

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

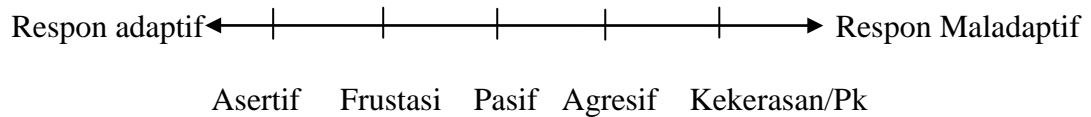
1. Perilaku Kekerasan

a. Definisi

Marah adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart dan Sundeen, 1998). Perasaan marah yang dimiliki oleh tiap individu dikatakan normal apabila masih dalam ambang batas adaptif, sedangkan jika perasaan marah yang dirasakan datang secara terus menerus sampai pada ambang batas respon manusia terhadap datangnya marah maka akan menimbulkan respon yang maladaptif dalam hal ini kekerasan (gaduh-gaduh atau amuk). Perilaku kekerasan adalah suatu kondisi maladaptif seseorang dalam berespon terhadap marahnya (Towsend, 1998). Menurut Kusumawati (2011) Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun pada orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol.

Beberapa pengertian yang sudah dikemukakan diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah ungkapan perasaan marah dan bermusuhan yang mengakibatkan hilangnya kontrol diri dimana individu dapat berperilaku agresif menyerang atau melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun dapat membahayakan lingkungan.

b. Rentang Respon Ekpresi Marah



Gambar 2.1 : Rentang Respon Ekpresi marah menurut Stuart and Sundeen (1987)

Keterangan :

a. Asertif

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

b. Frustrasi

Respon yang terjadi akibat individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative lain.

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 disertai kontrol diri individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Contohnya membanting barang-barang, menyakiti diri sendiri sampai pada menyakiti orang lain.

c. Etiologi

(1) Factor predisposisi

Menurut Townsend (1996) terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang factor predisposisi perilaku kekerasan diantaranya adalah sebagai berikut.

(a) Teori biologic

Berdasarkan teori biologic ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan. Diantaranya

- 1) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. System limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.
- 2) Pengaruh biokimia, menurut Goldenstein dalam Townsend (1996) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epinefrin, norepinefrin, dopamin, asetikolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan factor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agrsif pada seseorang.
- 3) Pengaruh genetic menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetic termasuk genetic tipe karotipe XYY, yang

umumnya dimiliki oleh penghuni penjara dan pelaku tindak kriminal (narapidana)

- 4) Gangguan otak, sindrom otak oraganik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbic dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsy (epilepsy lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

(b) Teori psikologik

1) Teori psikoanalitik

Teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan dapat membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memeberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

2) Teori pembelajaran

Perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhaddap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik

(c) Teori sosialkultural

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan factor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

(2) Factor presipitasi

Stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat buruk. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam individu. Contoh stressor yang berasal dari luar antara lain serangan fisik, kehilangan, kematian, krisis dan lain-lain. Sedangkan stressor yang berasal dari dalam individu adalah putus hubungan dengan seseorang yang berarti, kehilangan rasa cinta, ketakutan terhadap penyakit fisik yang dideritanya, hilang control, menurunnya percaya diri dan lain-lain. Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan juga dapat memicu tindakan perilaku kekerasan.

(3) Mekanisme koping

Sebagai tenaga terapi atau perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien untuk dapat membantu klien dalam mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, sublimasi, proyeksi, represif, *denial*, dan reaksi formasi.

Perilaku kekerasan biasanya diawali oleh situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang karena ditinggal oleh orang yang dianggap sangat berpengaruh dalam hidupnya. Bila kondisi tersebut tidak teratasi, maka dapat menyebabkan seseorang rendah diri (harga diri rendah), sehingga sulit untuk bergaul dengan orang lain. Bila ketidakmampuan bergaul dengan orang lain ini tidak diatasi akan memunculkan halusinasi berupa suara-suara atau bayangan yang meminta klien untuk melakukan tindak kekerasan. Hal tersebut dapat berdampak pada keselamatan dirinya dan orang lain (resiko tinggi menciderai diri, orang lain dan lingkungan).

