

BAB II

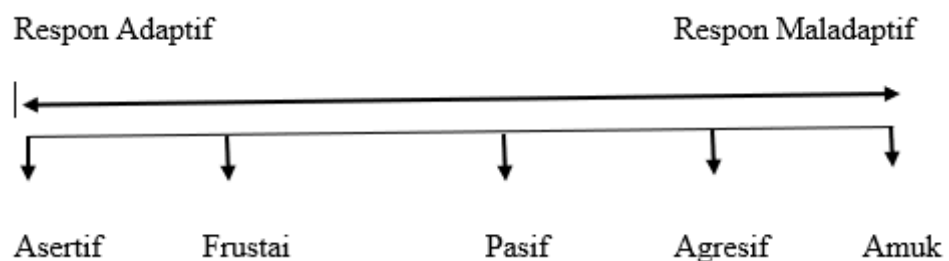
TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Perilaku Kekerasan

Menurut Sahputra (2021) risiko perilaku kekerasan adalah hasil dari kemarahan yang ekstrim maupun panik yang mengakibatkan respon dari kemarahan. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah seseorang yang dapat melukai orang lain secara fisik maupun perkataan akibat seseorang yang tidak mampu mengatasi stressor lingkungan.

Risiko perilaku kekerasan ialah respon kemarahan seseorang yang dapat mencederai diri sendiri ataupun orang lain yang bisa merusak lingkungan sekitar biasanya diekspresikan dengan cara melakukan ancaman. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung Perilaku Kekerasan atau riwayat Perilaku Kekerasan (zega et al., 2020)

B. Rentan Respon Marah



Bagan 1.1 Rentang respon marah

Penjelasan dari rentang respon marah adalah sebagai berikut :

1. Asertif adalah tidak melukai perasaan orang lain, tidak merendahkan harga diri orang lain serta mengungkapkan marah tanpa menyakiti.
2. Frustrasi adalah suatu ancaman dan kecemasan yang mengakibatkan ancaman yang bisa menimbulkan kecemasan, contohnya respon yang dapat timbul akibat gagal mencapai tujuan maupun keinginan.
3. Pasif adalah keadaan dimana seseorang tidak bisa mengungkapkan perasaan yang dialami.
4. Agresif adalah seseorang yang tidak mau mengetahui hak orang lain serta perilaku seseorang yang bisa mengontrol marahnya sendiri. Seseorang yang berpendapat bahwa seseorang harus bertarung untuk mengharapkan perlakuan dari orang lain dan mendapatkan kepentingan sendiri.
5. Amuk adalah keadaan seseorang yang bisa merusak diri sendiri dan orang lain sehingga rasa bermusuhan dan marah bisa kuat disertai kehilangan kontrol diri.

C. Etiologi

Menurut Sutejo (2018) faktor yang menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan adalah :

1. Psikologis adalah kegagalan seseorang yang bisa menyebabkan frustrasi dan menimbulkan kemarahan ataupun agresif.
2. Perilaku adalah tindakan seseorang apabila melakukan tindakan kekerasan.

3. Sosial budaya adalah kontrol sosial yang tidak pasti terhadap budaya tertutup yang membalas secara diam sehingga menciptakan seakan-akan menerima kekerasan.
4. Bioneurologis adalah risiko perilaku kekerasan yang terjadi karena rusaknya sistem limbik, tidak seimbang neurotransmitter, lobus frontan dan lobus temporal.

Menurut Hulu *et al.*, (2021) penyebab terjadinya perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Faktor predisposisi yaitu :

- a. Faktor biologis

Terdapat riwayat penyakit maupun trauma pada kepala atau riwayat mengonsumsi NAPZA, keluarga ada yang sering melakukan tindakan kekerasan maupun sering memperlihatkan, adanya faktor yang dikaji pada faktor biologis ialah adanya keluarga yang mengidap gangguan jiwa.

- b. Faktor psikologi : Penyebab pasien yang tidak diterima dilingkungannya.

- c. Faktor sosial budaya : Pekerjaan dan pernikahan menjadi salah satu pengaruh seseorang melakukan tindakan kekerasan.

2. Faktor presipitasi

- a. Faktor psikologi

- 1) Teori agresi frustrasi, yaitu hambatan seseorang membangun suatu usaha yang tidak mencapai tujuan menimbulkan kemarahan

seseorang untuk melakukan tindakan kekerasan seperti melukai seseorang ataupun membanting barang-barang yang ada disekitarnya.

