

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Definisi Resiko Perilaku Kekerasan**

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Resiko perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu (Damaiyanti, 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).

Resiko perilaku kekerasan adalah salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh orang lain, respons yang dapat menyebabkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain maupun terhadap lingkungan. Melihat dampak yang banyak menyebabkan menimbulkan kerugian maka penanganan pasien resiko perilaku kekerasan harus ditangani secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional (Dalami, 2014).

## 2. Tahapan Resiko Perilaku Kekerasan

Tahapan perilaku agresif kekerasan pada resiko perilaku kekerasan:

### a. Tahap 1 (Tahap memicu)

Tahapan ini dimana klien mengalami kondisi cemas dan ditandai dengan perilaku agitasi, mondar-mandir, dan menghindari kontak dengan orang lain. Tindakan yang diberikan oleh perawat pada klien adalah dengan cara mengidentifikasi terjadinya faktor pemicu, dan mengurangi keceasan yang dialami klien (Satrio, 2015).

### b. Tahap 2 (Tahap transisi)

Perasaan marah yang di alami klien dan ditandai dengan perilaku agitasi meningkat. Tindakan yang dapat diberikan pada klien yaitu dengan cara: Jangan menangani marah dengan amarah, menjaga pembicaraan, menetapkan batas dan memberikan pengarahan, mengajak kompromi, mencari dampak agitasi (Satrio, 2015).

### c. Tahap 3 (Krisis)

Tahapan ini merupakan tahap dimana klien mengalami peningkatan kemarahan dan agresi, dan ditandai dengan perilaku agitasi, gerakan mengancam, menyerang orang yang berada disekitarnya, berteriak dan berkata kotor. Tindakan yang akan diberikan pada klien yaitu menjaga pembicaraan, menjaga jarak kepada klien, dan menjaga komunikasi (Fontaine, 2010).

d. Tahap 4 (Perilaku merusak)

Klien dimana pada tahap ini dalam kondisi marah dan ditandai dengan perilaku yang menyerang, dan merusak. Tindakan keperawatan yang dilakukan agar dapat melindungi dari klien lainnya, menghindar, melakukan pengekangan fisik (Satrio, 2015).

e. Tahap 5 (Tahap lanjut)

Tahap dimana klien dalam kondisi agresi dan ditandai dengan cara menghentikan perilaku destruktif secara terang-terangan dan pengurangan tingkat gairah. Tindakan yang diberikan perawat pada klien adalah tetap waspada karena perilaku kekerasan baru masih memungkinkan, dan menghindari pembalasan atau balas dendam (Fontaine, 2010).

f. Tahap 6 (Tahap peralihan)

Tahap dimana klien dalam kondisi marah yang di tandai dengan perilaku agitasi dan mondar-mandir. Perawat memberikan tindakan untuk melanjutkan atau mengatasi masalah utama klien (Satrio, 2015).

### **3. Proses terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan**

#### **1. Faktor Predisposisi**

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 (Muhith, 2015).

### **a. Faktor biologis**

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat, akibat dari psikologis terhadap stimulus eksternal, internal, maupun lingkungan (Purwanto, 2015). Faktor biologis secara alami dapat menjadi salah satu faktor penyebab (predisposisi) atau menjadi faktor pencetus (presipitasi) terjadinya resiko perilaku kekerasan pada individu. Faktor predisposisi yang berasal dari biologis dapat dilihat sebagai suatu keadaan atau faktor resiko yang dapat mempengaruhi peran manusia dalam menghadapi stressor (Stuart, 2016). Faktor biologis merupakan adanya pemberian stimulus elektrik ringan pada hipotalamus yang dapat menyebabkan perilaku yang agresif (Kusumawati, 2012).

