

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan atau panik. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah. hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku menjadi agresif atau melukai karna penggunaan coping yang kurang bagus. (Kusumawati dan Hartono, 2010).

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan bentuk perilaku kekerasan yang bertujuan untuk memulukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tetapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan – perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Dermawan dan Rusadi, 2013).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respons inidapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan pasien

perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang professional (Keliat, 2007).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Fitria, 2010)

2. Definisi marah

Marah adalah suatu emosi yang memiliki cirri – cirri aktifitas simpatetik yang tinggi dan adanya perasaan tidak suka yang sangat kuat yang disebabkan adanya kesalahan yang mungkin nyata atau mungkin pula tidak.(suharman, 1995).

Marah adalah suatu reaksi emosional akut yang timbulkan oleh sejumlah situasi yang merangsang termasuk ancaman, dan kekecewaan (Chaplin, 2009).

Menurut safari (2009), marah merupakan suatu yang bersifat sosial dan biasanya terjadi jika mendapat perlakuan tidak adil atau tidak menyenangkan dalam interaksi sosial.

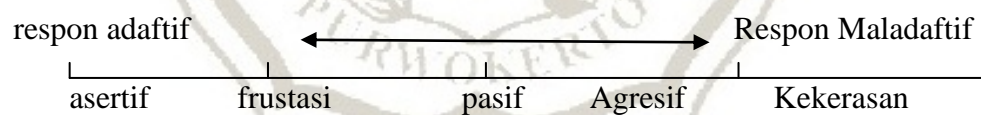
3. Tanda Dan Gejala

Tanda gejala resiko perilaku kekerasan Menurut Fitria (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Fisik: mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang menutup, wajah memerah dan tegangan, serta postur tubuh kaku.
- b. Verbal: mengancam, mengumpat dengan kata – kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, dan ketus.

- c. Perilaku: menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif.
- d. Emosi: tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.
- e. Intelektual: mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata – kata bernada sarkasme.
- f. Spiritual: merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keraguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.
- g. Perhatian: bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

4. Rentang Respon



rentang respon perilaku kekerasan (Fitria,2010)

keterangan:

- 1) Asertif: Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan
- 2) Frustrasi: individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.
- 3) Pasif: individu tidak dapat mengungkapkan perasaanya

- 4) Agresif: perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
- 5) Kekerasaan: perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serata hilangnya control.

5. Penyebab

a. Faktor predisposisi

1) Teori biologik

Berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, diantaranya sebagai berikut:

a) Faktor Biologis

Neurologi faktor, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Sistem limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

b) Pengaruh biokimia

Menurut fitria (2010), menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (efinefrin, norepinefrin, dopamine, asetilkolin, dan serotonin) sanagt berperan dalam memfasilitasi dan menghambat implusnagresif. Peningkatan hormone androgen dan norepinefrin serta penurunan serotin dan GBA (6 dan 7) pada

cairan serobospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.

c) Pengaruh genetik

Menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitanya dengan genetic termasuk genetic tipe kariotipe XXY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara perilaku tindakan kriminal (narapidana)

d) Gangguan otak

Sindrom otak organic berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), truma otak, penyakit ensefalitis, epilepsy, (epilepsi lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindakan kekerasan.

2) Teori psikologik

a) Teori psikoanalitik

Teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresif dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindakan kekerasan merupakan pengungkapan secara

terbuka terhadap rasa ketidak berdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindakan kekerasan.

b) Teori pembelajaran

Perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak – anak anpa faktor predisposisi biologik.

c) Teori sosiokultural

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

b. Faktor prestipasi

Faktor prestipasi dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal:

- 1) Internal adalah semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilangnya kontrol. Dan lain – lain.
- 2) Eksternal adalah penganiyaan fisik, kehilangan orang yang di cinta, krisis, dan lain – lain.

