BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

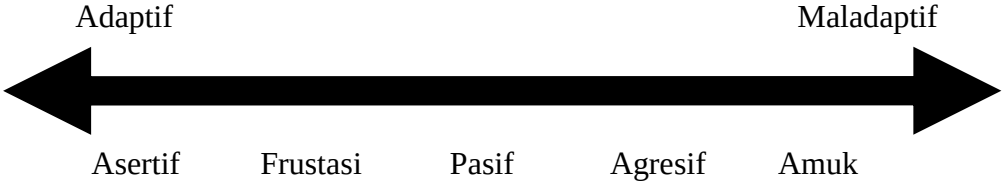
2.1 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.1.1. Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. (Keliat, Ana Budi. Dkk, 2009). Perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa (Skizofrenia). Pada perilaku kekerasan ditandai dengan melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, seperti mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Selain itu dalam psikologis, seseorang yang mengalami gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan dapat diketahui dengan emosi yang tinggi, marah dan mudah tersinggung pada orang lain. Pada spiritual dirinya merasa sangat berkuasa dan tidak mempunyai moral (Keliat,2010).Perilaku kekerasan merupakan suau bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Budi Ana Keliat, 2009).

2. 1.2 Rentang Respon

Menurut Iyus Yosep, 2009 bahwa respons kemarahan berfluktuasi dalam rentang adaptif maladaptif.



Gambar 2.1 Skema Rentang Respon Kemarahan

- Perilaku asertif yaitu mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau meyakiti orang lain, hal ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu
- Frustasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan karena yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan.
- Pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sekarang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu tuntunan nyata.
- Agresif merupakan hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan / panik. Agresif memperlihatkan permusuhan, keras dan mengamuk, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai. Umumnya klien dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
- Kekerasan sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk. Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman, melukai pada tingkat ringan sampai pada yang paling berat. Klien tidak mampu mengendalikan diri.

2.1.3. Penyebab (Predisposisi dan Presipitasi)

A. Faktor Predisposisi

a. Psikologis

Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan,contohnya : pada masa anak-anak yang mendapat perilaku kekerasan cenderung saat dewasa menjadi pelaku perilaku kekerasan

b. Perilaku

Kekerasan didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka kekerasan yang diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar

c. Sosial Budaya

Budaya yang pasif – agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar

d. Bioneurologis

Beberapa berpendapat bahwa kerusaka pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

B. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan (Yosep, 2009):

a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.

b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.

c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melalukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.

d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.

e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan 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.

2.1.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Yoseph (2009) mengemukakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Fisik
   a. Muka merah dan tegang
   b. Mata melotot/ pandangan tajam
   c. Tangan mengepal
   d. Rahang mengatup
   e. Postur tubuh kaku
   f. Jalan mondar-mandir
2. Verbal
   a. Bicara kasar
   b. Suara tinggi, membentak atau berteriak
   c. Mengancam secara verbal atau fisik
   d. Mengumpat dengan kata-kata kotor
   e. Suara keras
   f. Ketus
3. Perilaku
   a. Melempar atau memukul benda/ orang lain

b. Menyerang orang lain

c. Merusak lingkungan

d. Amuk/ agresif

4. Emosi

a. Tidak adekuat

b. Tidak aman dan nyaman

c. Rasa terganggu

d. Dendam dan jengkel

e. Tidak berdaya

f. Bermusuhan

g. Mengamuk

h. Ingin berkelahi

i. Menyalahkan dan menuntut

5. Intelektual

a. Mendominasi

b. Cerewet

c. Kasar

d. Berdebat

e. Meremehkan

f. Sarkasme

6. Spiritual

a. Merasa diri berkuasa dan benar

b. Mengkritik pendapat orang lain

c. Tidak perduli dan kasar

7. Sosial
    a. Menarik diri
    b. Pengasingan
    c. Penolakan
    d. Kekerasan
    e. Ejekan
    f. Sindiran
8. Perhatian
    a. Bolos
    b. Mencuri
    c. Melarikan diri
    d. Penyimpangan seksual

