

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Perilaku Kekerasan**

##### **1. Definisi**

Risiko perilaku kekerasan atau agresifitas dapat didefinisikan sebagai perilaku mencederai orang lain, diri sendiri dan lingkungan yang bervariasi dari intensitas ringan sampai berat/ intens, dilakukan baik secara verbal, fisik, dan emosional yang akan mengakibatkan kerusakan harta benda, perampasan hak, kerugian dan bahkan kematian (Fajariyah, 2012).

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional dan seksual kepada orang lain (Lelono dkk, 2015).

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang 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, 2010).

##### **2. Tahap Risiko Perilaku Kekerasan**

Tahapan perilaku agresif atau risiko perilaku kekerasan :

a. Tahap 1 : tahap memicu

Perasaan : kecemasan

Perilaku: agitasi, mondar-mandir, menghindari kontak  
 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; meminta bantuan.

c. Tahap 3 : krisis

Perasaan : peningkatan kemarahan dan agresi

Perilaku : agitasi, gerakan mengancam, menyerang orang disekitar, berkata kotor; berteriak.

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

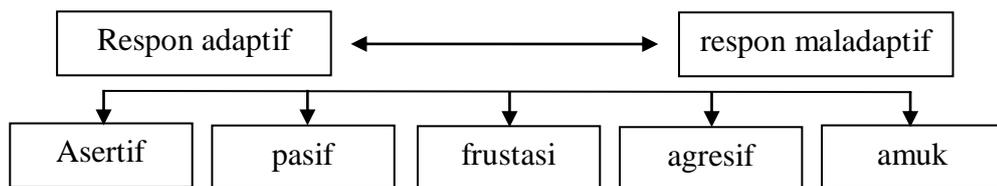
Perasaan : marah

Perilaku : agitasi, mondar – mandir

Tindakan perawat : lanjutkan fokus mengatasi masalah utama

(Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015).

### 3. Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan



(Lelono dkk, 2015)

#### a. Asertif

Perilaku asertif adalah menyampaikan suatu perasaan diri dengan pasti dan merupakan komunikasi untuk menghormati orang lain. Individu yang asertif berbicara dengan jujur dan jelas

#### b. Pasif

Perilaku pasif dapat diekspresikan secara nonverbal, seseorang yang pasif biasanya bicara pelan dan kontak mata yang sedikit, individu tersebut mungkin dalam posisi membungkuk dan tangan memegangi tubuh dengan dekat.

#### c. Frustrasi

Frustrasi adalah kegagalan individu dalam mencapai tujuan yang diinginkan, frustrasi akan bertambah berat jika keinginan yang tidak tercapai memiliki nilai yang tinggi dalam kehidupan.

d. Agresif

Seseorang yang agresif di dalam hidupnya selalu mengarah pada kekerasan fisik dan verbal. Perilaku agresif pada dasarnya disebabkan karena menutupi kurangnya rasa percaya diri.

e. Amuk

Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat yang disertai kehilangan kontrol diri sehingga individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

(Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015).

#### 4. Tanda dan Gejala

Menurut Yosep (2010) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan :

- a. Muka merah dan tegang
- b. Mata melotot/ pandangan tajam
- c. Wajah memerah dan tegang
- d. Postur tubuh kaku
- e. Pandangan tajam
- f. Mengatup rahang dengan kuat
- g. Mengepalkan tangan
- h. Jalan mondar-mandir dan gelisah

## 5. Proses Terjadinya Masalah

### a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor pemicu utama atau faktor pencetus yang menjadi titik awal terbentuknya masalah yang di alami seorang individu.

#### 1) Faktor psikologis

*Psychoanalytical theory*: teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instinctual drivers*. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua: kesatu insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas, dan kedua, insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

*Frustration aggresion theory* : teori yang dikembangkan oleh pengikut freud ini berawal dari asumsi, bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustasi. Jadi hampir semua orang yang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif (Yosep, 2013).

#### 2) Faktor sosial budaya

*Social learning theory*: teori yang dikembangkan oleh bandura (1977) ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon – respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran ini bisa internal atau eksternal. Contoh internal : orang yang mengalami keterbangkitan seksual

karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut; seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal : seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka (Yosep, 2013).

### 3) Faktor biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis.

#### a) Struktur otak (neuroanatomi )

Penelitian telah difokuskan pada tiga area otak yang diyakini terlibat dengan perilaku agresif adalah sistem limbik, lobus frontal, dan hipotalamus. Neurotransmitter juga diusulkan memiliki peran dalam munculnya perilaku kekerasan atau penekanan perilaku kekerasan .