Selain diakibatkan oleh berduka yang berkepanjangan, dukungan keluarga yang kurang baik dalam menghadapi kondisi klien dapat memengaruhi perkembangan klien (koping keluarga tidak efektif). Hal ini tentunya menyebabkan klien sering keluar masuk RS atau menimbulkan kekambuhan karena dukungan keluarga tidak maksimal.

d. Manifestasi klinik

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) manifestasi klinik yang dapat dilihat dari pasien dengan perilaku kekerasan dari berbagai segi

- a. Emosi : jengkel, marah (dendam), rasa terganggu, merasa takut, tidak aman, cemas.
- b. Fisik : muka merah, pandangan tajam, nafas pendek, keringat, sakit fisik, tekanan darah meningkat postur tubuh kaku, rahang mengatup.
- c. Intelektual : mendominasi, bawel, berdebat, meremehkan

- d. Spiritual : keraguan, kebijakan/keberanian diri, tidak bermoral, kreativitas terhambat.
- e. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan humor.

e. Penatalaksanaan

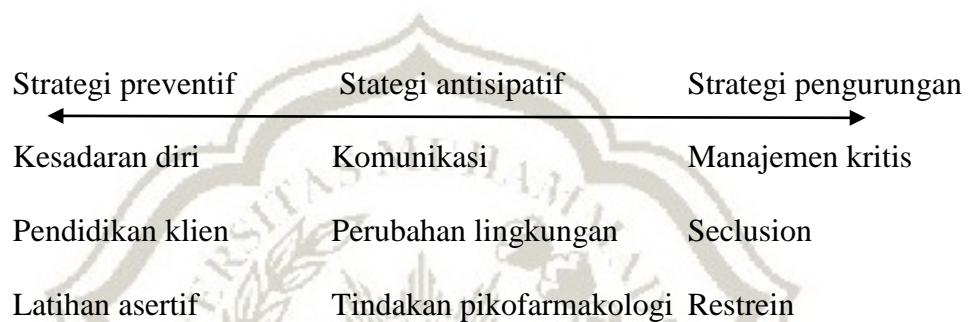
(1) Medis

Obat-obatan yang dapat diberikan pada pasien dengan marah atau dengan perilaku kekerasan adalah :

- a. *Antianxiety* dan *sedative hypnotics*. Obat-obatan ini dapat digunakan untuk mengendalikan agitasi dalam level yang akut. Benzodiazepine seperti lorazepam dan clonazepam, sering digunakan dalam kedaruratan dalam kedaruratan psikiatrik untuk menenangkan perlawanan pasien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu yang lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan, juga bisa memperburuk *symptom* depresi.
- b. Buspirone obat antyanxiety, efektif dalam mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi.
- c. Lithium efektif untuk agresif karena maniak
- d. Antipsychotic digunakan untuk perata perilaku kekerasan.

(2) Keperawatan

Peran perawat dalam penatalaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah dengan mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan manajemen perilaku agresif, intervensi tersebut dapat melalui rentang intervensi keperawatan (Kusumawati, 2011).



Gambar 2.2 . Rentang respon intervensi keperawatan

Keterangan dari gambar

a. Strategi preventif

1) Kesadaran diri

Perawat harus terus menerus meningkatkan kesadaran dirinya dan melakukan *supervise* dengan memisahkan antara masalah pribadi dan masalah klien.

2) Pendidikan klien

Pendidikan yang diberikan mengenai cara berkomunikasi dan cara mengeksplorasi marah yang tepat.

3) Latihan asertif

Kemampuan dasar interpersonal yang harus dimiliki meliputi :

- Berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang
- Mengatakan tidak untuk sesuatu yang tidak beralasan dalam hal ini mengatakan hal yang menurut pasien adalah pikiran-pikiran negatif yang sering mengganggu pasien.
- Sanggup melakukan *complain*
- Mengekspresikan penghargaan dengan tepat

b.Strategi antisipatif

1) Komunikasi

Strategi berkomunikasi dengan klien perilaku agresif, bersikap tenang, bicara lembut, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dan dengan cara konkrit, tunjukkan rasa hormat, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi, fasilitasi pembicaraan klien dan dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan dan jangan buat janji yang tidak bisa ditepati. Dari strategi komunikasi ini dapat dimodifikasi dengan menerapkan terapi kognitif untuk menurunkan pikiran negatif yang dimiliki oleh pasien.

2) Perubahan lingkungan

Unit perawatan sebaiknya menyediakan berbagai aktivitas seperti membaca, group program yang dapat mengurangi perilaku klien yang

tidak sesuai dan ini dapat dimodifikasi dengan melakukan terapi kognitif untuk meningkatkan adaptasi sosialnya.