2.1.5. Proses Terjadinya

Banyak hal yang dapat menimbulkan stress, marah, cemas, dan HDR pada individu. Agresif dapat menimbulkan kecemasan sehingga dapat menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan. Kecemasan dapat diungkapkan melalui 3 cara:

1. Mengungkapkan marah secara verbal
2. Menekan/ mengingkari rasa marah
3. Menentang perasaan marah

Dengan cara tersebut akan menimbulkan perasaan bermusuhan. Bila cara ini berlangsung terus menerus maka dapat terjadi penyerangan dengan kekerasan disertai tindakan melempar yang menimbulkan perasaan marah tersebut.

Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal berupa perilaku dekruktif maupun agresif . Sedangkan secara internal dapat berupa perilaku yang merusak diri.

Mengekspresikan marah dapat dengan perilaku destruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan direspon tanpa menyakiti orang lain, serta memberikan perasaan lega.

2.1.6 Akibat Terjadinya Perilaku Kekerasan

Akibat dari resiko perilaku kekerasan yaitu adanya kemungkinan mencederai diri, orang lain dan merusak lingkungan adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami perilaku yang dapat membahayakan secara fisik baik pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Kondisi ini biasanya akibat ketidakmampuan mengendalikan amarah secara konstruktif (Yoseph, 2009).

2.1.7 Mekanisme koping Perilaku Kekerasan

Mekanisme koping yang biasa digunakan menurut (Fitria, 2009) adalah :

1. Sublimasi, yaitu melampiaskan masalah pada objek lain.
2. Proyeksi, Yaitu menyatakan orang lain mengenal kesukaan/ keinginan tidak baik.
3. Represif, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan melebihi sikap perilaku yang berlawanan.
4. Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan melebihi sikap/ perilaku yang berlawanan.

5. Displacement, yaitu melepaskan perasaan tertekan dengan bermusuhan pada objek yang berbahaya.

2.2 Konsep Skoring RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptatif)

2.2.1 Pengertian RUFA(Respon Umum Fungsi Adaptatif)

RUFA / (Respons Umum Fungsi Adaptatif) / GARF (General Adaptative Funtion Response) yang merupakan modifikasi dari skor GARF karena keperawatan menggunakan pendekatan respons manusia dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan fungsi respon manusia dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan fungsi respons yang adaptif. Dari diagnosa skor RUFA dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien.

2.2.2 Klasifikasi Skoring RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptatif) Berdasarkan Kasus

1. **RUFA PERILAKU KEKERASAN**

Tabel 2.1 Klasikasi Skor RUFA Perilaku Kekerasan

Domain	Intensif I 1 – 10	Intensif II 11 – 20	Intensif III 21 – 30
Pikiran	Orang lain / makhluk lain mengancam	Orang lain / makhluk lain mengancam	Orang lain / makhluk lain mengancam
Perasaan	Marah dan jengkel terus-menerus	Marah dan jengkel (seringkali)	Kadang marah dan jengkel, sering tenang
Tindakan	Terus-menerus mengancam orang lain (verbal) Terus-menerus berusaha	Hanya mengancam secara verbal Tidak ada tindakan kekerasan fisik Komunikasi kacau	Kadang-kadang masing mengancam secara verbal. Komunikasi cukup koheren

	mencederai orang lain (fisik) Komunikasi sangat kacau		

TINDAKAN PERAWATAN		
INTENSIF I	INTENSIF II	INTENSIF III
a. Kendalikan secara verbal b. Pengikatan atau isolasi c. Kolaborasi pemberian psikofarmaka : Parenteral anti ansietas	a. Dengarkan keluhan pasien tanpa menghakimi b. Latih cara fisik mengendalikan marah : nafas dalam c. Kolaborasi pemberian psikofarmaka : antipsikotik oral	a. Dengarkan keluhan pasien b. Latih cara mengendalikan marah dengan cara verbal, spiritual c. Kolaborasi pemberian psikofarmaka : oral, anti psikotik

