

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Skizofrenia**

###### a. Pengertian skizofrenia

*Skizofrenia* adalah penyakit jiwa yang utama yang ditandai dengan gejala positif dan negatif serta gangguan kognitif. Permulaan dan jalannya *skizofrenia* diatur oleh interaksi faktor biologis, kerentanan, dan pengaruh psikososial (Lin Et al. 2008). *Skizofrenia* berawal dari ketidakseimbangan, mekanisme koping dan pengaruh psikososial. Ada bukti bahwa pasien *skizofrenia* yang mengalami gangguan lebih parah disebabkan tekanan psikososial misal sering menjalani kehidupan sosial yang penuh tekanan dengan dukungan sosial yang terbatas dan lingkungan keluarga yang kritis (Lin et al. 2008). Perubahan perilaku merupakan salah satu gejala yang dijumpai pada *skizofrenia*. Perubahan

perilaku kekerasan yang terjadi pada *skizofrenia* yaitu perubahan kognitif, perubahan fisiologis, perubahan emosional, perubahan perilaku dan perubahan sosial.

b. Jenis-jenis *skizofrenia*

Kraepelin (dalam Maramis, 2009) menggolongkan *skizofrenia* menjadi beberapa jenis. Pasien dibagi ke dalam golongannya sesuai dengan gejala utama yang ada pada pasien tersebut. Batasan penggolongan *skizofrenia* bisa tidak jelas/akurat, karena sintom-sintom yang dapat berubah atau penderita *skizofrenia* tersebut tidak dapat digolongkan ke dalam salah satu jenis.

Jenis-jenis *skizofrenia* adalah sebagai berikut:

1) *Skizofrenia* paranoid/curiga

*Skizofrenia* paranoid mulai menampilkan gejalanya pada umur 30 tahun. Pada mulanya bisa subakut, tetapi mungkin juga bisa akut. Pada pasien *skizofrenia* paranoid gejala yang muncul biasanya mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak

dan tidak percaya pada orang lain. Kepribadian pasien sebelum sakit digolongkan ke kepribadian schizoid

## 2) *Skizofrenia* hebefrenik

Jenis *skizofrenia* hebefrenik ini sering timbul pada masa remaja atau umur antara 15-25 tahun. Gejala muncul bisa perlahan-lahan atau sub akut, gejala yang sering muncul pada penderita ini adalah adanya gangguan pada proses pikir, gangguan pada kemauan dan adanya gangguan depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanakanakan, waham dan halusinasi sering muncul pada *skizofrenia* hebefrenik.

## 3) *Skizofrenia* katatonik

Jenis *skizofrenia* katatonik timbul pertama kali pada usia 15 sampai 30 tahun, munculnya biasanya cepat dan didahului oleh adanya tekanan emosional. Juga bisa muncul gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

Gejala *skizofrenia* katatonik yang esensial yaitu gejala psikomotor yaitu:

- a) Mutisme gejala yang muncul kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari bahkan bisa sampai beberapa bulan.
  - b) Penderita bila diganti posisi yang lain akan menentang.
  - c) Penderita menolak makanan, air ludah terkumpul didalam mulut karena tidak dituang sehingga mengakibatkan air liur meleleh keluar, menahan BAB dan BAK.
  - d) Penderita mengalami katalepsi dan grimas.
- 4) *Skizofrenia simplex*

Jenis *skizofrenia simplex* ini biasanya muncul pertama kali pada masa pubertas. Sintom yang sering muncul pada jenis ini adalah kedangkalan emosi dan terjadi kemunduran kemauan. Jenis *skizofrenia*

simplex sukar ditemukan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi pada pasien ini jarang sekali ditemukan.

#### 5) *Skizofrenia* residual

Jenis *skizofrenia* residual ini timbulnya perlahan-lahan dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala yang menonjol menuju ke gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif meliputi kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, afek yang menumpuk, tidak ada inisiatif dan pasif, pembicaraan miskin, penurunan ekspresi *non verbal*, perawatan diri yang buruk dan buruknya fungsi sosial.