3) Psikofarmakologi

Pemberian obat sesuai dengan kolaborasi dan mampu menjelaskan manfaat obat pada pasien dan keluarga.

4) Tindakan perilaku

Pada dasarnya membuat kontak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima serta konsekuensi yang didapat bila kontak dilanggar. Pada tindakan perilaku perawat sebagai terapis juga dapat menerapkan terapi kognitif sebagai alternatif tambahan dalam melakukan kontrak dengan pasien dengan upaya untuk mengurangi pikiran negatif yang ada pada pasien.

c. Strategi pengurangan

1) Manajemen krisis

2) Seclusion merupakan tindakan keperawatan yang terakhir dengan menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri dan dipisahkan dengan pasien lain.

3) Restraints adalah pengekangan fisik dengan menggunakan alat manual untuk membatasi gerakan fisik pasien menggunakan manset, seprei pengekang.

f. Pengkajian

Menurut fitria (2009) 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 juga menyalahkan dan menuntut. Sedangkan pada data obyektif klien menunjukkan tanda-tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dan suara keras.

2. Terapi Kognitif

a. Pengertian

Terapi kognitif adalah bagian dari terapi modalitas dalam keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Terapi kognitif lebih menitikberatkan pada fungsi kognisi pasien, dikatakan demikian dikarenakan dengan asumsi, bahwa klien masih memiliki potensi, kekuatan atau kemampuan secara kognitif, intelektual, daya pikir dan itelegensi, yang dapat membantu proses penyembuhan. Hanya selama ini terapi kognitif belum dimanfaatkan secara maksimal dalam proses keperawatan baik dilahan rumah sakit maupun komunitas. Terapi ini lebih mendasarkan pada potensi kognitif klien sebagai kekuatan untuk berubah, sedangkan perawat atau terapis hanyalah sebagai fasilitator yang membantu proses dalam membimbing pasien untuk kembali meluruskan pikiran yang semula tidak sesuai dengan realitas (Susana, sarka ade dkk. 2007). Menurut Kaplan (1997) terapi kognitif adalah terapi terstruktur jangka pendek yang menggunakan kerja sama aktif antara pasien dan ahli terapi untuk mencapai tujuan terapik. Terapi ini berorientasi pada masalah sekarang dan bagaimana pemecahannya. Terapi ini biasanya dilakukan atas dasar keinginan individu, walaupun metode kelompok juga dapat digunakan. Terapi kognitif telah digunakan pada pasien

dengan gangguan depresi (dengan atau tanpa gagasan untuk bunuh diri), terapi ini juga telah digunakan pada kondisi lain, seperti gangguan panic, gangguan obsesif kompulsif, dan gangguan kepribadian paranoid dan gangguan somatoform. Dan tidak menutup kemungkinan juga bahwa terapi ini dapat diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan untuk mengurangi pikiran-pikiran negatif yang biasanya membuat pasien kembali mengamuk (Cahyati, 2011).

Terapi kognitif merupakan suatu perawatan psikologis yang dirancang untuk melatih pasien mengidentifikasi dan mengoreksi pikiran-pikiran negatif, sehingga pikiran negatifnya dapat ditekan. Terapi kognitif akan lebih efektif dari obat anti depresan pada awal perawatan untuk depresi ringan sampai pada depresi berat. Selain itu terapi kognitif ini dapat digunakan bagi orang yang beresiko tinggi menderita gangguan kejiwaan (Morrison, 2004 dalam Cahyati, 2011).

b. Tujuan terapi kognitif

- 1) Langsung: memperbaiki (menghentikan, mengganti/mengubah) proses pikir.
- 2) Tidak langsung: mengurangi sampai dengan meninggalkan pikiran yang menyimpang, meningkatkan perilaku yang produktif dan meningkatkan kepuasan serta penerimaan diri. (Ade, 2007 dalam Cahyati, 2011).

c. Indikasi terapi kognitif

Sebelum kita melakukan terapi kognitif pada pasien sebaiknya kita dapat melakukan pengkajian tiga komponen utama yakni triad kognitif, distorsi kognitif, dan asumsi primer yang dimiliki oleh pasien.