- 2) Teori perilaku, yaitu proses belajar yang menjadi bagian dari kemarahan seseorang bisa mencapai tujuan apabila ada situasi dan fasilitas yang memadai dan tersedia.
- 3) Teori eksistensi, yaitu bertindak dengan perilaku ialah kebutuhan dasar manusia. Jika keinginan manusia tidak bisa terpenuhi sesuai tingkah laku diri sendiri maka seseorang akan memenuhi keinginannya dengan cara melukai diri sendiri.

b. Faktor sosial budaya

Salah satu yang bisa mempengaruhi seseorang melakukan kemarahan ialah lingkungan sekitar. Sikap agresif bisa mendukung seseorang dalam lingkungan sekitar, sikap sosialisasi bisa dipelajari langsung oleh seseorang perilaku kekerasan.

D. Manifestasi Klinis

Menurut fanny,(2021) Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan adalah :

1. Data Subjektif :
 - a. Perasaan seseorang mengungkapkan marah dan kesal.
 - b. Keinginan seseorang melukai orang lain, diri sendiri dan lingkungan.
 - c. Seseorang yang suka menyerang atau membentak orang lain.

2. Data Objektif :

- a. Mata melotot
- b. Tangan mengepal
- c. Wajah memerah
- d. Postur tubuh kaku
- e. Mengancam
- f. Bicara keras
- g. Nada suara tinggi
- h. Mengamuk

E. Mekanisme Koping

Menurut kusumaningtyas (2018) Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping pasien, sehingga dapat membantu pasien mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif untuk dapat mengekspresikan masalahnya. Mekanisme koping yang sering digunakan antara lain mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, depresi dan reaksi formasi. Mekanisme koping tersebut yaitu:

1. *Deplacemen* yaitu melepaskan perasaan tertekan dengan bermusuhan.
2. Sublimasi yaitu dapat mengungkapkan rasa marah pada objek yang salah, misalnya pada saat marah pada orang tua, anak mengungkapkan marah dengan memukul tembok atau memberantakan rumah.
3. Proyeksi yaitu kemarahan dimana secara verbal mengalihkan kesalahan diri sendiri pada orang lain yang dianggap berkaitan.

4. Depresi yaitu menekan perasaan yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluas mekanisme ego lainnya.
5. Reaksi formasi yaitu pembentukan sikap keadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar-benar dilakukan oleh orang lain.

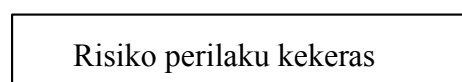
F. Akibat

Akibat dari perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan mencederai diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan. Keadaan dimana individu mengalami perilaku yang dapat membahayakan secara fisik baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungannya. Kondisi ini akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif.

G. Pohon Masalah

Menurut Skizofrenia,(2021) Perilaku atau respon kemarahan dapat berkembang dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah dimana amuk (perilaku kekerasan) dan agresif berada pada rentang maladaptif adalah sebagai berikut :

Risiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan



Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

Bagan 2.2 Pohon Masalah

H. Diagnosa Keperawatan

Menurut Sahputra (2021) rumusan diagnosa keperawatan pada pasien amuk adalah resiko perilaku kekerasan.

I. Fokus Intervensi

Tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan menurut Sutejo (2018) bertujuan umum agar pasien dapat mengontrol Perilaku Kekerasan dan tujuan khusus (TUK) sebagai berikut :

1. TUK 1 :

Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil :

- a. Pasien mampu membalas salam yang diberikan orang lain.
- b. Pasien mau berjabat tangan dengan orang lain.
- c. Pasien mau menyebutkan nama.
- d. Pasien mau tersenyum.
- e. Pasien mau kontak mata dengan orang lain.
- f. Pasien mau mengetahui nama perawat.

Rencana tindakan keperawatan

- a. Beri salam atau panggilan.
- b. Sebutkan nama perawat.
- c. Jelaskan maksud hubungan interaksi.
- d. Jelaskan akan kontrak dan sikap empati.
- e. Beri rasa aman dan empati.
- f. Lakukan kontak singkat tapi sering.

2. TUK 2 :

Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :

- a. Pasien dapat mengungkapkan perasaannya.
- b. Pasien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau kesal (dari diri sendiri, orang lain, lingkungan).

Rencana tindakan keperawatan

- a. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.
- b. Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab dari perasaan jengkel.

3. TUK 3 :

Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala kekerasan dengan kriteria hasil :

- a. Pasien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel.
- b. Pasien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel atau kesal yang dialaminya.

Rencana tindakan keperawatan

- a. Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah.
- b. Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien.