Adapun yang termasuk faktor biologis ini adalah:

#### 1) Struktur otak (Neuroanatomi)

Penelitian ini di fokuskan pada tiga area yang diyakini terlibat dengan perilaku agresif adalah system limbik, lobus frontal, dan hypothalamus. Neurotransmitter juga diusulkan memberikan peran dalam munculnya resiko perilaku kekerasan untuk menekankan dalam masalah tersebut (Stuart, 2016). Neuroantomi mempunyai peran dalam menghambat rangsangan, yang akan mempengaruhi sifat agresif, sistem limbik sangat berpengaruh dalam menstimulasi

timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif (Yosep, 2013).

## 2) 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 & Townsend, 2010). Faktor genetik tipe *karyotype* XYY, dimana pada umumnya dimiliki oleh orang-orang yang tersangkut dalam hukum akibat dari perilaku agresif (Damaiyanti, 2012).

## 3) 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). Neurotransniter merupakan zat kimia otak yang di edarkan lalu menuju neuron melalui sinap, yang dapat mempengaruhi

dalam proses komunikasi antar struktur otak, sehingga peningkatan atau penurunan zat tersebut dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Terjadinya perubahan keseimbangan senyawa maka dapat menyebabkan terjadinya penghambatan atau dapat memperburuk perilaku agresi (Stuart, 2016).

#### 4) Immunovirologi

Karakteristik biologis yang berhubungan dengan perilaku kekerasan adalah riwayat dalam penggunaan NAPZA. Penggunaan obat NAPZA akan mempengaruhi fungsi otak, mempengaruhi terapi dan perawatan yang diberikaan (Satrio, 2015).

### **b. 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). Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan yang mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan, berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan, frustrasi, dan kekerasan dalam rumah atau keluarga (Kusumawati, 2012). Terdapat dua teori tentang faktor psikologis yaitu:

### 1) 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 ketidakpuasan fase oral pada usia 0-2 tahun, dimana anak tidak mendapatkan kasih sayang dan tidak terpenuhinya kebutuhannya seperti air susu yang cukup (Damaiyanti, 2012).

### 2) 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). Teori ini juga dapat mengemukakan bahwa perilaku yang agresif itu didapat melalui proses sosialisasi sebagai hasil dari pembelajaran internal dan eksternal. Pembelajaran internal terjadi selama individu tersebut melakukan perilaku agresif, kemungkinan ini menjadikan dalam mencapai tujuan, merasakan pengalaman yang penting dan mempunyai kekuatan yang penting dalam mengontrol

terhadap orang lain. Pembelajaran eksternal terjadi selama observasi model peran, contohnya seperti peran sebagai orang tua, teman sebaya, saudara, olahraga dan toko hiburan (Damaiyanti, 2012). Faktor psikologis menurut Purwanto (2015) terbagi menjadi tiga teori yaitu:

a) *Frustration aggression theory* (Teori agresif frustrasi)

Perilaku kekerasan terjadi karena akumulasi frustrasi yang disebabkan apabila keinginan individu gagal dalam mencapai sesuatu (Purwanto, 2015).

b) *Behavioral* (Teori perilaku)

Perilaku yang mendukung *reinforcement* dapat diterima pada saat melakukan kekerasan, dan sering melihat terjadinya kekerasan pada saat dirumah maupun luar rumah (Purwanto, 2015).

c) Teori eksistensi

Bertindak sesuai dengan perilaku yang dibutuhkan manusia, namun apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui perilaku konstruktif maka individu dapat memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif (Purwanto, 2015).

**c. 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). Menurut teori bandura bahwa sosial budaya agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain, faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi. Budaya ini dapat mempegaruhi perilaku kekerasan, adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima (Kusumawati, 2012). 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 (Satrio, 2015).

#### 1) 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.

## 2) 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).

## 3) 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).

## 2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan dimana seorang akan berespon marah apabila merasa dirinya terancam, dan ancaman tersebut berupa *injury* secara psikis, atau lebih dikenal dengan ancaman terhadap konsep diri seseorang, dimana ketika orang tersebut merasa terancam maka dia tidak akan menyadari sama sekali penyebab dari kemarahannya. Ancaman dapat berupa internal dan eksternal, ancaman internal seperti merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang tua dan ketakutan

pada penyakit yang derita. Ancaman eksternal berupa serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang sangat bermakna dan adanya keritikan dari orang lain (Yosep, 2013). Faktor presipitasi berasal dari klien, lingkungan, atau intraksi dengan orang lain, kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri dapat menyebabkan perilaku kekerasan, demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang di cintai atau pekerjaan dan kekerasan juga dapat merupakan faktor penyebab yang lain, interaksi sosial yang profokatif dan konflik dapat pemicu perilaku kekerasan (Muhith, 2015).