2. RUFA WAHAM

Tabel 2.2 Klasifikasi Skor RUFA Waham

Domain	**Intensif I** **1 – 10**	**Intensif II** **11 – 20**	**Intensif III** **21 – 30**
Pikiran	Terus menerus terfiksasi dengan wahamnya	Pikiran didominasi oleh isi waham, kadang masih memiliki pikiran yang rasional	Pikiran kadang-kadang dikendalikan wahamnya
Perasaan	Sangat dipengaruhi oleh wahamnya	Lebih dipengaruhi wahamnya	Kadang masih dipengaruhi wahamnya
Tindakan	Komunikasi sangat kacau, selalu	Komunikasi masih kacau.	Komunikasi sering terganggu waham

	dipengaruhi oleh waham. Mungkin mengancam orang lain Mencederai orang lain	Tidak mencederai orang lain	

TINDAKAN PERAWATAN		
INTENSIF I	INTENSIF II	INTENSIF III
a. Dengarkan ungkapan klien walaupun terkait wahamnya tanpa membantah atau mendukungnya b. Berkomunikasi sesuai dengan kondisi obyektif c. Kolaborasi psikofarmaka : anti psiko parenteral, anti ansietas	a. Dengarkan keluhan pasien tanpa menghakimi b. Berkomunikasi sesuai dengan kondisi obyektif c. Kolaborasi pemberian psikofarmaka : antipsikotik oral	a. Dengarkan keluhan pasien b. Bantu identifikasi stimulus waham dan usahakan menghindari stimulus tersebut c. Kolaborasi pertahankan pemberian psikofarmaka : oral, anti psikotik

3. RUFA RISIKO BUNUH DIRI

Tabel 2.3 Klasifikasi Skor RUFA Bunuh Diri

(Skor: 1-10 Skala RUFA)	(Skor: 11-20 Skala RUFA	(Skor: 21-30 Skala RUFA
Percobaan Bunuh Diri ✶ Aktif mencoba bunuh diri dengan cara: ▪ gantung diri ▪ minum racun ▪ memotong	**Ancaman Bunuh Diri** ✶ Aktif memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai dengan percobaan bunuh diri ✶ Mengatakan ingin bunuh diri namun	**Isyarat Bunuh Diri** ✶ Mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri

urat nadi ▪ menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi ✶ Mengalami depresi ✶ Mempunyai rencana bunuh diri yang spesifik ✶ Menyiapkan alat untuk bunuh diri (pistol, pisau, silet, dll)	tanpa rencana yang spesifik ✶ Menarik diri dari pergaulan sosial	✶ Mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah / sedih / marah / putus asa / tidak berdaya ✶ Mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah ✶ Mengatakan: "Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!" atau "Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya."

TINDAKAN PERAWATAN		
INTENSIF I	INTENSIF II	INTENSIF III
a. Tempatkan di tempat yang mudah diawasi b. Awasi kondisi pasien dengan ketat c. Observasi variative d. Berikan psikofarmaka e. Kolaborasi untuk dipertimbangkan ECT	a. Dengarkan keluhan pasien tanpa menghakimi b. Buat kontrak keamanan c. Tingkatkan harga diri pasien d. Kerahkan dukungan sosial e. Awasi dengan ketat f. Kolaborasi pemberian psikofarmaka : anti depresan oral	a. Dengarkan keluhan pasien b. Latih cara mengendalikan dorongan bunuh diri c. Awasi dengan ketat d. Kolaborasi, pertahankan pemberian psikofarmaka : anti depresan