Kerusakan struktur pada sistem limbik dan lobus frontal serta lobus temporal otak dapat mengubah kemampuan individu untuk memodulasi agresif sehingga menyebabkan perilaku agresif

(Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015).

Sistem limbik berfungsi dalam mengekspresikan emosi dan perilaku, secara khusus amigdala bagian dari sistem limbik berfungsi mengekspresikan kemarahan dan ketakutan. Perubahan dalam sistem limbik dapat menyebabkan peningkatan dan penurunan perilaku agresif.

Lobus frontal berfungsi untuk pemikiran rasional. Lobus ini merupakan bagian dari otak dimana pikiran dan emosi berinteraksi. Kerusakan pada lobus frontal dapat mengakibatkan gangguan penilaian, perubahan kepribadian, masalah pengambilan keputusan, ketidaksesuaian dalam berhubungan dan ledakan agresif. Hipotalamus di dasar otak berfungsi sebagai sistem alarm /peringatan otak. Kondisi stress menaikkan jumlah steroid, hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar adrenal, saraf reseptor untuk hormon ini menjadi kurang sensitif dalam upaya mengkompensasi peningkatan steroid dan hipotalamus merangsang kelenjar pituitari untuk menghasilkan lebih banyak steroid. Setelah stimulasi berulang sistem berespon lebih kuat terhadap provokasi, ini menjadi salah satu alasan mengapa stress traumatik pada anak secara permanen dapat meningkatkan potensi seseorang untuk melakukan perilaku kekerasan (Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015).

## Neurotransmitter

Neurotransmitter adalah zat kimia otak yang ditransmisikan dari dan ke seluruh neuron sinapsis, sehingga menghasilkan komunikasi antara otak dan struktur otak 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 fasilitasi dan inhibisi rangsangan agresif (Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015).

Rendahnya neurotransmitter serotonin dikaitkan dengan perilaku yang iritabilitas, hipersensitivitas terhadap provokasi, dan perilaku amuk, individu dengan perilaku impulsif. Bunuh diri, dan melakukan pembunuhan, mempunyai serotonin dengan jumlah lebih rendah daripada rata – rata jumlah asam 5 – hidroxyinoleacetik/ produk serotonin (Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015)

Penelitian ini telah menunjukkan adanya hubungan antara agresif impulsif dengan rendahnya level neurotransmitter serotonin. Hasil temuan menyatakan bahwa serotonin berperan sebagai inhibitor utama perilaku agresif, dengan demikian kadar serotonin yang rendah dapat menyebabkan peningkatan perilaku agresif, selain itu peningkatan aktivitas dopamine dan norpinefrin di otak dikaitkan dengan peningkatan perilaku kekerasan yang impulsif.

Neurotransmitter lain yang berkaitan dengan perilaku agresif adalah dopamine, norpeneprin, dan acetylcholine serta *asam amino gamma-aminobutyric-acid* (GABA). Korteks prefrontal juga berperan penting dalam menghambat perilaku agresif. Area spesifik pada korteks prefrontal adalah region orbitofrontal. Stimulasi pada area ini mencegah marah dan agresif. Lesi pada area ini menyebabkan perilaku impulsif (Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015).

**b. Faktor Prepsitasi**

- 1) Ancaman terhadap fisik : pemukulan, penyakit fisik
- 2) Ancaman terhadap konsep diri : frustrasi, harga diri rendah
- 3) Ancaman eksternal : serangan fisik , kehilangan orang/ benda berarti
- 4) ncaman internal : kegagalan, kehilangan perhatian.

(Dalami, 2009).

**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, cara ini mirip dengan stres Adaptasi Model Stuart yang digunakan sebagai kerangka kerja konseptual (Stuart, 2009). Menurut Wuerker (2000) model adaptasi ini membantu menjelaskan hubungan stres dengan skizofrenia, meskipun tidak ada penelitian ilmiah telah menunjukkan bahwa stres menyebabkan skizofrenia, namun semakin jelas bahwa skizofrenia adalah

gangguan yang tidak hanya menyebabkan stres, tetapi juga diperparah oleh stres (Jones dan Fernyhough, 2007 dalam Stuart, 2009). Penilaian seseorang tentang stressor, dan masalah yang terkait dengan coping untuk mengatasi stres dapat memprediksi timbulnya gejala.