#### c. Faktor *skizofrenia*

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi angka kejadian *skizofrenia* adalah faktor keturunan, stiesor psikosial, tingkat pendidikan dan status pekerjaan (Hawari, 2014). Faktor pertama adalah faktor keturunan, bahwa semakin dekat relasi seseorang dengan pasien

*skizofrenia* akan semakin besar pula risiko seseorang tersebut menderita penyakit *skizofrenia*. Faktor kedua adalah stresor psikososial yaitu setiap kondisi dan situasi yang dapat menimbulkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga memaksa seseorang untuk melakukan penyesuaian diri/adaptasi yang bermanfaat untuk menanggulangi tekanan mental (stesor). Yang dapat digolongkan kedalam stresor psikososial yaitu masalah perkawinan, masalah hubungan interpersonal, faktor keluarga dan faktor psikososial lain (penyakit fisik, korban kecelakaan atau bencana alam, masalah hukum, perkosaan dan lai-lain) (Hawari, 2014). Faktor ketiga adalah tingkat pendidikan menurut hipotesis sosiogenik yang menyatakan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan yang rendah, semakin tinggi seseorang mendapatkan stres yang dapat menjadi faktor terjadinya *skizofrenia* (Sue, dkk, 2014). Faktor keempat adalah status pekerjaan, masalah terkait dengan pekerjaan merupakan sumber stres pada diri seseorang

yang bila tidak segera diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit dan dapat memicu terjadinya *skizofrenia* (Hawari, 2014).

d. Kumpulan gejala klinis *skizofrenia*.

Gejala-gejala yang terdapat pada penderita *skizofrenia* meliputi adanya gangguan dalam beberapa hal yaitu gangguan pikiran, persepsi, dan perhatian. Perilaku motorik, afek atau emosi, dan gangguan keberfungsian hidup. Batasan masalah penderita *skizofrenia* sangat luas, walaupun dalam satu waktu penderita biasanya mengalami hanya sebagian dari masalah tersebut. Simtom-simtom utama *skizofrenia* akan dibagi menjadi 3 kategori yaitu simtom positif, simtom negatif, dan simtom disorganisasi (Davison, 2012).

1) Simtom positif/sekumpulan gejala positif

Simtom positif meliputi hal-hal yang berlebihan dan distorsi, yaitu waham dan halusinasi yang menjadi ciri episode akut *skizofrenia*.

(1) Waham (delusi), yaitu keyakinan yang dipertahankan oleh seseorang yang berlawanan dengan kenyataan, kondisi ini merupakan simtom-simtom positif yang umum terjadi pada *skizofrenia*.

(2) Halusinasi adalah persepsi yang keliru, akibat adanya rangsangan internal tanpa adanya stimulus dari lingkungan pada penderita *skizofrenia* halusinasi seringkali mengatakan bahwa dunia tampak berbeda dalam satu atau lain cara atau bahkan tidak nyata bagi mereka.

## 2) Simtom/sekumpulan gejala negatif.

Simtom-simtom atau sekumpulan gejala negatif dari *skizofrenia* meliputi berbagai deviasi behavior/kekurangan tingkah laku seperti avolition, alogia, anhedonia, afek datar dan asosiolitas. Simtom-simtom ini cenderung bertahan melampaui suatu episode akut dan memiliki afek parah terhadap kehidupan para pasien *skizofrenia*.

3) Simtom disorganisasi/sekumpulan gejala disorganisasi

Sekumpulan gejala disorganisasi meliputi disorganisasi perilaku aneh (*bizarre*) dan pembicaraan yang aneh. Disorganisasi pembicaraan juga disebut sebagai gangguan berfikir formal, yang merujuk pada masalah dalam mengorganisasi berbagai pemikiran dan bicara sehingga pendengar dapat memahami. Bentuk perilaku aneh diantaranya penderita dapat meledak dalam kemarahan atau konfrontasi singkat yang tidak dapat dimengerti, menggunakan pakaian yang tidak biasa dipakai, berperilaku kekanakan, berperilaku konyol, menyimpan makanan, mengumpulkan sampah dan melakukan perilaku seksual yang tidak senonoh/tidak pantas.

e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien *skizofrenia* adalah terapi farmakologi dan non farmakologi yang dapat dilakukan :

## 1) Terapi Farmakologi

Secara umum, terapi penderita *skizofrenia* dibagi menjadi tiga tahap yakni terapi akut, terapi stabilisasi dan terapi pemeliharaan. Terapi akut dilakukan tujuh hari pertama dengan tujuan mengurangi agitasi, agresi, ansietas, dll. Benzodiazepin biasanya digunakan dalam terapi akut. Penggunaan benzodiazepin akan mengurangi dosis penggunaan obat antipsikotik. Terapi stabilisasi dimulai pada minggu kedua atau ketiga. Terapi stabilisasi bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi serta perbaikan kebiasaan dan perasaan. Pengobatan tahap ini dilakukan dengan obat-obat antipsikotik. Terapi pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Dosis terapi pemeliharaan dapat diberikan setengah dosis akut. Klozapin merupakan antipsikotik yang hanya digunakan apabila pasien mengalami resistensi terhadap antipsikotik yang lain (Crismon dkk., 2008).

