BAB 2
TINJAUAN TEORITIS

2.1 Tinjauan Teoritis Risiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian

Perilaku kekerasan adalah merupakan suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Stuart dan Sundeen,1995, dalam Fitria 2012).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang di ekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respon tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Keliat B.A ,dkk. 2011).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah menanggapi terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2011).

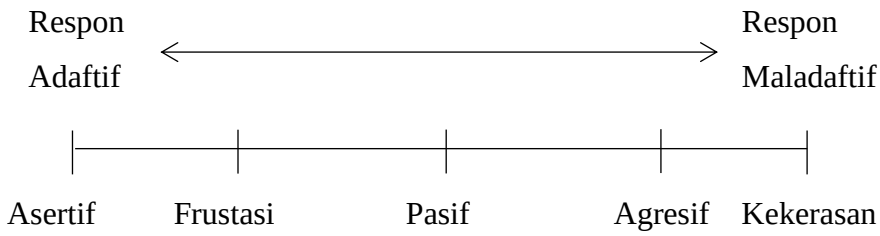
Jadi dari beberapa pengertian di atas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa perilaku kekerasan adalah ungkapan perasaan marah dan bermusuhan yang mengakibatkan hilangnya control diri di mana individu bisa berperilaku menyerang atau melakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Sedangkan Resiko Perilaku Kekerasan adalah adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol.

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Rentang Respon Marah

Perasan marah normal bagi setiap individu, namun perilaku yang dimanifestasikan oleh perasaan marah dapat berpluktasi sepanjang rentang adeptif dan maladeptif. Rentang respon bagi individu dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut.

Rentang Respon Terhadap Kemarahan



(Sumber Data: Keliat, 1999,dalam Fitria 2012)

Keterangan:

a. Asertif

   Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan.

b. Frustasi

   Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.

c. Pasif

   Individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya.

d. Agresif

   Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.

e. Kekerasan

   Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol.

Kemarahan diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal atau eksrernal. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal. Sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ledekan, cacian, makian hilangnya benda berharga, tertipu, penggusuran, bencana dan sebagainya. Keberhasilan individu dalam berespon terhadap kemarahan dapat menimbulkan respon asertif. Respon menyesuaikan merupakan respon adaptif. Kemarahan atau rasa tidak setuju yang dinyatakan atau diungkapkan tanpa menyakiti orang lain akan memberi kelegaan pada individu dan tidak akan menimbulkan masalah. Kegagalan yang menimbulkan frustasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri atau respon melawan dan menentang. Respon melawan dan menentang merupakan respon yang maladaftif yaitu agresif-kekerasan. Frustasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan. Dalam keadaan ini tidak ditemukan alternatif lain. Pasif adalah suatu keadaan dimana individu tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan yang sedang dialami untuk menghindari suatu tuntutan nyata. Agresif adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol. Sedangkan kekerasan adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan. (Keliat, B. A.Dkk 2011).

2.1.2.2 Faktor Predisposisi dan Presipitasi

Faktor predisposisi dan faktor presipitasi dari perilaku kekerasan (Yosep dan Sutini 2014) yaitu:

a. Faktor predisposisi

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan.

1) Faktor psikologis

Pyschoanalytical Theory; Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instinctual drives.* bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua *insting*. Pertama *insting hidup* yang diekspresikan dengan seksualitas; dan kedua *insting kematian* yang di ekspresikan dengan agresivitas.

Frustation-aggresion theory; bahwa 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 menyebabka frustasi. Jadi hampir semua orang yang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif. Pandangan psikologi lainnya mengenai perilaku agresif, mendukung pentingnya peran dari perkembangan dari predisposisi atau pengalaman hidup. Ini menggunakan pendekatan bahwa manusia mampu memilih mekanisme koping yang sifatnya tidak merusak.

2) Faktor sosial budaya

Social-Learning Theory; Teori yang dikembangkan oleh Bandura 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 untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosinya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya.

Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima. Sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara yang asertif.

3) Faktor biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis.

Penelitian neurologi mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulasi elektris ringan pada *hipotalamus* (yang berada ditengah sistem limbik). Binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif. Perangsangan yang diberikan terutama pada *nukleus periforniks hipotalamus* dapat menyebabkan seekor kucing mengeluarkan cakarnya, mengangkat ekornya, mendesis, bulunya berdiri, menggeram, matanya terbuka lebar, pupil berdilatasi, hendak menerkam tikus atau objek yang ada disekitarnya. Jadi kerusakan sistem *limbik* (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk memikirkan rasional),

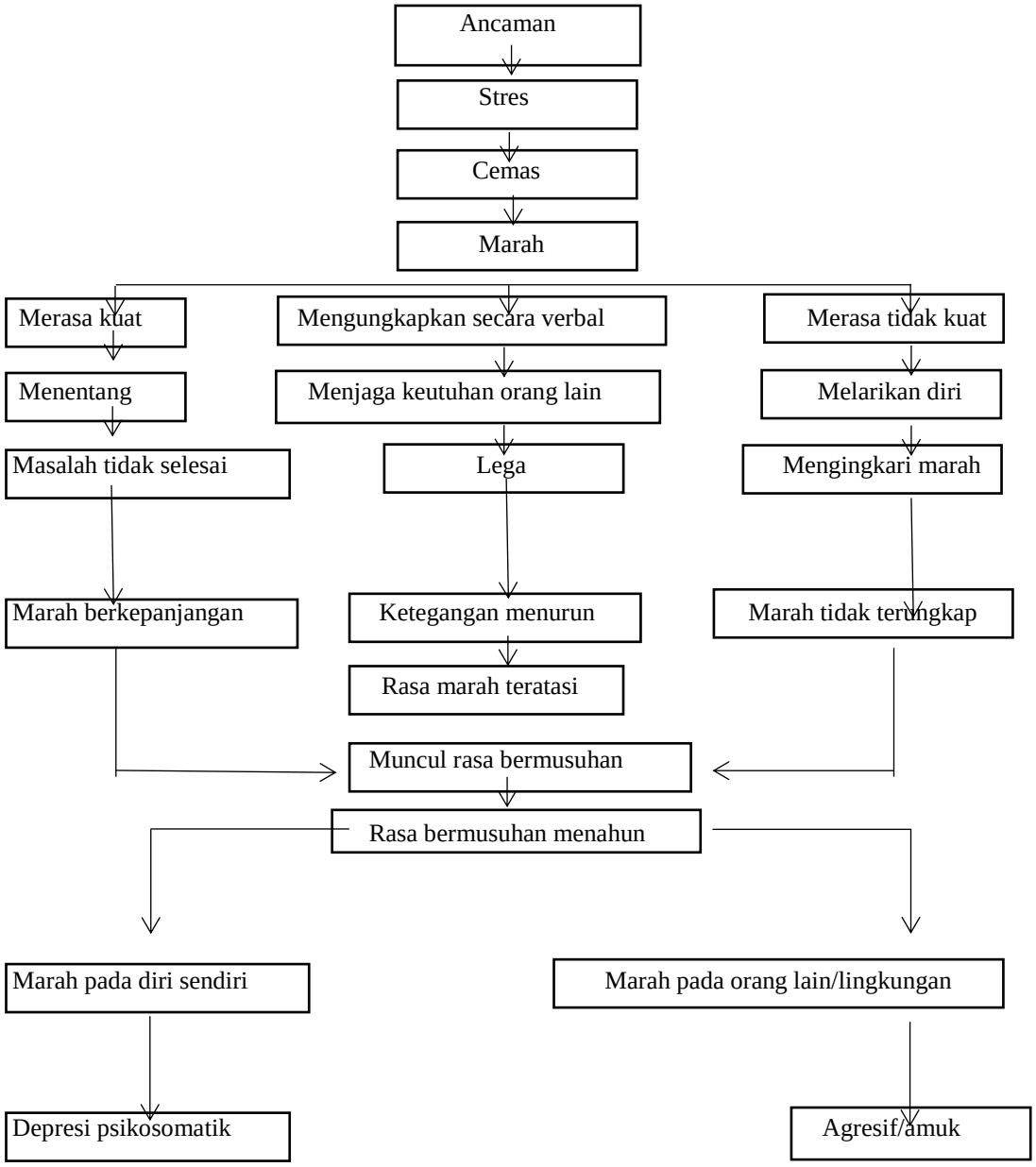
dan lobus temporal (untuk interprestasi indera penciuman dan memori).