1) Triad kognitif

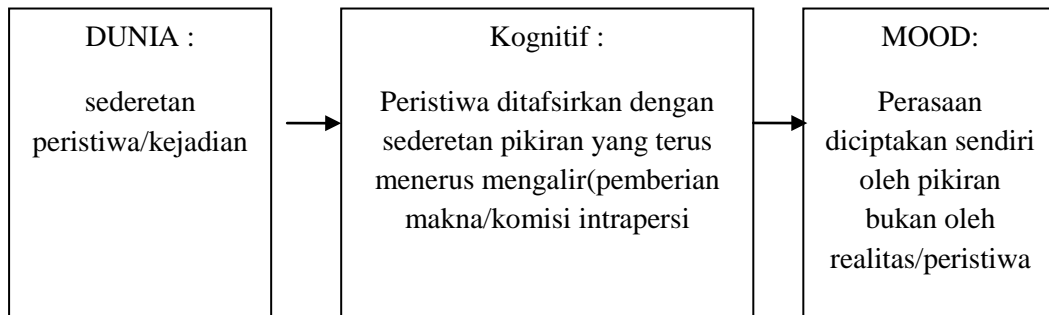
Depresi dapat dijelaskan sebagai aktivasi dari suatu set tiga pola kognitif, orang mengalami depresi ketika mereka mulai meninjau diri mereka sendiri secara negatif, dunia secara negatif dan masa depan secara negatif.

- a. Pandangan negatif mengenai diri sendiri “saya jelek, bodoh, gagal dll.
- b. Pandangan negatif mengenai dunia “ hal ini tidak boleh terjadi, hidup tidak adil, dll”
- c. Pandangan negatif mengenai masa depan “saya selalu merasa susah dan mendapatkan masalah ini.

2) Distorsi Kognitif

Pemikiran dari orang yang mengalami depresi sebenarnya mengalami distorsi dan berbeda ketimbang ketika mereka tidak mengalami depresi.

Menurut Ade, (2007) menjelaskan bahwa terapi kognitif dapat diberikan pada klien yang mengalami distorsi pikir/kognitif mengkritik diri sendiri, penurunan produktifitas, serta ketegangan peran. Kemudian ade mendeskripsikan perjalanan munculnya distorsi kognitif secara skematis sebagai berikut.



Gambar 2.3 Perjalanan distorsi

Para ahli terapi kognitif percaya bahwa respon maladaptif berasal dari distorsi (penyimpangan kognitif) dimana hal tersebut dapat berupa kesalahan logika, kesalahan mencari alasan atau pandangan diri yang tidak sesuai dengan realitas. Berbagai macam distorsi kognitif dibawah ini, tidak saja dimiliki oleh mereka yang mengalami gangguan jiwa yang tergolong berat (psikosis). Sekaligus ini merupakan indikasi dari terapi kognitif yang dapat diterapkan baik pada level *primary prevention*, *secondary prevention* bahkan untuk *level tertiary prevention*.

Kemudian ada beberapa pikiran atau isi pikir yang biasanya dimiliki oleh pasien. Macam macam distorsi kognitif yaitu

1) Pikiran “semua atau tidak sama sekali”

Siapa saja yang memiliki isi pikir kalau bukan dia lebih baik saya mati, kalau tidak dibelikan motor XX lebih baik saya tidak dianggap anak dan berbagai ragam teknis pikiran yang ada di benak individu yang termasuk kedalam distorsi kognitif.

Sedangkan ada yang berpandangan bahwa isi pikir demikian adalah sebagai buah pikir dari proses pikir yang perlu diperbaiki (Ade, 2004 dalam Cahyati 2011).

- 2) Over generalization Seseorang memandang suatu peristiwa negative sebagai suatu pola kekalahan tanpa akhir (Prawitasari, 2002 dalam Cahyati, 2011).
- 3) Filter mental pola kognitif yang distorsi dengan bentuk, pada diri seseorang menemukan hal yang kecil negative, tetapi hal itu cukup untuk menutupi realitas yang ada sehingga semuanya menjadi gelap (Ade, 2004 dalam Cahyati 2011).
- 4) Mendiskualifikasi yang positif, seseorang menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu buka apa-apa. Dengan cara ini anda dapat memepertahankan suatu keyakinan negatif yang bertentangan dengan pengalaman sehari-hari.
- 5) Loncatan kesimpulan: membuat sebuah penafsiran negatif walaupun tidak ada fakta yang jelas mendukung kesimpulan penafsiran tersebut. Definisi ini mencakup dua distorsi kognitif :
 - a) Membaca pikiran dengan sewenang-wenang menyimpulkan bahwa seseorang sedang beraksi negatif terhadap diri sendiri, dan tidak ada usaha untuk mengecek kesimpulan.
 - b) Kesalahan peramal : mengharapkan segala sesuatu akan berubah menjadi sangat buruk, dan merasa yakin bahwa ramalan yang dibuat sudah merupakan fakta yang pasti.