#### **d. Sumber coping**

Psikosis atau skizofrenia adalah penyakit menakutkan dan sangat menjengkelkan yang memerlukan penyesuaian baik bagi klien dan keluarga. Proses penyesuaian pasca psikotik terdiri dari empat fase:

- 1) *Efikasi/kemanjuran* pengobatan untuk secara konsisten mengurangi gejala dan menstabilkan disonansi kognitif setelah episode pertama memakan waktu 6 sampai 12 bulan.
- 2) Awal pengenalan diri/*insight* sebagai proses mandiri melakukan pemeriksaan realitas yang dapat diandalkan. Pencapaian keterampilan ini memakan waktu 6 sampai 18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan dan dukungan yang berkelanjutan.
- 3) Setelah mencapai pengenalan diri/*insight*, proses pencapaian kognitif meliputi keteguhan melanjutkan hubungan interpersonal normal dan reenganging dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja. Fase ini berlangsung 1 sampai 3 tahun.
- 4) *Ordinariness/* kesiapan kembali seperti sebelum sakit ditandai dengan kemampuan untuk secara konsisten dan dapat diandalkan dan terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia lengkap dari kehidupan sehari-hari mencerminkan tujuan *prepsychosis*. Fase ini berlangsung minimal 2 tahun, sumber daya keluarga, seperti pemahaman orang tua terhadap penyakit,

keuangan, ketersediaan waktu dan energi, dan kemampuan untuk menyediakan dukungan yang berkelanjutan, mempengaruhi jalannya penyesuaian *postpsychotic*.

(Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015).

**e. Mekanisme koping**

- 1) Denial, mekanisme pertahanan ini cenderung meningkatkan marah seseorang karena sering digunakan untuk mempertahankan harga diri akibat ketidakmampuannya.
- 2) Sublimasi, adalah dengan mengalihkan rasa marah pada aktifitas lainnya.
- 3) Proyeksi, juga cenderung meningkatkan ekspresi marah karena individu berusaha mengekspresikan marahnya terhadap orang/ benda tanpa dihalangi.
- 4) Formasi, adalah perilaku pasif – agresif karena perasaannya tidak dikeluarkan akibat ketidakmampuannya mengekspresikan kemarahannya atau memodifikasi perilakunya. Pada saat – saat tertentu individu dapat menjadi agresif secara tiba – tiba.
- 5) Represi, merupakan mekanisme pertahanan yang dapat menimbulkan permusuhan yang tidak disadari sehingga individu bersifat eksploitatif, manipulatif, dan ekspresi lainnya yang mudah berubah.

(Dalami, 2009)

**B. Konsep Asuhan Keperawatan**

**1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahapan awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan atau masalah klien. Data

yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan kultural (Yosep, 2010).

a. Data yang perlu dikaji pada masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan klien dan didukung dengan hasil observasi.

1) Data subjektif:

- Ungkapan berupa ancaman
- Ungkapan kata-kata kasar
- Ungkapan ingin memukul/melukai

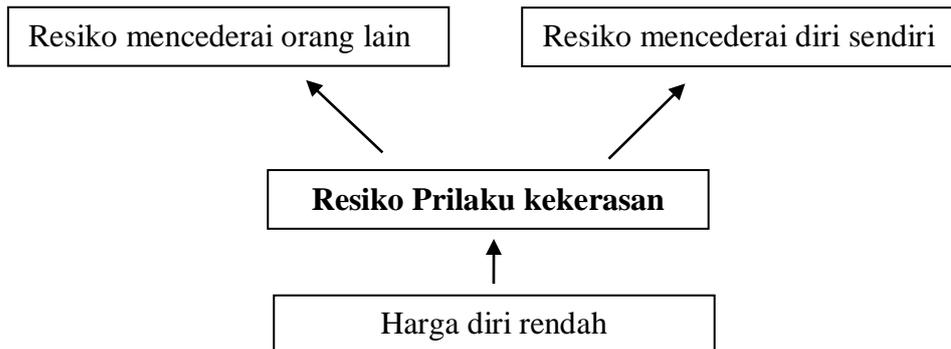
2) Data objektif:

- Wajah memerah dan tegang
- Pandangan tajam
- Mengatupkan rahang dengan kuat
- Mengepalkan tangan

- Bicara kasar
- Suara tinggi, menjerit atau berteriak

(Keliat & Sinaga dalam Lelono dkk, 2015).

## 2. Pohon masalah



Pohon masalah perilaku kekerasan (Keliat & Sinaga dalam lelono dkk, 2015).

## Diagnosa keperawatan

- a. Perilaku kekerasan
- b. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
- d. Harga diri rendah kronis
- e. Isolasi social
- f. Berduka disfungsional
- g. Inefektif proses terapi
- h. Koping keluarga inefektif

(Yosep, 2013)

### 3. Rencana tindakan

#### Rencana tindakan keperawatan

Diagnosa keperawatan	SP/kemampuan klien	SP/kemampuan keluarga
Resiko perilaku kekerasan	SP 1 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK</li> <li>• Jelaskan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal, spiritual.</li> <li>• Latihan cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal</li> <li>• Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik</li> </ul>	SP 1 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien</li> <li>• Jelaskan pengertian, tanda &amp; gejala dan proses terjadinya PK (gunakan booklet )</li> <li>• Jelaskan cara merawat pasien PK</li> <li>• Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal</li> <li>• Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ul>
	SP 2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian</li> <li>• Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar minum obat )</li> <li>• Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</li> </ul>	SP 2: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisi, beri pujian</li> <li>• Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</li> <li>• Latih cara memberikan/membimbing minum obat</li> <li>• Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ul>
	SP 3: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi kegiatan latihan fisik &amp; minum obat beri pujian</li> <li>• Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak, dengan benar )</li> <li>• Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal.</li> </ul>	SP 3 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/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, minum obat, verbal dan beri pujian</li> <li>• Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan )</li> <li>• Masukkan ke 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/ melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik &amp; kegiatan spiritual, beri pujian.</li> <li>• Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</li> <li>• Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</li> </ul>
--	--	---

## C. Konsep Penerapan Trapi Musik Klasik

### 1. Definisi

Trapi musik adalah salah satu jenis teknik relaksasi yang bertujuan untuk memeberikan rasa nyaman dan mengurangi prilaku agresif dan juga sebagai pendidikan moral, pengendalian emosi, pengembangan spiritual serta menyembuhkan gangguan psikologis. Trapi musik juga digunakan oleh psikolog maupun psikiater untuk mengatasi berbagai macam gangguan kejiwaan dan gangguan psikologi (Campbell, 2010)

### 2. Manfaat Musik Klasik

Manfaat musik untuk kesehatan dan fungsi kerja otak telah diketahui sejak zaman dahulu. Para dokter Yunani dan Romawi kuno menganjurkan metode penyembuhan dengan mendengarkan permainan alat musik seperti harpa dan flute. Secara psikologis pengaruh penyembuhan musik pada tubuh adalah pada kemampuan saraf dalam menangkap efek akustik. Kemampuan dilanjutkan dengan respon tubuh terhadap gelombang musik yaitu dengan meneruskan gelombang tersebut keseluruh system

kerja tubuh. Efek terapi musik pada system limbik dan saraf otonom adalah menciptakan suasana rileks, aman, dan menyenangkan hingga merangsang pelepasan zat kimia *Gamma Amino Butyic Acid (GABA)*, *enkefallin*, atau *beta endorphin* yang dapat mengeliminasi neurotransmitter rasa tertekan, cemas, dan stress hingga menciptakan ketenangan dan memperbaiki suasana hati (*mood*) pasien penderita gangguan jiwa (Djohan, 2015).

### **3. Jenis Musik yang Digunakan**

Musik yang dapat di gunakan untuk trapi musik umumnya musik yang lembut, memiliki irama dan nada-nada tertentu seperti instrumental dan musik klasik. Manfaat musik klasik sudah banyak diketahui terutama karya Mozart. Terlepas dari banyaknya pro dan kontra tentang efek Mozart (efek yang meningkatkan kecerdasan/IQ special), beberapa penelitian menemukan bahwa musik klasik bermanfaat dalam bidang kesehatan. Musik klasik mempunyai perangkat musik yang beraneka ragam sehingga di dalamnya terangkum warna- warni suara yang variasinya sangat luas. Dengan kata lain, variasi bunyi pada musik klasik jauh lebih kaya dari pada variasi bunyi musik yang lain, karena musik klasik menyediakan variasi stimulasi yang sedemikian luasnya bagi pendengar (Campbell, 2010)

#### **D. Evidence Based**

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Tuning dkk (2018) menyatakan bahwa terapi musik klasik efektif untuk menurunkan resiko perilaku kekerasan pada responden skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan. Di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung 2017. Dengan hasil presentasi penurunan prilaku kekerasan mencapai 3%-10%, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai suatu alternatif dalam menurunkan

gejala perilaku kekerasan pada responden diberbagai tatanan pelayanan kesehatan jiwa yang ada. Sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Wardani dkk (2015) Terapi Musik efektif meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan (relaksasi, mengubah pikiran negatif, keyakinan irasional dan perilaku negatif) sebesar 73,33%. Analisis hubungan antara kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dengan tanda gejala perilaku kekerasan menunjukkan bahwa adanya hubungan yang bermakna dan negative antara kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dengan tanda gejala perilaku kekerasan. Nilai r menunjukkan negatif artinya semakin tinggi kemampuan maka tanda gejala perilaku kekerasan semakin menurun, dengan keeratan hubungan yang kuat ( $r > 0,5$ ).