4. RUFA HALUSINASI

Tabel 2.4 Klasifikasi Skor RUFA Halusinasi

Domain	Intensif I 1 – 10	Intensif II 11 – 20	Intensif III 21 – 30
Penilaian realitas	• Penilaian realitas terganggu, pasien tidak bisa membedakan yang nyata dan yang tidak nyata. • Halusinasi dianggap nyata	• Mulai dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata. • Kadang-kadang mengalami gangguan pikiran	• Pasien sudah mengenal halusinasinya • Berfikir logis • Persepsi adekuat
Perasaan	• Panik	• Cemas berat • Reaksi emosinal berlebihan atau berkurang, mudah tersinggung	• Cemas sedang • Emosi sesuai dengan kenyataan
Prilaku	• Pasien kehilangan control diri, melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan akibat mengikuti isi halusinasinya • PK secara verbal • Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk,agitasi,mem ukul atau melukai orang secara fisik, serta pengerusakan secara lingkungan • Gejala di atas ditemukan secara terus-menerus pada pasien	• PK secara verbal • Bicara, senyum dan tertawa sendiri • Mengatakan mendengar suara, melihat, mengecap, mencium dan atau merasa sesuatu yang tidak nyata. • Sikap curiga dan permusuhan • Frekwensi munculnya halusinasi sering	• Prilaku sesuai • Ekspresi tenang • Frekwensi munculnya halusinasi jarang

TINDAKAN PERAWATAN		
INTENSIF I	INTENSIF II	INTENSIF III
a. Dengarkan ungkapan klien tanpa membantah atau mendukungnya b. Yakinkan pasien dalam kondisi aman c. Kolaborasi psikofarmaka : anti psikotik	a. Dengarkan keluhan pasien b. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik c. Kolaborasi pemberian psikofarmaka : antipsikotik oral	a. Dengarkan keluhan pasien b. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktifitas terjadwal c. Kolaborasi pertahankan pemberian psikofarmaka : oral, anti psikotik

5. RUFA OVERDOSIS OPIOID

Tabel 2.5 Klasifikasi Skor RUFA Overdosis Opioid

Domain	**Intensif I** **1 – 10**	**Intensif II** **11 – 20**	**Intensif III** **21 – 30**
Tingkat kesadaran	Koma	Somnolen	Compos mentis
Komunikasi	Tidak ada	Non verbal dan bicara kacau	Koheren baik verbal maupun non verbal serta gelisah
TTV	Respirasi hipoventilasi kurang dari 12 kali permenit, Heart rate bradikardi, hipotermi, hipotensi	Respirasi normal, heart rate bradikardi, suhu badan fluktuatif, hipotensi	Respirasi normal, takikardia, suhu tubuh fluktuatif,tekanan darah meningkat dari normal

Respon fisik	Pupil miosis (pinpoint pupil), bibir dan tubuh membiru	Pupil dilatasi	Pupil dilatasi, gooseflesh, yawning, lakrimasi, berkeringat, rhinore, emosi labil, nyeri abdomen, diare, mual dan atau muntah dan tremor

TINDAKAN PERAWATAN		
INTENSIF I	INTENSIF II	INTENSIF III
a. Bina hubungan saling percaya b. Dengarkan keluhan pasien c. Jelaskan mekanisme terjadinya nyeri hebat d. Ajarkan Teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri e. Psikofarmaka : Kolaborasi	a. Diskusikan obat untuk mengatasi gangguan nutrisi b. Mendiskusikan cara mengatasi gejala fisik yang masih muncul	a. Mendiskusikan mekanisme terjadinya reaksi putus zat b. Mendiskusikan rencana rehabilitasi yang akan dijalani oleh pasien

