif, menyerang orang lain, dan tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan (Muhith, 2015).
- 4) Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada tingkat kesadaran klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan seperti klien terlihat bingung, adanya perubahan status mental yang tiba-tiba, terjadinya kerusakan memori, dan klien tidak dapat diarahkan (Stuart, 2016).

B. Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan respon kemarahan. Respon kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah dijelaskan dari beberapa poin seperti agresif dan amuk (perilaku kekerasan) berada pada rentang respon yang maladaptif.



Rentang Respon Marah Menurut (Purwanto, 2015).

1. Asertif

Perilaku asertif adalah sikap yang berada di tengah pada rentang perilaku pasif atau perilaku agresif. Perilaku asertif merupakan sikap yang menunjukkan rasa yakin tentang diri sendiri, dan dapat berkomunikasi secara hormat pada orang lain. Seorang dengan perilaku asertif dapat bicara dengan orang lain secara langsung dan jelas, dan sikap tubuh dapat menekankan tentang topik pembicaraan tetapi tidak terkesan mengganggu atau mengancam orang lain (Stuart, 2016). Perilaku asertif merupakan perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyakiti atau menyakiti orang lain. Dengan perilaku ini dapat melegakan perasaan pada individu (Purwanto, 2015).

2. Pasif

Seorang yang berperilaku pasif berubah menjadi marah, mereka mencoba untuk menyembunyikannya sehingga dapat meningkatkan ketegangan terhadap diri mereka sendiri. Orang yang berperilaku pasif biasanya bicara dengan lembut, seringkali dengan cara kekanak-kanakan, adanya kontak mata, lalu posisi klien yang ditunjukkan badan membungkuk dengan tangan menggapit erat ketubuh (Stuart, 2016) sejalan dengan pendapat (Purwanto, 2015) Perilaku pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu tuntutan nyata.

3. Frustrasi

Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan yang kurang realistis atau hambatan dalam mencapai tujuan kepuasan (Damaiyanti, 2012) sejalan dengan pendapat (Muhith, 2015) frustrasi juga bisa dikatakan sebagai respon kegagalan dalam mencapai sebuah tujuan dan melarikan diri dalam melawan atau menantang.

4. Agresif

Orang dengan perilaku agresif akan menunjukkan perilakunya yang agresif dan mengabaikan hak asasi orang lain, mereka berpikir bahwa mereka harus berjuang dalam mencapai kepentingan mereka sendiri. Perilaku ini dapat ditunjukkan dengan fisik atau verbal, dan menunjukkan sikap dalam menutupi rasa kurang percaya diri, orang tersebut akan menunjukkan harga diri mereka dengan menguasai orang lain dengan demikian membuktikan

superioritasnya pada orang lain (Stuart, 2016) sejalan dengan pendapat (Purwanto, 2015) Agresif merupakan suatu perilaku yang menyertai marah, merupakan dorongan mental untuk bertindak dan masih terkontrol. Individu agresif tidak memedulikan hak orang lain. Bagi individu ini hidup adalah medan peperangan. Biasanya individu kurang percaya diri. Harga dirinya ditingkatkan dengan caramenguasai orang lain untuk membuktikan kemampuan yang dimilikinya.

5. Amuk

Amuk atau resiko perilaku kekerasan adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan kehilangan kontrol disertai amuk, sehingga individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Resiko perilaku kekerasan berfluktuasi dari tingkat rendah sampai tinggi yaitu yang disebut dengan hirarki perilaku agresif dan kekerasan (Satrio & Laraia, 2015) sejalan dengan pendapat (Purwanto, 2015) Violent (amuk) adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat dan disertai kehilangan kontrol, yang dapat merusak diri dan lingkungan.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Konsep Model

a. Adaptasi Roy

- 1) Manusia adalah keseluruhan dari biopsikososial yang terus menerus berinteraksi dengan lingkungan
- 2) Manusia menggunakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mengatasi perubahan biopsikososial yang bertujuan untuk

membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan fisiologi, konsep diri, fungsi peran, hubungan interependen selama sehat sakit.

b. Pengkajian

pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Kemenkes, 2017). Pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditunjukkan pada semua aspek yaitu biopsikologi-kultural- spiritual yang bisa dilihat dari data subyektif dan data obyektif (Yosep, 2013).

1) Data Subyektif

Data subyektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

2) Data Obyektif

Informasi data objektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil

laboratorium. Fokus dari pengkajian data obyektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien (Kemenkes, 2017).

D. Pohon Masalah

Bagan 2.2 Pohon Masalah



Pohon masalah Resiko Perilaku Kekerasan menurut (Dalami, 2014).

E. Diagnosa Keperawatan

1. Koping individu tidak efektif
2. Harga Diri Rendah
3. Risiko Perilaku Kekerasan

F. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Kemenkes, 2017).

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan		Sp/Kemampuan Klien
Resiko kekerasan	perilaku	<p>SP 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat Pk - Jelaskan cara mengontrol PK, fisik, obat, verbal spiritual. - Latihan cara mengontrol PK jelaskan scera fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal - Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan Fisik <p>SP 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian - Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar :jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) - Masukan pada jadwal kagiatan untuk latihan fisik dan minum obat <p>SP 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian - Latih cra mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu, mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar) - Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal <p>SP 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, verbal, berikan pujian - Latih cara mengontrol spritul (2 kegiatan) - Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual

G. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah 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 harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Kemenkes, 2017) sejalan dengan pendapat (Farida & Yudi, 2012) Implementasi merupakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan disesuaikan dengan kondisi klien saat ini.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Kemenkes, 2017) sejalan dengan pendapat (Farida & Yudi, 2012) Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus-menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

- a. Evaluasi proses (formatif) yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan.
- b. Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan klien dengan tujuan yang telah ditentukan, evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon subjektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan tindakan lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien.