

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Teori Risiko Perilaku Kekerasan**

##### **1. Pengertian**

Perilaku kekerasan adalah bentuk perilaku dari seorang individu yang bertujuan untuk melukai diri sendiri atau orang lain (Muhith, 2015). Risiko perilaku kekerasan adalah beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. (SDKI, 2017). Risiko perilaku kekerasan adalah perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Sutejo, 2017). Berbeda dengan risiko perilaku kekerasan, perilaku kekerasan memiliki arti sendiri. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilang kendali/kontrol perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Sutejo, 2017).

Dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah ungkapan perasaan marah dari seorang individu yang mengakibatkan hilangnya kontrol atau kendali pada diri sendiri dimana individu dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan, dapat berbentuk secara fisik, emosional, seksual dan verbal.

## 2. Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan dan didukung dengan hasil observasi (SDKI, 2017)

### a. Data subjektif

- 1) Ungkapan berupa ancaman
- 2) Ungkapan kata-kata kasar
- 3) Ungkapan ingin memukul/melukai

### b. Data objektif

- 1) Wajah memerah dan tegang
- 2) Pandangan tajam
- 3) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 4) Mengepalkan tangan
- 5) Bicara kasar
- 6) Bicara mengancam
- 7) Suara tinggi
- 8) Mondar mandir
- 9) Melemparkan atau memukul benda/orang lain.

## 3. Etiologi

Beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

(tercantum dalam gambar 2.1)

### a. Faktor Predisposisi,

Proses terjadinya perilaku kekerasan ditandai dengan faktor yang melatar belakangi munculnya masalah dan faktor presipitasi atau

faktor yang memicu adanya masalah. (Stuart 2013). Dalam faktor predisposisi terdapat beberapa faktor yang melatar belakangi terjadinya masalah perilaku kekerasan seperti faktor biologis, faktor psikologis dan sosial budaya (Sutejo, 2019).

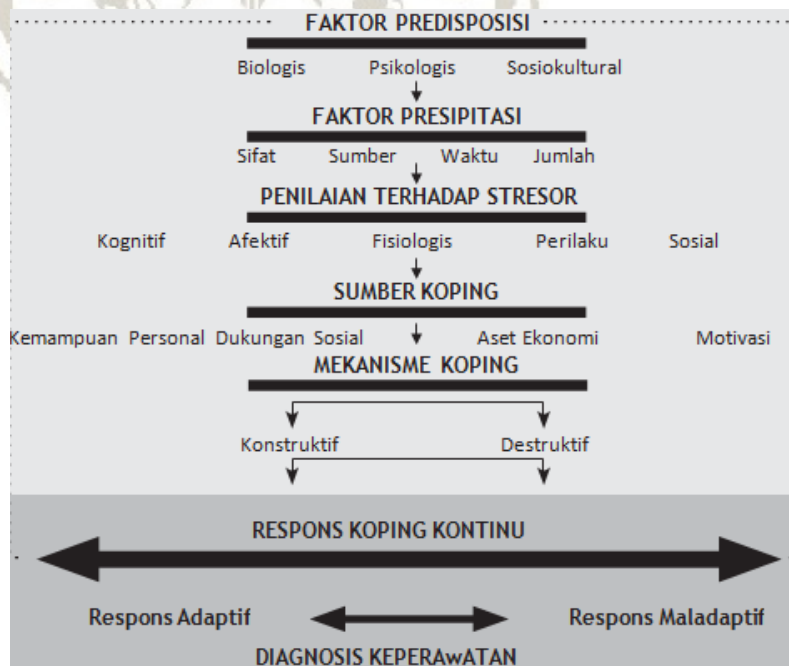
a. Faktor biologis

1) Teori dorongan naluri (*Instinctual drive theory*)

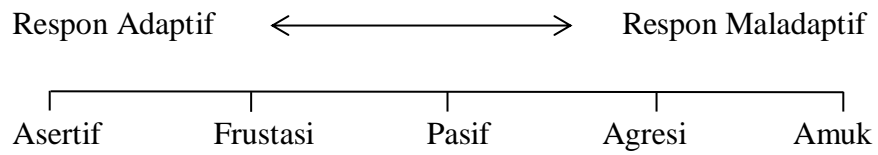
Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

2) Teori Psikomatik

Pengalaman rasa marah dapat disebabkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.



**Gambar 2.1 Model Stres Adaptasi Yang Terkait Dengan Respons Emosional (Stuart, 2016)**



b. Faktor psikologis

- 1) Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi PK.
- 2) Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan.
- 3) Frustrasi
- 4) Kekerasan dalam rumah atau keluarga. (Sutejo, 2017).

c. Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespons terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajarinya. Agresi tidak berbeda dengan respons-respons yang lain. Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima. (Farida,2012).

b. Faktor Presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa *injury* secara fisik, psikis atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut.

- a. Klien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan
- b. Interaksi: penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
- c. Lingkungan: panas, padat, dan bising.

4. Rentang Respon Marah

Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrem dari marah atau ketakutan/panik. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang di mana agresif verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah. Hal ini akan memengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku menjadi agresif atau melukai karena penggunaan koping yang kurang bagus (Farida 2011)

a. Asertif

Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

b. Frustrasi

Frustrasi adalah respon marah akibat individu gagal mencapai tujuan yang realistis. Dalam hal ini seseorang tidak dapat menemukan alternatif lain dalam menyelesaikan masalah.

c. Pasif

Respon lanjut, dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan.

d. Agresif

Perilaku destruktif (memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman) tapi masih terkontrol.

e. Amuk

Dapat disebut juga dengan amuk yaitu perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Contohnya membanting barang-barang menyakiti diri sendiri (bunuh diri).

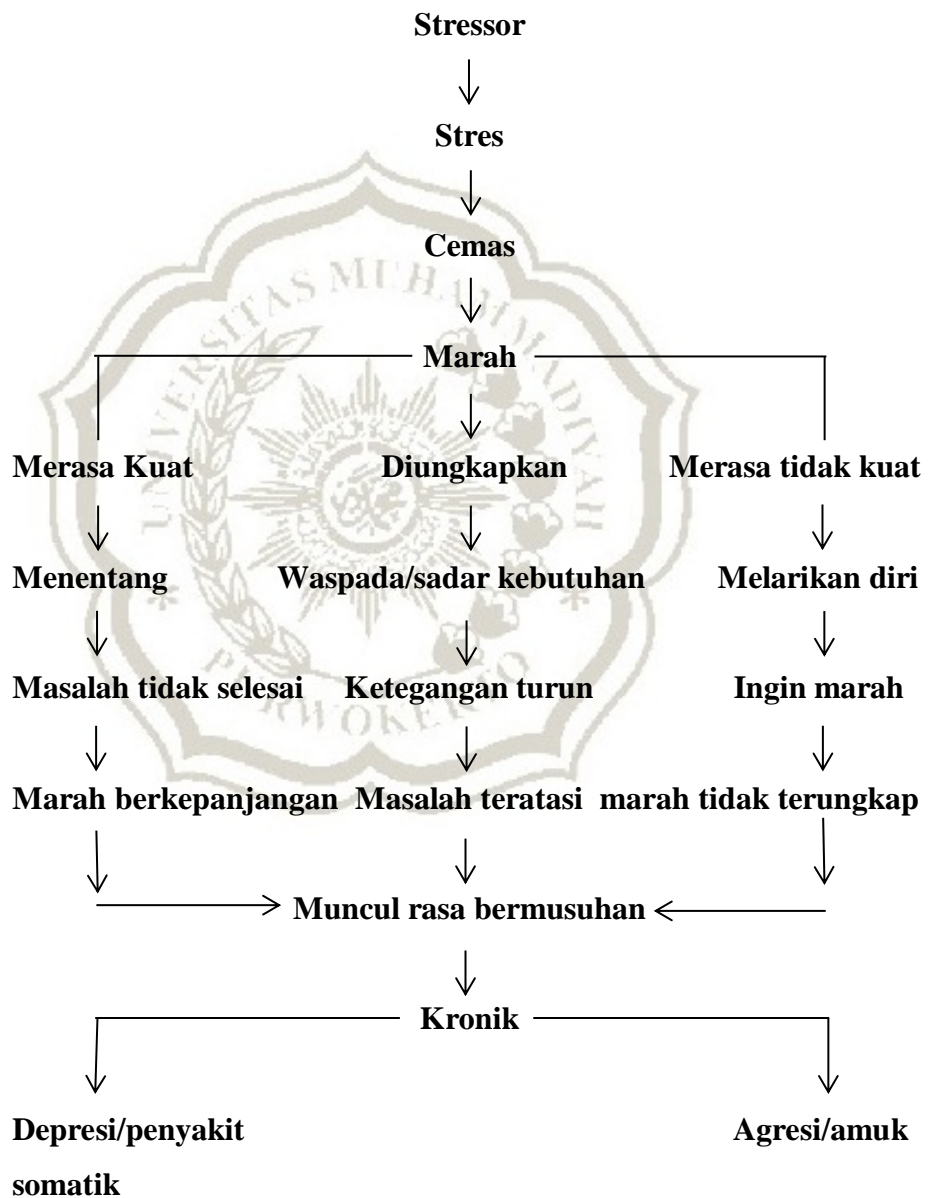
Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia "tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan." Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon

normal (asertif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif).

Tertera di gambar 2.2 :

**Gambar 2.2 Skema Proses Marah**

Sumber : (Beck, Rawlins, Williams; Nurhalimah, 1992; 2016)



Nah, bagaimana perbandingan perilaku pasif, agresif dan asertif itu?

**Tabel 2.1 Perbandingan perilaku pasif, asertif dan agresif  
(Beck, Rawlins, Williams; Nurhalimah, 1992; 2016)**

Aspek	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	Negatif Menghina Dapatkah saya/dia lakukan	Positif Menghargai diri sendiri Saya dapat/akan lakukan	Berlebihan Menghina orang lain
Nada suara	Diam Lemah Merengek	Diatur	Tinggi Menuntut
Postur tubuh	Menundukan kepala	Tegak Rileks	Tenang Tegak
Personal space	Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya	Menjaga jarak yang menyenangkan Mempertahankan hak tempat/teritorial	Memasuki teritorial orang lain
Gerakan	Miniamal Lemah Resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam Ekspansi gerakan
Kontak mata	Sedikit atau tidak	Sesekali/sesuai kebutuhan interaksi	Melotot

Tanda dan gejala perilaku kekerasan (Stuart) diantaranya adalah :

1. Fisik : Mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang serta postur tubuh kaku.
2. Verbal : Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus.
3. Perilaku: Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain merusak lingkungan, amuk atau agresif.
4. Emosi : Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa

terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya,  
bermusuhan mengamuk, ingin berkelahi,  
menyalahkan dan menuntut.

5. Intelektual : Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat,  
meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata  
kata bernada sarkasme.

6. Spiritual: Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu  
raguan, tidak bermoral dan kreatifitas terhambat.

7. Sosial : Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan,  
ejekan

8. Perhatian : Bolos, melarikan diri dan melakukan  
penyimpangan seksual

5. Sumber sumber Koping

Sumber sumber koping dibagi menjadi 4 bagian (Astuti, 2017), yaitu:

a. Kemampuan personal

Terdiri dari kemampuan untuk menggali informasi terkait masalah,  
kemampuan mengidentifikasi masalah, pertimbangan alternative,  
kemampuan untuk mengungkapkan masalah, tidak semangat  
menyelesaikan masalah, kemampuan untuk mempertahankan  
hubungan interpersonal, dan identitas ego tidak adekuat.

b. Dukungan sosial

Terdiri dari dukungan keluarga dan masyarakat, keterlibatan atau  
perkumpulan dimasyarakat dan pertentangan nilai budaya.

c. Aset meteri

Meliputi penghasilan yang layak, tidak mempunyai tabungan untuk mengantisipasi hidup, tidak mampu menjangkau pelayanan kesehatan.

d. Keyakinan positif

Adanya motivasi dan penilaian terhadap pelayanan kesehatan.

6. Mekanisme Koping

a. Konstruktif

Mekanisme konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah, menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu (Yusuf, 2015)

b. Destruksif

Mekanisme koping destruktif menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan konflik. Pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menentang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk (Yusuf, 2015).

## **B. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Risiko Perilaku Kekerasan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data. Sumber data terbagi menjadi dua yaitu sumber data primer yang berasal dari klien dan sumber data sekunder yang diperoleh selain klien seperti keluarga, orang terdekat, teman, orang lain yang tahu tentang status kesehatan klien dan tenaga kesehatan. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki klien. (Roman dan Walid 2012).

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Data tersebut dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki klien. Data yang diperoleh selama pengkajian juga dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif (Deden dan Rusdi, 2013).

Data yang perlu dikaji pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu pada data subyektif klien mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, mengatakan dendam dan jengkel, klien memukul dan melempar barang-barang yang ada di rumah. Pada data objektif klien

menunjukkan tanda-tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dan suara keras. (Handayani et al., 2017).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik actual maupun potensial dan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab. (Muhith, 2015., Stuart 2016).

Didukung oleh data fokus

### a. Data Subyektif

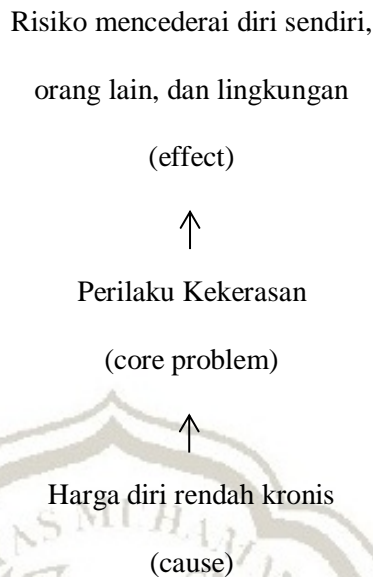
Mengatakan pernah melakukan tindak kekerasan, mengamuk. Informasi dari keluarga tindak kekerasan yang dilakukan oleh klien bermacam macam seperti memukul dan melempari barang yang ada disekitar. Mendengar suara-suara pada malam hari. Merasa orang lain mengancam. Menganggap orang lain jahat.

### b. Data Obyektif

Adanya tanda / jejas perilaku kekerasan anggota tubuh klien. Ada bekas luka ditangan karena sering memukul benda/barang padat disekitar, tangan sering mengepal pada saat bercerita/wawancara, pembicaraan kasar jika menceritakan marahnya.

Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

c. Pohon masalah



3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan pada risiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk susunan perencanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi dengan risiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan diantaranya adalah strategi pelaksanaan tindakan keperawatan, Tindakan tindakan ini dapat ditujukan pada tindakan keperawatan untuk individu dan keluarga (Sutejo, 2017). Adapun rencana tindakan strategi pelaksanaan individu dan keluarga risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

a. Tujuan umum : klien dapat mengontrol perilaku kekerasan.

1) Strategi Pelaksanaan tindakan keperawatan untuk individu pada risiko perilaku kekerasan:

a) Tujuan khusus 1 : Klien mampu mengenal perilaku kekerasan yang dialami dan mengontrol dengan cara fisik.

- (1) Biha hubungan saling percaya (BHSP)
  - (2) Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, dan akibat perilaku kekerasan.
  - (3) Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal.
  - (4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.
- b) Tujuan khusus 2 : Klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan untuk mengontrol perilaku kekerasan.
- (1) Evaluasi kegiatan fisik dan beri pujian
  - (2) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).
  - (3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.
- c) Tujuan khusus 3 : Klien mampu mengontrol dengan cara verbal/sosial.
- (1) Evaluasi kegiatan latihan fisik dan minum obat dan beri pujian.
  - (2) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (3 cara, yaitu : mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan benar).

- (3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal.
- d) Tujuan khusus 4 : Klien mampu mengontrol dengan cara spiritual.
- (1) Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, dan verbal.  
Berikan pujian.
- (2) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- (3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual.
- 2) Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk keluarga pada dengan risiko perilaku kekerasan:
- a) Tujuan khusus 1 : klien mendapat dukungan untuk mengontrol perilaku kekerasan : keluarga mampu mengenal masalah RPK dan melatih cara fisik.
- (1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat
- (2) Jelaskan pengertian, tanda gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan
- (3) Jelaskan cara merawat perilaku kekerasan
- (4) Latih satu cara merawat perilaku kekerasan : latihan fisik

- (5) Anjurkan membantu sesuai jadwal dan memberikan pujian
- b) Tujuan khusus 2 : klien mendapatkan dukungan untuk mengontrol perilaku kekerasan : keluarga mampu membimbing minum obat
- (1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih dengan latihan fisik. Beri pujian
  - (2) Jelaskan 6 benar cara minum obat
  - (3) Latih cara memberikan/membimbing minum obat
  - (4) Anjurkan untuk membantu sesuai jadwal dan member pujian.
- c) Tujuan khusus 3 : Mendapatkan dukungan untuk mengontrol perilaku kekerasan: keluarga mampu membimbing minum obat
- (1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih dengan latihan fisik dan memberikan obat. Beri pujian.
  - (2) Latih carabimbing verbal/bicara.
  - (3) Latih cara membimbing kegiatan spiritual.
  - (4) Anjurkan membantu sesuai jadwal dan memberikan pujian.
- d) Tujuan khusus 4 : keluarga mampu melakukan follow up ke pusat kesehatan masyarakat (PMK), mengenali tanda kambuh, melakukan rujukan.

- (1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih dengan latihan fisik, memberikan obat, verbal dan spiritual dan follow up. Beri pujian
- (2) Jelaskan follow up ke Pusat Kesehatan Masyarakat (PKM), tanda kambuh, rujukan.
- (3) Anjurkan membantu sesuai jadwal dan memberikan pujian. Diatas adalah strategi pelaksanaan untuk masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, dan rencana tindakan keperawat.

#### 4. Implementasi

Proses implementasi adalah melaksanakan rencana tindakan yang sudah disusun dan disesuaikan dengan kondisi saat itu. Pelaksanaan tindakan keperawatan bisa lebih dari apa yang telah direncanakan atau lebih sedikit dari apa yang sudah direncanakan bahkan mampu memodifikasi dari perencanaan yang telah disesuaikan dengan kebutuhan pada saat asuhan keperawatan diberikan. Dalam mengimplementasikan intervensi, perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi yang luas yang dirancang untuk mencegah penyakit meningkat, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan fisik dan mental (Damayanti, 2012).

#### 5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi perawat mengevaluasi respon berdasarkan kemampuan yang sudah diajarkan pada klien, evaluasi yang dapat

dilakukan untuk menilai respon verbal dan non verbal yang dapat diobservasi oleh perawat berdasarkan respon yang ditunjukkan oleh klien.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP :

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

O : Respon obyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan .

A : Analisa terhadap data subjektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah telah teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan tindakan lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien (Yusuf, 2015).

## **C. Konsep Water Therapy Berwudhu pada Klien Risiko Perilaku Kekerasan**

### **1. Wudhu**

Wudhu adalah proses kebersihan yang dilakukan oleh seseorang untuk membasuh bagian-bagian tubuh sebanyak lima kali dalam sehari. Wudhu sendiri mengandung dua aspek kebersihan yaitu kebersihan lahir berupa pencucian bagian tubuh manusia dan kebersihan batin yang ditimbulkan oleh pengaruh wudhu kepada manusia berupa pembersihan dari kesalahan dan dosa yang dilakukan oleh anggota-anggota tubuh. Di samping itu bila kita melihat wudhu

dari segi kesehatan medis, ada banyak manfaat bagi orang yang mengerjakan wudhunya dengan baik. (Afif dkk 2018)

## 2. Penerapan strategi pelaksanaan

Pasien mampu mengontrol dengan cara spiritual (berwudhu) :

- a. Latihan klien tata cara dan niat berwudhu,
- b. Buat jadwal latihan berwudhu
- c. Melatih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual terapi air berwudhu

1) Menginstruksikan klien untuk berlatih berwudhu dengan benar, seperti :

- a) Membaca niat sebelum berwudu
- b) Mencuci kedua telapak tangan (3x)
- c) Berkumur (3x)
- d) Membersihkan hidung (3x)
- e) Membasuh kedua tangan sampe sika (3x)
- f) Membasuh kepala dari ubun ubun sampe belakang (3x)
- g) Membasuh kedua telinga (3x)
- h) Memcuci kedua kaki (3x)

## 3. Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi Air Berwudhu

Topik : Berwudhu

Penyuluh : Imas Dwi Adhi Ageni (Mahasiswa Keperawatan D3  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah  
Purwokerto)

Sasaran : Klien dengan risiko perilaku kekerasan

Tempat : Di Desa Simpur

**Tabel 2.2 SOP Water Therapy Berwudhu**

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)</b>	
<b>Terapi air (Berwudhu)</b>	
Pengertian	Wudhu secara harfiah adalah bersih. Sedangkan menurut syara', wudhu adalah membersihkan bagian anggota tubuh tertentu melalui rangkaian aktifitas yang dimulai dengan niat, membasuh wajah, membasuh kedua tangan, dan kaki, serta menyapu kepala dengan air.
Tujuan	Tubuh rileks dan segar, hati tenang dan tentram.
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan</li><li>2. Buku saku berwudhu untuk klien risiko perilaku kekerasan</li></ol>
Prosedur	Sebelum klien melakukan berwudhu terlebih dahulu <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih (dikarenakan sedang terjadi pandemi covid-19), lalu dilanjutkan dengan tahapan berwudhu yang baik, diawali dengan</li><li>2. Membaca basmalah atau niat berwudhu</li><li>3. Mencuci telapak tangan, sela sela jari</li><li>4. Berkumur dengan air sebanyak 3x</li><li>5. Membersihkan kedua lubang hidung</li><li>6. Membasuh muka 3x</li><li>7. Membasuh tangan sampai siku 3x dengan mendahulukan sebelah kanan terlebih dahulu</li><li>8. Mengusap kepala dengan air sebanyak 3x</li><li>9. Membasuh telinga dengan air sebanyak 3x</li><li>10. Membasuh kaki sampai mata kaki sebanyak 3x dimulai dari sebelah kanan, dan sela sela jari kaki.</li><li>11. Membaca hamdalah atau doa sesudah berwudhu.</li></ol>