Menurut Satrio (2015), faktor presipitasi terbagi menjadi tiga yaitu:

**a. Faktor biologis**

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).

**b. Faktor psikologis**

Pemicu terhadap perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh frustrasi yang rendah, coping individu yang tidak efektif, impulsif 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, 2010).

**c. 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). Terdapat beberapa faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan yaitu:

- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya (Yosep, 2013).

- 2) Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh agresif, dan masa lalu yang tidak dapat menyenangkan (Kusumawati, 2012).
- 3) Dasar dan Kesulitan dalam melakukan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan berdiskusi untuk memecahkan masalah, cenderung selalu melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik (Yosep, 2013).
- 4) Kehilangan orang yang berarti, terjadinya konflik merasa terancam baik dalam masalah diri sendiri maupun dari lingkungan (Kusumawati, 2012).
- 5) Adanya riwayat perilaku sosial dalam penyalahgunaan obat dan alkohol sehingga tidak mampu dalam mengontrol emosional pada saat mengalami frustrasi (Yosep, 2013).
- 6) Lingkungan yang padat, panas, dan bising juga menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan (Kusumawati, 2012).

### **3. Penilaian stressor**

Menjelaskan bahwa gejala skizofrenia berkembang berdasarkan hubungan antar stres dalam pengalaman seseorang dan toleransi terhadap ambang stres, ini merupakan model yang penting dalam mengintegrasikan faktor budaya biologis, psikologis, dan sosial (Stuart, 2009). 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 (2012) yaitu:

- a. Perilaku yang mengubah lingkungan stres atau memungkinkan individu untuk melarikan diri.
- b. Perilaku individu yang memungkinkan untuk dapat mengubah keadaan.
- c. Perilaku intrapsikis berfungsi untuk mempertahankan rangsangan emosional yang tidak menyenangkan.
- d. Perilaku intrapsikis membantu untuk berdamai dengan masalah dan gejala sisa dengan penyesuaian internal.

#### **4. 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 disfungsi kognitif (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). Sumber koping dapat berupa aset ekonomi kemampuan dan keterampilan, teknik defensif, dukungan sosial, dan motivasi. Hubungan antar individu, keluarga, dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini, sumber koping lainnya termasuk kesehatan, dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan dalam menyelesaikan masalah sosial dan kesejahteraan fisik. Keyakinan spiritual berfungsi sebagai dasar harapan untuk mempertahankan usaha seseorang mengatasi hal yang paling buruk (Damaiyanti, 2012).

## 5. Mekanisme koping

Perawat perlu untuk mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu unyuk membangun mekanisme koping yang konstruktur dalam mengekspresikan marahnya (Purwanto, 2015). Pada fase aktif psikosis klien menggunakan beberapa mekanisme pertahanan diri dalam upaya untuk melindungi diri dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakit meraka. 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). Mekanisme koping adalah usaha yang diarahkan pada penatalaksanaan stress dimana digunakan untuk menyelesaikan masalah secara langsung, dan mempertakankan mekanisme untuk digunakan dalam melindungi diri (Muhith, 2015).

Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

- a. Sublimasi adalah menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal, contohnya seoraang 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)
- b. Proyeksi adalah orang lain mengenai kesukarannya atau keinginan yang tidak baik, contohnya seorang wanita muda yang menyangkal

bahwa dia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerjanya, malah berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya (Muhith, 2015).

- c. 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).
- d. Reaksi formasi merupakan mencegah keinginan yang berbahaya bila diekpresikan 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).
- e. *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).