6. RUFA PUTUS ZAT GOLONGAN OPIOID

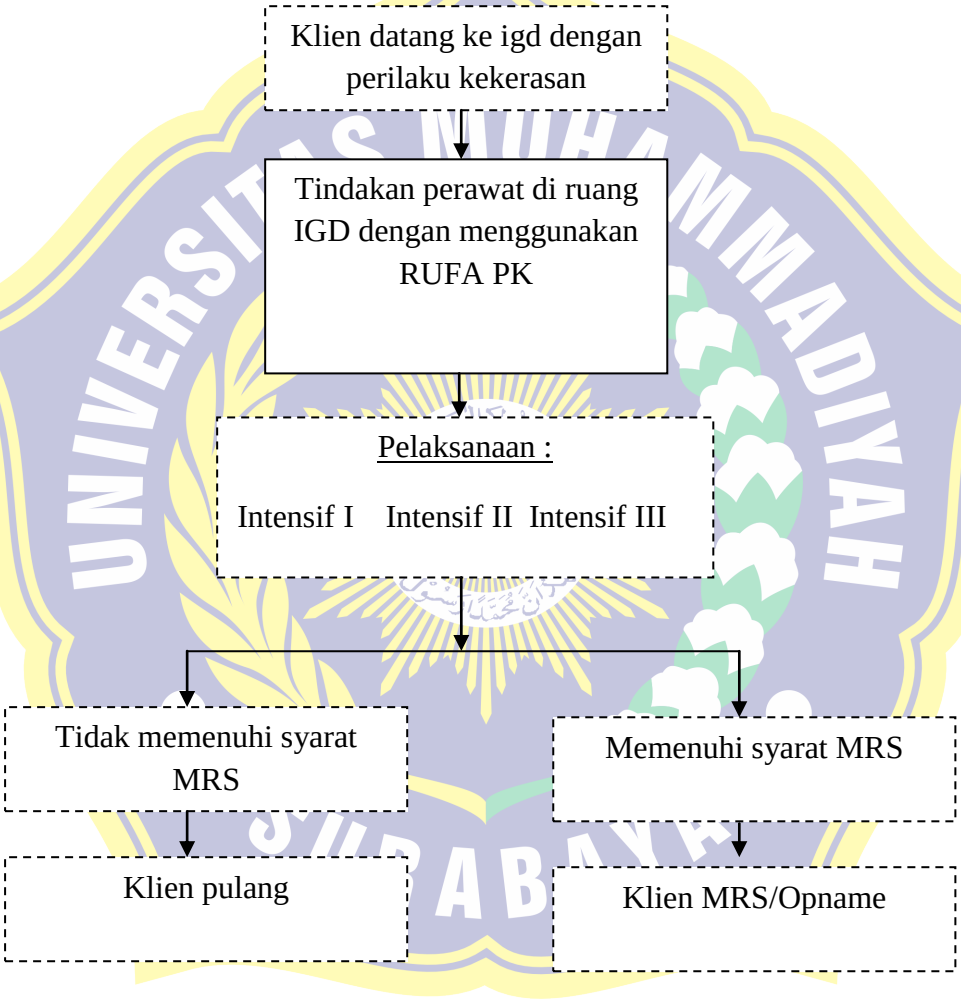
Tabel 2.6 Klasifikasi Skor RUFA Zat Golongan Opioid

Domain	**Intensif I** **1 – 10**	**Intensif II** **11 – 20**	**Intensif III** **21 – 30**
Mual dan muntah	Mual menetap	Mual ringan tanpa	Tidak mual dan

	kadang muntah	muntah	tidak muntah atau mual yang hilang timbul
Berdirinya bulu-bulu badan / merinding / goose flesh	Goose flesh jelas pada tubuh dan tangan	Goose flesh jelas dan dapat diraba	Kadang-kadang Goose flesh jelas pada tubuh dan tangan
TTV	Respirasi hipoventilasi kurang dari 12 kali permenit, Heart rate bradikardi, hipotermi, hipotensi	Respirasi normal, heart rate bradikardi, suhu badan fluktuatif, hipotensi	Respirasi normal, takikardia, suhu tubuh fluktuatif,tekanan darah meningkat dari normal
Respon fisik	Pupil miosis (pinpoint pupil), bibir dan tubuh membiru	Pupil dilatasi	Pupil dilatasi, gooseflesh, yawning, lakrimasi, berkeringat, rhinore, emosi labil, nyeri abdomen, diare,

			mual dan atau muntah dan tremor

2.2.3 Kerangka Berpikir



Gambar 2.1 Kerangka Berpikir Studi Kasus Gambaran Tindakan Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan Di IGD RS Jiwa Menur.

Keterangan :

: Yang diteliti

: Tidak diteliti