- 6) Pembesaran atau pengecilan : melebih-lebihkan pentingnya suatu hal (misalnya, kesalahan diri sendiri atau kesuksesan orang lain) atau dengan tidak tepat mengerutkan segala sesuatu sehingga menjadi sangat kecil (sifat diri sendiri yang sangat baik atau cacat orang lain) ini disebut permainan teropong (Prawitasari, 2002).
- 7) Penalaran emosional : menganggap bahwa munculnya perasaan-perasaan tertentu yang negatif adalah cermin bagaimana realita akan menjadi nyata (Ade,2007)
- 8) Pernyataan harus : seseorang mencoba menggerakkan diri sendiri dengan “harus” atau “seharusnya tidak” seolah-olah harus dicambuk atau dihukum sebelum dapat diharapkan melakukan apapun. Perkataan “mestinya” juga menyerang diri sendiri. Konsekuensi emosionalnya adalah rasa bersalah. Bila mengatakan “harus” kepada orang lain, maka dalam dirinya akan merasa marah, frustrasi dan kejengkelan (Prawittasari, 2002).
- 9) Memberi cap atau salah memberi cap : suatu bentuk ekstrim dari over generalization. Yang dilakukan seseorang bukannya menguraikan kesalahan tetapi justru memberi cap yang negatif perasaan diri sendiri. Saya memang orang yang sial,” jika orang lain menyinggung perasaannya, maka akan menempelkan seluruh cap negative kepadanya.
- 10) Personalisasi: memandang diri sendiri sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif, yang dalam kenyataan sebenarnya bukanlah anda yang pertama-tama bertanggung jawab terhadap hal tersebut (Stuart and Laria, 2005)

3) Asumsi primer

Setiap orang mempunyai satu set kepercayaan atau aturan mengenai bagaimana ia harus berperilaku yang dikembangkan dari latar belakang agama, social, budaya, keluarga dan hukum dimana seseorang dibesarkan

d. Langkah-langkah terapi kognitif

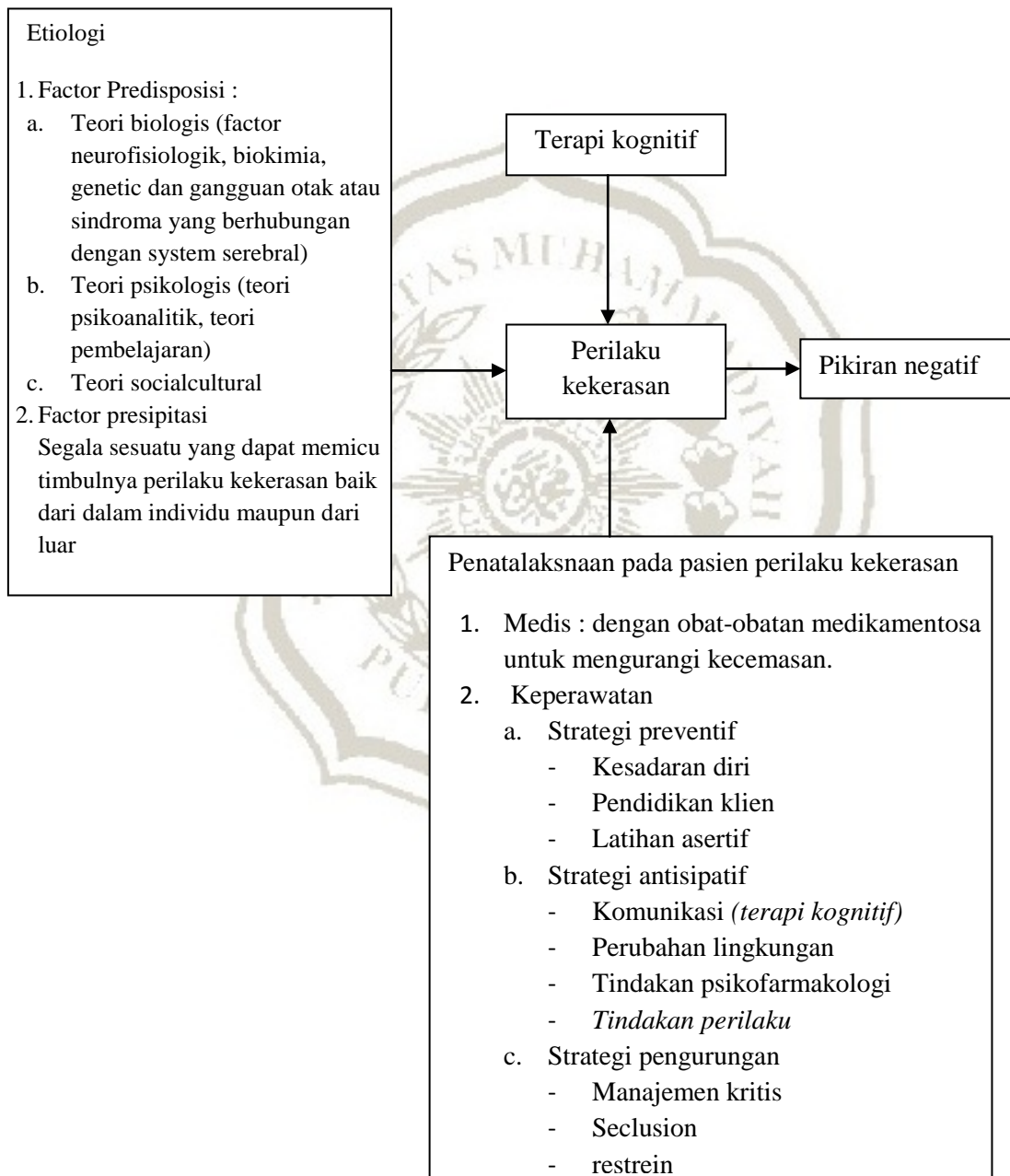
- 1) Sesi pertama : identifikasi pikiran otomatis, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran negatif, berdiskusi untuk pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran negatif pertama dan membuat catatan harian.
- 2) Sesi kedua : penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi 1 (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif), mendiskusikan cara dan hasil kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti sesi 1.
- 3) Sesi ketiga : menangkap tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua dirumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti teraapi).