Neurotaransmiter yang sering dikaitkan dengan perilaku agresif: *serotonin, dopamin,norepinephrine, acitelkolin,* dan asam amino *GAB.*

b. Faktor presipitasi

Secara umum, seseorang akan berespon dengan marah apabila merasa dirinya terancam. Ancaman tersebut dapat berupa *injury* secara fisik, atau lebih dikenal dengan adanya ancaman terhadap konsep diri seseorang. Ketika seseorang merasa terancam, mungkin dia tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Oleh karena itu, baik perawat ataupun klien harus bersama-sama mengidentifikasi. Ancaman dapat berupa internal ataupun eksternal.

Skema 2.1 Proses Terjadinya Marah



(Sumber Data: Rawlin and Beck, 1986 dalam Yusuf. AH,dkk. 2015).

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut (Direja A H S, 2014) Tanda-tanda marah adalah sebagai berikut:

2.1.3.1 Fisik

Mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang menutup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

2.1.3.2 Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus.

2.1.3.3 Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

2.1.3.4 Emosi

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

2.1.3.5 Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.

2.1.3.5 Spritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat.

2.1.3.6 Sosial

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

2.1.3.7 Perhatian

Bolos, melarikan diri dan melakukan penyimpangan seksual.

2.1.3.8 Tanda ancaman kekerasan adalah:

a. Tindakan kekerasan belum lama, termasuk kekerasan terhadap barang milik.
b. Ancaman verbal atau fisik.
c. Membawa senjata atau benda lain yang dapat digunakan sebagai senjata (misalnya: garpu, asbak).
d. Agitasi psikomotor progresif.
e. Intoksikasi alkohol atau zat lain.
f. Ciri paranoid pada pasien psikotik.
g. Halusinasi perilaku kekerasan tetapi tidak semua pasien berada pada resiko tinggi.
h. Penyakit otak, global, atau dengan temuan *lobus frontalis*, lebih jarang pada temuan lobus temporalis (kontroversial).
i. Kegembiraan katoniak.
j. Episode manik tertentu.
k. Episode depresi teragitasi tertentu.
l. Gangguan kepribadian (kekerasan, penyerangan, atau diskontrol implus).

2.1.4 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

2.1.4.1 Faktor Predisposisi

Menurut (Yosep dan Sutini 2014) Mengemukakan beberapa teori yaitu:

a. Teori biologik
   1) *Neurologic factor* , beragam kompunen dari sistem *syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrit, axon terminalis* mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif. Sitem limbik sangat

terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

2) *Genetic Factor,* adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi perilaku agresif. Menurut riset kazou Murakami (2007) dalam sel manusia terdapat *dorman* (potensi) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tife karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni perilaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.
3) *Cycardian Rhytem* (irama sirkardian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitan pada jam-jam tertentu manusia mengalami peningkatan *Cartisol* terutama pada jam-jam sibuk seperti menjelang pada masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan 13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.
4) *Biochemistry factor* (faktor biokmia tubuh) seperti neurotransmiter di otak (*epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetilkolin dan serotonin)* sangat berperan dalam penyampaian informasi dalam sistem persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahaya kan akan dihantar melalui impuls *neurotransmiter* ke otak dan meresponnya melalui serabut *efferent*. Peningkatan hormun *androgen* dan *norepinephrin* serta penurunan *serotonin* dan *GABA* pada cairan *cerebrospinal vertebra* dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

5) *Brain Area Disorder,* gangguan pada sistem limbik dan *lobus temporal*, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b. Teori Psikologik

1) Teori psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang *(life span hystor).* teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapatkan kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya. Tidak terpenuhi oleh kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

2) *Imitaition, modeling, and information, processing theory.*

Menurut teori ini perilaku kekerasan dapat berkembang dalam lingkungan yang mentolelir kekerasan. Adanya, contoh model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan pemukulan pada boneka

dengan *reward* positif pula (makin keras pukulannya akan diberi cokelat), anak lain lain menonton tayangan cara mengasihi dan mencium boneka tersebut dengan *Reward* positif pula (makin baik belaiannya akan mendapatkan hadiah cokelat). Setelah anak-anak keluar dan diberi boneka ternyata masing-masing anak berperilaku sesuai dengan tontonan yang pernah dialaminya.

3) *Learning theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Iya mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah. Ia juga belajar bahwa dengan agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan.

c. *Teori sosiokultural*

Dalam budaya tertentu seperti rebutan berkah, rebutan uang receh, sesaji atau kotoran kerbau di keraton, serta ritual-ritual yang cenderung mengarah kepada kemusyrikan secara tidak langsung turut memupuk sikap agresif dan ingin menang sendiri. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelasaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. Hal ini dipicu juga dengan maraknya demonstrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul, dan perdukunan (santet, teluh) dalam tayangan televisi.

d. *Aspek religiusitas*

Dalam tinjauan religiusitas, kemarahan dan agresivitas merupakan dorongan dan bisikan syetan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal *(devil support)*. Semua bentuk kekerasan adalah bisikan syetan melalui pembuluh darah ke jantung, otak dan organ vital manusia lain yang dituruti manusia sebagai bentuk kompensasi bahwa kebutuhan dirinya terancam dan harus segera dipenuhi tetapi tanpa melibatkan akal (*ego)* dan norma agama *(super ego).*

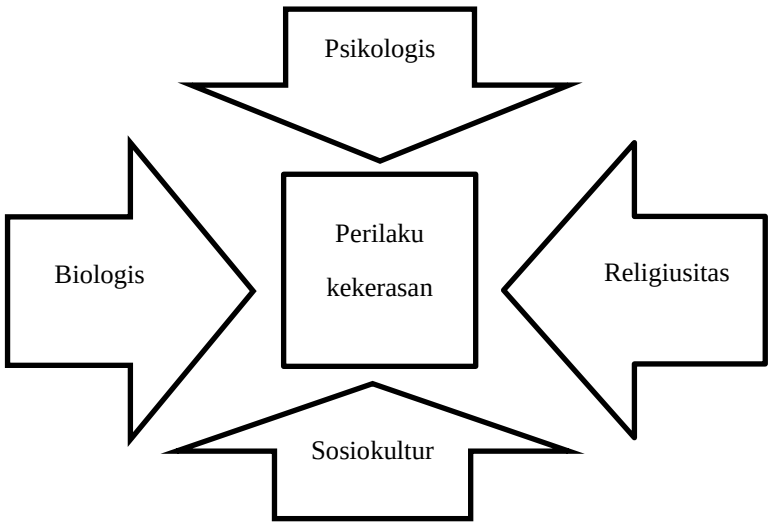
2.1.4.2 Faktor Presipitasi

Faktor-faktor lain yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

a. Ekspansi diri, ingin menunjukan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.
b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog dalam menyelesaikan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
d. Ketidaksiapan seorang ibu dalm merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang dewasa.
e. Adanya riwayat perilaku antisosial meliputi penyalah gunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustasi.

f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

Skema 2.2 Predisposisi Perilaku Kekerasan



(Sumber Data: Yosep dan Sutini, 2014)

2.1.5 Penatalaksanaan

2.1.5.1 Tindakan Keperawatan

a. Berteriak, menjerit, memukul

Terima marah klen, diam sebentar, arahkan klien untuk memukul barang yang tidak mudah rusak seperti bantal, kasur.

b. Latihan relaksasi

Bantu klien latihan relaksasi misalnya latihan fisik maupun olahraga. Latihan pernafasan 2x/hari, tiap kali 10 kali tarikan dan hembusan nafas.

c. Bantu melalui humor

Jaga humor tidak menyakiti orang, observasi ekspresi muka orang yang menjadi sasaran dan diskusi cara umum yang sesuai.

2.1.5.2 Terapi Medis

Psikofarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa.

Menurut (Yosep dan sutini, 2014) terapi farmakologi yang dapat diberikan untuk klien dengan perilaku kekerasan adalah:

a. *Antianxiety* dan *Sedative-hipnotics*. Obat-obatan ini dapat digunakan mengendalikan agitasi yang kuat. *Benzodiazepines* seperti *lorazepam* dan *clonazepam,* sering digunakan dalam kedaluratan psikiatrik untuk menenangkan perlawanan klien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan, juga bisa memperburuk *simptom* depresi. Selanjutnya, pada beberapa klien yang mengalami *diisinhibiting effect dari benzodiazepine,* dapat meningkatkan perilaku agresif. *Buspirone* obat *antianxiety,* efektif dalam mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi. Ini ditunjukan dengan menurunnya perilaku agresif dan agitasi klien dengan cedera kepala, demensia dan *'Developmental Disability'.*

b. *Antidepressants,* penggunaan obat ini mampu mengiontrol impulsif dan perilaku agresif klien yang berkaitan dengan perubahan *Mood. Amitriptyline* dan *Trazadone,* efektif untuk menghilangkan agresivitas yang

berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organik.

c. *Mood Stabilizers,* penelitian menunjukan bahwa pemberian *Lithium* efektif untuk agresif karena manik. Pada beberapa kasus, pemberiannya untuk menurunkan perilaku agresif yang disebabkan oleh gangguan lain seperti Retardasi Mental, cedera kepala, skizofrenia, gangguan kepribadian. Pada klien dengan epilepsi *Lobus Temporal,* bisa meningkatkan perilaku agresif.
d. Pemberian *Carbamazepines* dapat mengendalikan perilaku agresif pada klien dengan kelainan EEGs (electroencephalograms).
e. *Antipsychotic,* obat-obatan ini biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat ini dapat membantu, namun dibeikan hanya untuk 1-2 minggu sebelum efeknya dirasakan.
f. Medikasi lainnya; banyak kasus menunjukan bahwa pemberian *Naltrexone (antagonis opiat),* dapat menurunkan perilaku mencederai diri. *Betablockers* seperti *propanolol* dapat menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan klien dengan gangguan mental organik.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan

Tahap-tahap Asuhan Keperawatan menurut (Keliat B.A, 2009) terdiri dari atas pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

2.2.1.1 Faktor Predisposisi

Faktor–faktor yang dapat menyebabkan masalah ekspresi marah adalah, biologis, psikologis dan sosial kultural.

a. Faktor Biologis
   1) Teori Dorongan Naluri *(Instinctual Drive Theory)* perilaku agresif disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.
   2) Teori Psikosomatis *(Psychosomatis Theory)* pengalaman marah adalah akibat respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dan sistem *Limbic* berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b. Faktor Psikologis
   1) Teori Agresif dan Frustasi *(Frustation Aggression Theory).* Frustasi terjadi bila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif.
   2) Teori Perilaku *(Behavioral Theory),* kemarahan adalah respon belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas/situasi yang mendukung.
   3) Teori Eksistensi *(Existental Theory),* bertingkah laku merupakan kebutuhan dasar manusia, apabila

kebutuhan dasar tidak dapat dipenuhi melalui konstruktif, maka individu akan melakukan dengan perilaku destruktif.

c. Faktor Sosial Kultural

1) Teori Lingkungan Sosial *(Social Environment Theory)*, lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma kebudayaan dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau kasar.

2) Teori belajar sosial *(Social Learning Theory)*, perilaku agresif dapat dipelajari secara langsung maupun imitasi melalui proses sosialisai.

2.2.1.2 Faktor Presipitasi

Stressor yang mencetus rasa marah bagi setiap individu sifatnya unik. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Contoh stressor yang yang berasal dari luar antara lain: serangan fisik, kehilangan fisik, kematian dan lain-lain. Sedangkan stressor yang berasal dari dalam ialah: putus hubungan yang berasal dari orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, ketakutan pada penyakit fisik dan lain-lain.

2.2.2 Mekanisme Koping

Mekanisme yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego antara lain; *displacement*, sublimasi, proyeksi, represi, denial, reaksi formasi.

2.2.2.1 Perilaku yang berkaitan dengan marah antara lain:

a. Menyerang atau menghindar *(fight or flight)*

Pada keadaan tersebut respon fsiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom beraksi terhadap sekresi epineprin menyebabkan tekanan darah meningkat, tachikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi

HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, kewaspadaan juga meningkat di sertai ketegangan otot, seperti rahang tertutup, tangan terkepal, tubuh menjadi kaku dan disertai refleks yang cepat.

b. Menyatakan dengan jelas *(assertiviness)*

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif, dan asertif. Perilaku asertif adalah cara terbaik untuk mengekspresikan marah disamping dapat dipelajari juga akan mengembangkan pertumbuhan diri pasien.

c. Memberontak *(acting out).*

Perilaku biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku acting out untuk menarik perhatian orang lain.

d. Kekerasan, amuk *(violence)*

Perilaku dengan kekerasan atau amuk dapat ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Matriks 2.1 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, dan Agresif

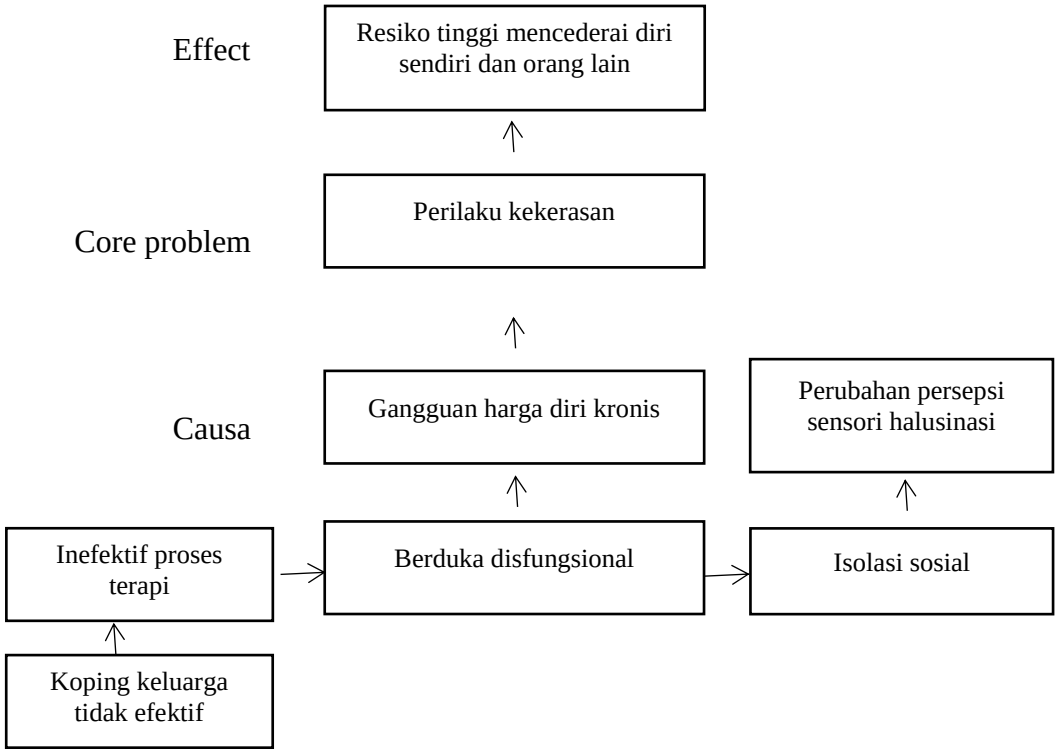
Isi pembicaraan	Asertif, merendahkan diri, misalnya: *"Biasanya saya melakukan hal itu? Bisakah anda melakukannya?*	Pasif, menawarkan diri. Misalnya "*saya mampu, saya bisa, anda boleh, anda dapat"*	Agresif, menyombongkan diri, merendahkan orang lain, misalnya: *"kamu pasti tidak bisa, kamu selalu melanggar, kamu tidak pernah bisa.*
Tekanan suara	Lambat mengeluh	Sedang	Keras dan ngotot
Posisi badan	Menundukan kepala	Tanggap dan santai	Kaku, condong kedepan
Penampilan	Loyo, tidak dapat tenang	Sikap tenang	Mengancam, posisi menyerang

Kontak mata	Sedikit/sama sekali tidak	Mempertahankan kontak mata sesuai dengan hubungan yang berlangsung	Mata melotot dan posisi diperhatikan