## 2) Terapi Psikososial (Non Farmakologi)

Ada beberapa pendekatan psikososial yang dapat digunakan untuk pengobatan *skizofrenia*. Intervensi psikososial merupakan bagian dari perawatan yang komprehensif dan dapat meningkatkan kesembuhan jika diintegrasikan dengan terapi farmakologis. Intervensi psikososial ditujukan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien. Pilihan pendekatan dan intervensi psikososial didasarkan kebutuhan khusus pasien sesuai dengan keparahan penyakitnya.

### a) Terapi perilaku

Teknik perilaku menggunakan latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif adalah didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan, seperti hak

istimewa dan pas jalan di rumah sakit. Dengan demikian, frekuensi perilaku maladaptif atau menyimpang seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh aneh dapat diturunkan.

b) Terapi berorientasi-keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga dimana pasien *skizofrenia* kembali seringkali mendapatkan manfaat dari terapi keluarga yang singkat namun intensif (setiap hari). Setelah periode pemulihan segera, topik penting yang dibahas didalam terapi keluarga adalah proses pemulihan, khususnya lama dan kecepatannya. Seringkali, anggota keluarga, didalam cara yang jelas mendorong sanak saudaranya yang terkena *skizofrenia* untuk melakukan aktivitas teratur terlalu cepat. Rencana yang terlalu optimistik tersebut berasal dari

ketidaktahuan tentang sifat *skizofrenia* dan dari penyangkalan tentang keparahan penyakitnya.

Ahli terapi harus membantu keluarga dan pasien mengerti *skizofrenia* tanpa menjadi terlalu mengecilkan hati. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah efektif dalam menurunkan relaps. Didalam penelitian terkontrol, penurunan angka relaps adalah dramatik. Angka relaps tahunan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50 % dan 5 - 10 % dengan terapi keluarga.

c) Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi *skizofrenia* biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara psikodinamika atau tilikan, atau suportif. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan

tes realitas bagi pasien *skizofrenia*. Kelompok yang memimpin dengan cara suportif, bukannya dalam cara interpretatif, tampaknya paling membantu bagi pasien *skizofrenia*.

d) Psikoterapi individual

Penelitian yang paling baik tentang efek psikoterapi individual dalam pengobatan *skizofrenia* telah memberikan data bahwa terapi adalah membantu dan menambah efek terapi farmakologis. Suatu konsep penting di dalam psikoterapi bagi pasien *skizofrenia* adalah perkembangan suatu hubungan terapeutik yang dialami pasien sebagai aman. Pengalaman tersebut dipengaruhi oleh dapat dipercayanya ahli terapi, jarak emosional antara ahli terapi dan pasien, dan keikhlasan ahli terapi seperti yang diinterpretasikan oleh pasien.

Hubungan antara dokter dan pasien adalah berbeda dari yang ditemukan di dalam pengobatan

pasien non-psikotik. Menegakkan hubungan seringkali sulit dilakukan; pasien *skizofrenia* seringkali kesepian dan menolak terhadap keakraban dan kepercayaan dan kemungkinan sikap curiga, cemas, bermusuhan, atau teregresi jika seseorang mendekati. Pengamatan yang cermat dari jauh dan rahasia, perintah sederhana, kesabaran, ketulusan hati, dan kepekaan terhadap kaidah sosial adalah lebih disukai daripada informalitas yang prematur dan penggunaan nama pertama yang merendahkan diri. Kehangatan atau profesi persahabatan yang berlebihan adalah tidak tepat dan kemungkinan dirasakan sebagai usaha untuk suapan, manipulasi, atau eksploitasi.

## **2. Perilaku kekerasan**

### **a. Definisi**

Definisi perilaku kekerasan (*violen behavior*) atau agresif (*perlakuan amuk*) adalah suatu bentuk perilaku atau perbuatan yang bertujuan untuk

mencederai seseorang baik secara psikologis maupun fisik. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Dermawan dan Rusdi, 2013).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Dermawan dan Rusdi, 2013). Suatu kondisi dan situasi pada saat klien melakukan perbuatan yang dapat membahayakan pada diri sendiri, orang lain, lingkungan, termasuk dan barang-barang (Fitria, 2010).

Risiko perilaku kekerasan merupakan tindakan atau perilaku yang membahayakan lingkungan, diri sendiri maupun orang lain. Menurut Stuart dan Laraia

(2013), perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun nonverbal.

Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa perilaku kekerasan atau tindak kekerasan merupakan ungkapan perasaan marah dan bermusuhan yang mengakibatkan hilangnya kontrol diri dimana individu bisa berperilaku menyerang atau melakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

#### b. Etiologi

Yosep (2014) menjelaskan bahwa, faktor penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan adalah :

##### 1) Faktor Predisposisi

###### a) Teori Biologis

- (1) Teori ini mengidentifikasi faktor genetik yang mungkin terlihat dalam perkembangan suatu

kelainan psikologis (Riwayat keluarga dengan kelainan yang sama).

- (2) Kelainan *skizofrenia* yang merupakan kecacatan sejak lahir, terjadi pada hipotalamus otak atau terdapat kekacauan sel primodial dalam otak.
- (3) Teori biokimia, terjadi peningkatan dopamine neurotransmitter yang diperkirakan menghasilkan gejala-gejala peningkatan aktifitas yang berlebih dan pemecahan asosiasi yang umumnya ditemukan pada psikis.

#### b) Teori Psikososial

Situasi yang berkembang dimasyarakat dapat berpengaruh terhadap tingkah laku seseorang disingkirkan dari lingkungan selanjutnya akan berakibat kesepian dan stress dan akhirnya tidak teratasi, stress yang menumpuk dapat menunjukkan terjadinya *skizofrenia* dan gangguan psikotok lainnya.

- (1) Teori sistem keluarga : Terjadi disfungsi perkembangan keluarga dimana terjadi konflik antara orang tua yang mempengaruhi anak.
  - (2) Teori interpersonal : Hubungan orang tua dengan anak yang pernah dengan ansietas. Bila diperhatikan maka konsep diri maka akan mengalami abivalens.
  - (3) Teori psikodinamik : Mekanisme pertahanan ego pada waktu terjadi ansietas berat yang maladaptif.
- c) Teori aspek religiulitas

Dalam tinjauan religiulitas, kemarahan dan agresivitas merupakan dorongan dan bisikan setan yang sangat menyukai kekerasan agar manusia meyesal (*devil support*). Semua bentuk kekerasan adalah bisikan setan melalui pembuluh darah ke jantung, otak dan organ vital lainnya yang di turuti oleh manusia sebagai bentuk kompensasi bahwa kebutuhan dirinya terancam dan harus segera

dipenuhi tetapi tanpa melibatkan akal (*ego*) dan norma agama (*super ego*).

## 2) Faktor Presipitasi

Faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan :

### 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 ketidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.

### c) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidak mampuan menempatkan diri menjadi seorang yang dewasa.

### d) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alcoholism dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.

e) Kehilangan

Kehilangan orang yang dicintai, kehilangan cinta, fungsi fisik, kedudukan, harga diri dapat mencetuskan terjadinya gangguan persepsi individu menganggap sesuatu yang telah hilang itu masih ada. Sehingga mengakibatkan seseorang lari dari kenyataan dunia nyata.

f) Kekacauan pola komunikasi dalam keluarga

Tidak ada hubungan saling percaya terbuka sesama anggota keluarga serta tidak adanya rasa saling menghargai dapat dipengaruhi persepsi seseorang.

Sumber penyebab gangguan jiwa adalah sebagai berikut

Direja, (2011):

1) Faktor somatik (*somatogenik*)

Faktor somatik adalah akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.

## 2) Faktof psikologik (*psikogenik*)

Faktor psikologik adalah terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antara saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat, selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri dan pola adaptasi juga akan mempengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebih.

## 3) Faktor sosial budaya

Yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas, yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

## 4) Faktor keturunan

Mongoloisme atau *sindrom down* (suatu ancaman retardasi mental dengan mata sipit, muka

datar, telinga kecil, jari-jari pendek, dan yang lainnya). Terdapat trisoma (yaitu tiga buah bukan dua buah) pada pasangan kromosom.

#### 5) Faktor konstitusi

Konstitusi pada umumnya menunjukkan kepada keadaan biologi seluruhnya, termasuk baik yang diturunkan maupun yang didapatkan kemudian, umpamanya bentuk badan, temperamen, fungsi endokrin, syaraf, jenis darah.

#### c. Manifestasi klinis/Tanda gejala Perilaku Kekerasan

Berdasarkan Stuart dan Laraia (2014) gejala perilaku kekerasan meliputi : respon kognitif, respon psikomotor, respon sosial dan respon fisik perilaku kekerasan yaitu :

##### 1) Respon Kognitif

Tanda kognitif ditemui adanya bingung (Stuart & Laraia, 2005), Tidak mampu memecahkan masalah, mendominasi, (Keliat & Sinaga, 1991 dalam Ervina, 2012), supresi pikiran (Boyd & Nihart, 2008).