## **6. Tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan.**

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

- a. 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,



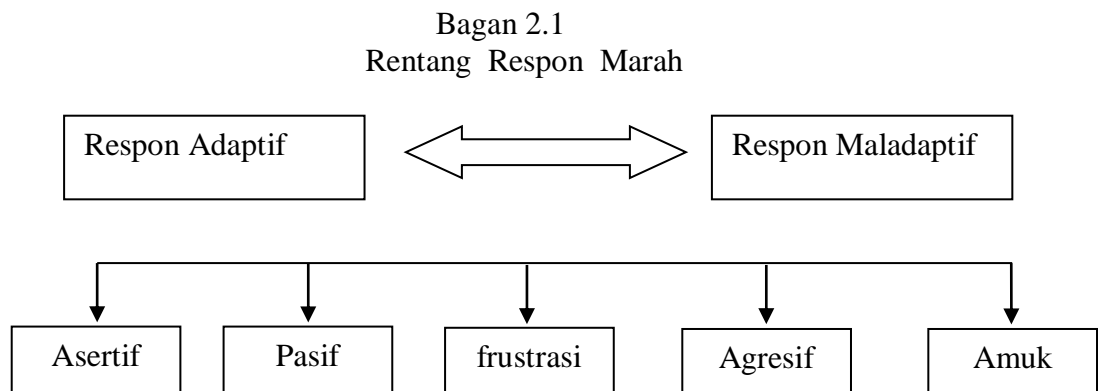
rahang megatup, jalan mondar-mandir, dan postur tubuh kaku (Yosep, 2013).

- b. 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).
- c. 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).
- d. 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**

Resiko perilaku kekerasan merupakan satu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan saat bentuk komunikasi dan proses penyampaian bahwa dia “tidak setuju, tersinggung merasa tidak dianggap, merasa tidak diturut atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari

respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif) (Yosep, 2013).



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. Perilaku asertif dapat ditunjukkan dengan sikap tidak ragu untuk menyampaikan permintaan kepada orang lain, dengan asumsi orang tersebut akan menerima permintanannya yang masuk akal dan perilaku asertif tidak akan merasa bersalah saat melakukan permintaan kepada orang lain (Stuart, 2016). Perilaku individu yang mampu mengatakan atau mengungkapkan rasa marah, tidak setuju tanpa menyakiti atau menyalahkan orang lain, perilaku ini dapat melegakan perasaan pada individu (Purwanto, 2015). Perilaku klien yang menunjukkan ekspresi

tidak senang atau tidak setuju tetapi tidak menyakiti lawan bicara hal ini dapat menimbulkan ketegangan pada klien (Dalami, 2014).

## **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). Perilaku pasif merupakan perasaan klien yang merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan mudah menyerah. Perilakunya seperti kekanak-kanakan, bicaranya pelan dan kontak mata yang sedikit (Damaiyanti, 2012). Perilaku yang ditandai dengan perasaan tidak mampu dalam mengungkapkan perasaan sebagai usaha dalam mempertahankan hak-haknya, merasa kurang mampu, harga diri rendah, pendiam, malu, dan sulit diajak bicara (Dalami, 2014). Merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan yang dialami klien, dilakukan untuk tujuan menghindari suatu tuntutan yang nyata (Purwanto, 2015).

## **3. Frustrasi**

Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan yang kurang realistis atau hambatan dalam mencapai tujuan kepuasan (Damaiyanti, 2012). Selain itu frustrasi juga bisa dikatakan sebagai respon

kegagalan dalam mencapai sebuah tujuan dan melarikan diri dalam melawan atau menantang (Muhith, 2015). Respon yang terjadi akibat gagal dalam mencapai tujuan, kepuasan dan rasa aman, individu tidak dapat menunda sementara atau menemukan jalan alternatif (Dalami, 2014).