- 4) Sesi keempat : *support system* yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.



B. Kerangka Teori

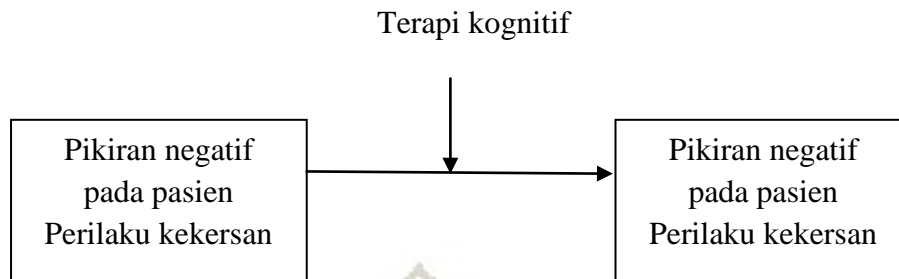
Berdasarkan landasan landasan teori yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya maka dapat dibuat kerangka teori seperti pada gambar 2.4.



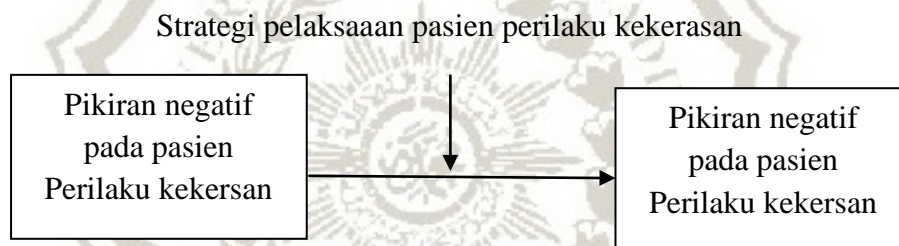
Gambar 2.4 Kerangka teori modifikasi Townsend (1996), Fitria (2009), Kusumawati (2011).

C. Kerangka Konsep

Kelompok intervensi



Kelompok Kontrol



Gambar 2.5 Kerangka konsep

D. Hipotesis

Hipotesis penelitian yang diajukan adalah :

Ha : Ada pengaruh pemberian terapi kognitif terhadap penurunan pikiran negatif pada pasien perilaku kekerasan.

Ho : Tidak ada pengaruh pemberian terapi kognitif terhadap penurunan pikiran negatif pada pasien perilaku kekerasan.