4. TUK 4 :

Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dialami dengan kriteria hasil :

- a. Pasien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
- b. Pasien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

Rencana tindakan keperawatan

- a. Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan, pada diri sendiri).
- b. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

5. TUK 5 :

Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan dengan kriteria hasil pasien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan pasien dan Rencana tindakan keperawatannya adalah :

- a. Bicarakan akibat dari cara yang dilakukan pasien.
- b. Bersama pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien.
- c. Tanyakan kepada klien “apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat?”.

6. TUK 6 :

Pasien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan dengan kriteria hasil pasien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik : tarik nafas dalam, pukul

kasur atau bantal dan rencana tindakan keperawatannya :

- a. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien.
- b. Memberikan pujian atas kegiatan fisik yang biasa digunakan.

7. TUK 7 :

Pasien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :

- a. Pasien dapat menyebutkan cara bicara verbal yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan.
- b. Pasien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik.

Rencana tindakan keperawatan

- a. Diskusikan cara bicara yang baik dengan pasien.
- b. Beri contoh bicara yang baik.
- c. Meminta pasien mengikuti contoh cara bicara yang baik.
- d. Minta pasien mengulangi sendiri.
- e. Beri pujian atas keberhasilan pasien.

8. TUK 8 :

Pasien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil keluarga dan pasien dapat menyebutkan cara merawat pasien yang berperilaku kekerasan dan mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien dan rencana tindakan keperawatannya adalah :

- a. Identifikasi kemampuan keluarga merawat pasien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini.
- b. Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien.
- c. Membantu klien mengenal penyebab ia marah.

9. TUK 9 :

Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik dengan kriteria hasil :

- a. Pasien dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat.
- b. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat yang benar.
- c. Pasien mendapat informasi tentang efek samping obat dan akibat berhenti minum obat.
- d. Pasien dapat menyebutkan prinsip lima benar minum obat.

Rencana tindakan keperawatan

- a. Diskusikan dengan pasien tentang dosis, frekuensi serta manfaat minum obat.
- b. Anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya.
- c. Anjurkan pasien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.
- d. Berikan reinforcement positif atau pujian.

Untuk mempermudah pelaksanaan tindakan maka menggunakan Strategi Pelaksanaan Tindakan (SP) berikut :

1. Pasien

a. SP 1

- 1) Mengidentifikasi penyebab PK.
- 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala PK.
- 3) Mengidentifikasi PK yang dilakukan.
- 4) Menyebutkan cara mengontrol PK.
- 5) Membantu klien mempraktekan latihan cara mengontrol fisik :
latihan nafas dalam dan pukulan bantal.
- 6) Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

b. SP 2

- 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu yaitu patuh minum obat
- 2) Membantu pasien latihan patuh minum obat dengan prinsip 5 benar minum obat.
- 3) Mengajukan pasien memasukkan dalam kegiatan harian.

c. SP 3

- 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu yaitu latihan fisik pertama dan kedua serta mengendalikan marah dengan cara patuh minum obat menggunakan prinsip 5 benar minum obat.
- 2) Membantu pasien latihan mengendalikan Perilaku Kekerasan dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik.
- 3) Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

d. SP 4

- 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu yaitu latihan fisik pertama dan kedua, patuh minum obat dengan prinsip 5 benar, serta mengendalikan marah secara verbal.
- 2) Membantu pasien latihan mengendalikan Perilaku Kekerasan dengan cara spiritual yaitu dengan menjalankan sholat 5 waktu, berdzikir, mendengarkan murotal.
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

2. Keluarga

a. SP 1

- 1) Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Menjelaskan Perilaku Kekerasan seperti penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari Perilaku Kekerasan tersebut.
- 3) Menjelaskan cara merawat pasien.
- 4) Melatih keluarga pasien cara-cara mengendalikan marah pada pasien.
- 5) Rencana tindak lanjut untuk keluarga atau menjadwalkan keluarga untuk merawat.

b. SP 2

- 1) Mengevaluasi pengetahuan keluarga tentang marah.
- 2) Anjurkan keluarga untuk motivasi pasien melakukan tindakan yang telah dilakukan.

- 3) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
- 4) Rencana tindak lanjut untuk keluarga agar memasukan ke jadwal harian

c. SP 3

- 1) Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.
- 2) Mendiskusikan kepada keluarga pasien tentang perawatan pasien dirumah.

J. Implementasi

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan (Octavia, 2022).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Untari & Irna, 2020).

K. Evaluasi

Menurut Hasannah & Solikhah (2019) evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

1. Subjektif (S) : Respon subjektif keluarga terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan.
2. Objektif (O) : Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
3. Analisa (A) : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradikdifi dengan masalah yang ada.
4. Planning (P) : Perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil analisa pada respon keluarga.