#### **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). Perilaku agresif merupakan suatu perilaku yang menyertai marah, merupakan dorongan mental untuk bertindak dan masih terkontrol, individu kurang percaya diri atau harga dirinya ditingkatkan dengan cara menguasai orang lain dalam membuktikan kemampuan yang dimilikinya (Purwanto, 2015). Perilaku marah pada klien itu merupakan salah satu dorongan mental untuk bertindak, namun klien masih mampu dalam mengontrol marahnya (Dalami, 2014).

#### **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). Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai dengan kehilangan kontrol yang dapat merusak diri dan lingkungan (Purwanto, 2015). Perilaku kekerasan seperti memberi kata-kata ancaman, melukai, secara ringan maupun berat, klien tidak mampu mengendalikan diri, pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain (Muhith, 2015).

## **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 merupakan tahapan awal atau dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi atau mengidentifikasi status kesehatan pasien (Muhith, 2015).

Menurut Yosep (2013), pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditunjukkan pada semua aspek yaitu biopsikologi- kultural- spiritual yang bisa dilihat dari data subyektif dan data obyektif .

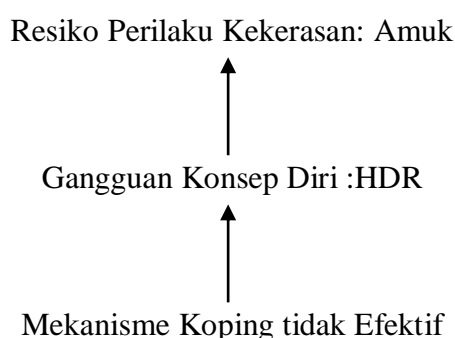
#### 1) Data subjektif

Data yang disampaikan oleh klien maupun keluarga secara langsung yang diperoleh melalui wawancara, klien mengungkapkan kata-kata kasar, berupa ancaman, dan ungkapan ingin melukai (Kemenkes RI, 2012)

#### 2) Data objektif

Data yang diperoleh secara langsung yang di dapatkan melalui observasi dan pemeriksaan oleh perawat seperti membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengkaji data subjektif dan data objektif, mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya resiko perilaku kekerasan, mengkaji respon terhadap resiko perilaku kekerasan (Yosep, 2013).

## 2. Pohon Masalah



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

### 3. Diagnosa Keperawatan

1. Mekanisme koping tidak efektif
2. Gangguan konsep diri (HDR)
3. Resiko perilaku kekerasan

### 4. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesehatan yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan, rencana keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setelah dilakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan juga dapat dilihat pada tujuan khusus (Muhith, 2015). Berikut ini rencana keperawatan pada klien dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan menurut (Satrio, 2015) .

**Tabel 2.1**  
**Rencana Keperawatan**

Diagnosa keperawatan	Sp/kemampuan klien	Sp/kemampuan keluarga
Resiko perilaku kekerasan	SP 1: - 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	SP 1: - Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien - Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya PK (gunakan booklet) - Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal - Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

---

<p>SP 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian</li> <li>- Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar :jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</li> <li>- Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</li> </ul>	<p>SP 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik, beri pujian</li> <li>- Jelaskan 6 benar cara memberikan obat.</li> <li>- Latih cara mmberikan atau membimbing minum obat</li> <li>- Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ul>
<p>SP 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian</li> <li>- Latih cra mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu, mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)</li> <li>- Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal</li> </ul>	<p>SP 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik dan memberikan obat, beri pujian</li> <li>- Latih cara membimbing cara bicara yang baik</li> <li>- Latih cara membimbing kegiatan spiritual.</li> <li>- Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ul>
<p>SP 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, verbal, berikan pujian</li> <li>- Latih cara mengontrol spritul (2 kegiatan)</li> <li>- Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</li> </ul>	<p>SP 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik dan kegiatan spiritual, beri pujian</li> <li>- Jelaskan follow up ke RSJ atau PKM,tanda kambuh, rujukan</li> <li>- Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ul>

---

## 5. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keparawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan disesuaikan dengan kondisi klien saat ini (Farida & Yudi, 2012).



## 6. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan 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 keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : respon subjektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

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

P : perencanaan tindakan lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien (Farida & Yudi, 2012).