(Sumber Data: Yosep dan Sutini 2014)

2.2.3 Pohon Masalah

Skema 2.3 Pohon masalah perilaku kekerasan



(Sumber Data: Yosep dan Sutini, 2014)

2.2.4 Diagnosa Keperawatan

Menyatakan diagnosa yang sering muncul pada klien dengan perilaku kekerasan (Fitria, 2012) adalah:

2.2.4.1 Perilaku kekerasan

2.2.4.2 Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

2.2.4.3 Perubahana persepsi sensori (Halusinasi)

2.2.4.4 Harga diri rendah kroni2s

2.2.4.5 Isolasi sosial

2.2.4.6 Berduka disfungsional

2.2.4.7 Inefektif proses terapi

2.2.4.8 Koping keluarga inefektif

2.2.5 Perencanaan Keperawatan

Menyatakan perencanaan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan (Fitria, 2012) adalah:

2.2.5.1 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

2.2.5.2 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasaan

2.2.5.3 Intervensi:

a. Identifikasi penyebab perilaku kekerasaan klien
   Rasional: menentukan mekanisme koping yang dimiliki klien dalam menghadapi masalah serta sebagai langkah awal dalam menyusun strategi berikutnya.

2.2.5.4 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasaan.

2.2.5.5 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasaan.

2.2.5.6 Intervensi:

Indentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan klien

Rasional: deteksi dini dapat mencegah tindakan yang dapat membahayakan klien dan lingkungan sekitar.

2.2.5.7 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasaan yang dilakukan

2.2.5.8 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasaan yang dilakukan

2.2.5.9 Intervensi:

a. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan klien.
   Rasional: Melihat mekanisme koping klien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.

2.2.5.10 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.

2.2.5.11 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.

2.2.5.12 Intervensi:

a. Identifikasi akibat perilaku kekerasan yang telah dilakukan klien.

   Rasional: Membantu klien melihat dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan klien

2.2.5.13 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.

2.2.5.14 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.

2.2.5.15 Intervensi:

a. Dorong klien untuk menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.

   Rasional: Menurunkan perilaku destruktif yang akan mencederai klien dan lingkungan sekitar.

2.2.5.16 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I (tarik napas dalam).

2.2.5.17 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I (tarik napas dalam).

2.2.5.18 Intervensi:

Dorong klien untuk mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I (tarik napas dalam).
Rasional: Tarik napas dalam dapat mengurangi keinginan klien untuk melakukan perilaku kekerasan

2.2.5.19 Tujuan khusus SP 1: Klien dapat memasukan latihan cara fisik I ke dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.5.20 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat memasukan latihan cara fisik I ke dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.5.21 Intervensi:

Anjurkan klien untuk memasukan latihan cara fisik I ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rasional: Memasukan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih dan mengaplikasikan cara fisik I saat klien marah.

2.2.5.22 Tujuan khusus SP 2: Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.

2.2.5.23 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien dapat mengavaluasi latihan cara fisik I di dalam kegiatan harian.

2.2.5.24 Intervensi:

Evaluasi jadwal kegiatan harian klien.

Rasional: Evaluasi sangat penting untuk membuat rencana selanjutnya.

2.2.5.25 Tujuan khusus SP 2: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II (memukul bantal/benda lain yang empuk)

2.2.5.26 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II (memukul bantal/benda lain yang empuk) .

2.2.5.27 Intervensi:

Latih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II (memukul bantal/benda lain yang empuk).

Rasional: Memukul benda yang empuk berupa bantal atau guling dapat mengurangi keinginan klien utnuk melakukan perilaku kekerasan.

2.2.5.28 Tujuan khusus SP 2: Klien dapat memasukan latihan perilaku kekerasan cara fisik II dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.5.29 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat memasukan latihan perilaku kekerasan cara fisik II dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.5.30 Intervensi:

Dorong klien untuk memasukkan latihan perilaku kekerasan cara fisik II dalam jadwal kegiatan harian.

Rasional: Memasukkan kegiatan untuk mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih mengaplikasikan cara fisik II saaat klien marah.