Menurut Fitria (2010) hal – hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiyaan anatara lain sebagai berikut:

- 1) Kesulitan kondisi sosial ekonomi.
- 2) Kesulitan dalam mengomunikasikan sesuatu.
- 3) Ketidak siapan ibu dalam merawat anaknya dan ketidak mampunya dalam menempatkan diri sebagai orang dewasa.
- 4) Pealaku mungkin mempunyai riwayat antisocial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- 5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan thap keluarga.

c. Faktor koping

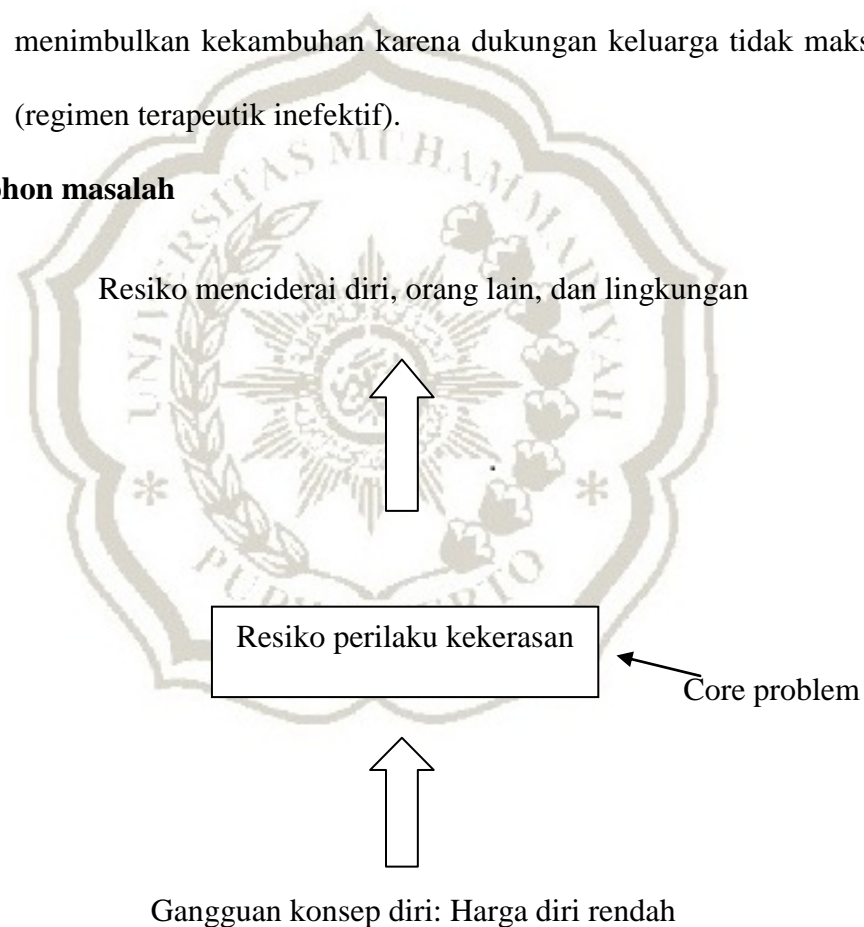
Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, sublimasi, proyeksi, represif, denial, dan reaksi formasi.

Perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi berduka yang berkepanjangan dari seorang karena ditinggal oleh orang yang dianggap sangat berpengaruh dalam hidupnya. Bila kondisi tersebut tidak teratasi, maka dapat menyebabkan seorang rendah diri (harga diri rendah), sehingga sulit untuk bergaul dengan orang lain. Bila ketidakmampuan bergaul dengan orang lain ini tidak diatasi akan muncul halusinasi berupa suara – suara atau bayangan yang meminta klien untuk melakukan tindakan kekerasan, hal tersebut dapat

berdampak pada keselamatan dirinya dan orang lain (resiko tinggi mencederai diri, orang lain, dan lingkungan).

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

6. Pohon masalah



Pohon masalah perilaku kekerasan

(Sumber: Fitria, 2012)

B. Asuhan keperawatan

Menurut kusuwati (2010), pengkajian asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan:

1. Pengkajian

Faktor predisposisi dan presitipitasi, serta kondisi klien sekarang. Kaji riwayat keluarga dan masalah yang dihadapi klien.

2. Tanda dan gejala

Jelaskan tanda dan gejala klien pada tahap marah:

Diagnosa	Data yang perlu dikaji
Perilaku kekerasan	Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengancam. • Klien mengumpat dengan kata – kata kotor. • Klien mengatakan dendam dan jengkel. • Klien mengatakan ingin berkelahi. • Klien menyalahkan dan menuntut. • Klien meremehkan

	<p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata melotot/pandangan tajam. • Tangan mengepal. • Rahang mekatup. • Wajah memerah dan tegang, • Postur tubuh kaku. • Suara keras. • agresif
--	---

3. Diagnosis keperawatan

- a) Resiko mencedrai diri, orang lain, dan lingkungan b. d. perilaku kekerasan.
- b) Perilaku kekerasan b. d. harga diri rendah.
- c) Perubahan sensori dan persepsi, halusinasi b. d. isolasi sosial.
- d) Isolasi sosial b. d. koping inividu inefektif.

4. Intervensi

- a) TUK 1: Bina hubungan saling percaya (BHSP).
- b) TUK 2: Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik.
- c) TUK 3: Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.

- d) TUK 4: Melatih klien mengontrol perilaku dengan cara spiritual.
- e) TUK 5: Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.

5. Evaluasi

Menurut Kusumawati (2010), Evaluasi dilakukan untuk mengukur tujuan dan kriteria yang sudah dicapai dan yang belum sehingga dapat menentukan intervensi lebih lanjut. Bentuk evaluasi yang positif adalah sebagai berikut:

- a) Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan.
- b) Bagaimana keadaan klien saat marah dan benci pada orang tersebut.
- c) Sudahkah klien menyadari akibat secara diri dari marah dan pengaruhnya pada orang lain.
- d) Buatlah komentar yang kritis.
- e) Apakah klien sudah mampu mengekspresikan sesuatu yang berbeda.
- f) Klien mampu menggunakan aktivitas secara fisik untuk mengurangi perasaan marahnya.
- g) Konsep diri klien berpikir sudah meningkat.
- h) Kemandirian berpikir dan aktivitas meningkat.

C. Penerapan Teknik Penyaluran Energi

1. Definisi

Penyaluran energi merupakan teknik untuk menyalurkan energy secara konstruktif dimana memungkinkan penembangan pol –pola penyaluran energi seperti katarsis, peluapan marah dan rasa batin secara konstruktif dengan tanpa menimbulkan kerugian pada diri sendiri maupun lingkungan. Yang bertujuan untuk menyalurkan energi destruktif ke konstruktif, mengekspresikan perasaan, meningkatkan hubungan interpersonal (Keliat, 2004).

2. Jenis penyaluran energi

- a. Pukul kasur atau bantal.
- b. Senam.
- c. Melakukan aktivitas.
- d. Olahraga

3. Tujuan

Menurut Keliat (2004) tujuan penyaluran energi sebagai berikut:

- a. Untuk mengontrol marah klien.
- b. Untuk melampiaskan rasa kesal dan marahnya.
- c. Untuk menyalurkan energy destruktif ke konstruktif.
- d. mengekspresikan perasaan.
- e. meningkatkan hubungan interpersonal.

4. Manfaat

- a. Klien mampu mengeluarkan energinya untuk melakukan kegiatan positif
- b. Klien mampu menyalurkan dan menyeimbangkan dengan melakukan kegiatan positif.
- c. Klien mampu untuk melampiaskan amarahnya tanpa melukai diri sendiri dan orang lain

5. Prosedur tindakan

Menurut Fitri (2012) prosedur tindakan untuk menyalurkan energi adalah sebagai berikut:

- a. Strategi pelaksanaan (SP1) : Bina hubungan saling percaya (BHSP).
- b. Strategi pelaksanaan (SP2): Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik.
- c. Strategi pelaksanaan (SP3): Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- d. Strategi pelaksanaan (SP4): Melatih klien mengontrol perilaku dengan cara spiritual.
- e. Strategi pelaksanaan (SP5): Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.