2.2.5.31 Tujuan khusus SP 3: Klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan cara fisik II ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

2.2.5.32 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan cara fisik II ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

2.2.5.33 Intervensi:

Dorong klien untuk mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan cara fisik II ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

Rasional: Evaluasi sangat penting untuk membuat rencana selanjutnya.

2.2.5.34 Tujuan khusus SP 3: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.

2.2.5.35 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal

2.2.5.36 Intervensi:

latih klien untuk mengontrol perilaku kekerasn dengan cara verbal.

Rasional: Cara verbal (mengungkapkan/menolak dengan cara yang baik) dapat mengurangi keinginana klien untuk melakukan perilaku kekerasan.

2.2.5.37 Tujuan khusus SP 3: Klien dapat memasukan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.5.38 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat memasukan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.5.39 Intervensi:

Dorong klien untuk memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal harian.

Rasional: Memasukan kegiatan untuk mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih mengaplikasikan cara verbal saat klien marah.

2.2.5.40 Tujuan khusus SP 4: Klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

2.2.5.41 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengevaluasi latiahan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

2.2.5.42 Intervensi:

Dorong klien untuk mengevaluasi latiahan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

Rasional: Evaluasi sangat penting untuk membuat rencana selanjutnya.

2.2.5.43 Tujuan khusus SP 4: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual.

2.2.5.44 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual.

2.2.5.45 Intervensi:

Latih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Rasional: Cara spiritual (berwudu atau solat) dapat mengurangi keinginan klien untuk melakukan perilaku kekerasan.

2.2.5.46 Tujuan khusus SP 4: Klien dapat memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

2.2.5.47 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi Klien dapat memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

2.2.5.48 Intervensi:

Dorong klien untuk memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

Rasional: Memasukkan kegiatan untuk mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiaskan diri melatih mengaplikasikan cara spiritual saat klien marah.

2.2.5.49 Tujuan khusus SP 5: Klien dapat mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual di dalam jadwal kegiatan hariannya.

2.2.5.50 Kriteria hasil: Setelah 2 kali interaksi klien dapat mengevaluasi latiahan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual ke dalam jadwal kegiatan hariannya.

2.2.5.51 Intervensi:

Dorong klien untuk mengevaluasi latiahan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual di dalam jadwal kegiatan hariannya.

Rasional: Evaluasi sangat penting untuk membuat rencana selanjutnya.

2.2.5.52 Tujuan khusus SP 5: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.

2.2.5.53 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.

2.2.5.54 Intervensi:

Latih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.

Rasional : Meminum obat dapat mengurangi keinginan klien untnuk melakukan perilaku kekerasan.

2.2.5.55 Tujuan khusus SP 5: Klien dapat memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.5.56 Kriteria hasil: setelah 2 kali interaksi klien memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

2.2.5.57 Intervensi:

Dorong klien untuk memasukkan latihan mengontrol perilaku kekerasan cara dengan minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rasional: Memasukkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan cara dengan minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian merupakan upaya untuk membiasakan diri melatih mengaplikasikan minum obat saat klien marah .

2.2.6 Implementasi

Menyatakan perencanaan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan (Fitria, 2012) adalah:

2.2.6.1 SP 1:

Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasikan penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik I (latihann napas dalam).

2.2.6.2 SP 2:

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II (evaluasi latihan napas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II (pukul kasur dan bantal), menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).

2.2.6.3 SP 3:

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal kegitan harian tentang kedua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara vebal [menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik], susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal).

2.2.6.4 SP 4:

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa.

2.2.6.5 SP 5:

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan lima prinsip benar [benar nama /pasien, benar nama obat, benar

cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat] disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur).

2.2.6.6 SP 1 keluarga:

Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan.

2.2.6.7 SP 2 keluarga:

Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan.

2.2.6.8 SP 3 keluarga:

Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat *(discharge planning)*. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang.

2.2.7 Evaluasi

Evaluasi yang terjadi pada pasien yang mengalami Perilaku Kekerasan yaitu:

2.2.7.1 Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

2.2.7.2 Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasannya.

2.2.7.3 Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain.

2.2.7.4 Pasien tidak mengamuk lagi.

2.2.7.5 Tidak ada tanda-tanda marah pada pa