## 2) Respon Perilaku

Perilaku yang ditampilkan klien perilaku kekerasan yaitu agitasi motorik berupa bergerak cepat, tidak mampu duduk tenang, mengepalkan tangan, kata-kata menekan, memerintah, suara keras. (Stuart & Laraia, 2014)

## 3) Respon Sosial

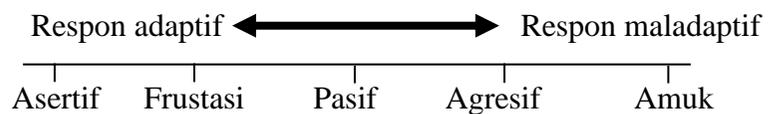
Respon sosial perilaku kekerasan yaitu menyalahkan orang lain, membicarakan kesalahan orang, berkata kasar dan menolak hubungan dengan orang lain, suka mengejek, melanggar batas jarak personal saat interaksi, kata-kata menekan, memerintahkan suara keras (Stuart & Laraia, 2014), menyalahkan orang lain, membicarakan kesalahan orang, berkata kasar dan menolak hubungan dengan orang lain, mengejek, melanggar batas jarak personal saat interaksi.

#### 4) Respon Fisik

Respon fisik dari rasa marah dapat ditunjukkan dari adanya ketegangan tubuh, muka merah, dan sorot mata yang tajam peningkatan nadi, nafas, dan tekanan darah, tatapan mata tajam, berkeringat (Boyd & Nihart, 2008).

#### d. Rentang respon risiko perilaku kekerasan

Respon kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif-maladaptif. Rentang respon kemarahan menurut Keliat (2012) dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

1. Asertif adalah menungkapkan kemarahan atau jengkel tanpa disertai menyakiti atau melukai perasaan orang lain, tanpa merendahkan atau meremehkan harga diri orang lain.

2. Frustrasi adalah perasaan kecewa akibat terhalang dalam pencapaian tujuan atau respon yang muncul ditimbulkan gagal mencapai keinginan atau tujuan. Frustrasi bisa dialami oleh seseorang sebagai suatu kecemasan dan ancaman. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
3. Pasif adalah kondisi dimana klien atau individu tidak bisa menyampaikan atau mengungkapkan perasaan yang dialami.
4. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapat kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
5. Mengamuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Keadaan ini, individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain.

e. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Muhith (2015), menyatakan bahwa kemarahan dinyatakan dalam dua bentuk perbuatan, yaitu perilaku kekerasan dan diam seribu bahasa. Tanda dan gejala marah yang merujuk pada perilaku kekerasan antara lain:

1. Perubahan fisiologis

Perubahan fisik pada pelaku kekerasan mencakup peningkatan denyut nadi, tekanan darah dan pernapasan. Adanya pelebaran pupil, tonus otot yang meningkat, mual, peningkatan frekuensi buang air besar dan reflek tendon (Muhith, 2015).

2. Perubahan emosional

Perubahan emosional pada perilaku kekerasan adalah perasaan mudah tersinggung, tidak sabar, frustrasi, ekspresi wajah tegang, kepala terasa berdenyut, wajah terasa terbakar dan kehilangan kontrol diri saat mengamuk (Muhith, 2015).

3. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku yang berhubungan dengan perilaku kekerasan yaitu: menyerang atau menghindar

(*fight or flight*), menyampaikan secara asertif, perilaku kekerasan dan membentuk.

Secara spesifik proses perilaku kekerasan melibatkan respon kognitif, respon afektif, respon fisiologis/fisik, respon psikomotor/ perilaku dan respon sosial (Stuart, 2014).

1) Kognitif: Hubungan pemikiran dan emosi ini berperan penting dalam menerjemahkan marah menjadi perilaku agresif (Fives, et al., 2010). Individu dengan perilaku agresif atau perilaku kekerasan yang dikaitkan dengan kondisi biologis ditemukan tanda-tanda iritabilitas/mudah marah, hipersensitif terhadap provokasi, mengancam, bicara keras, kebingungan, disorientasi dan gangguan memori, kesulitan kontrol diri, gangguan penilaian (Stuart, 2013). Menurut Townsend (2009) klien dengan perilaku kekerasan ditemukan kondisi mudah tersinggung, defensif menghadapi kritik, panik dan ansietas dengan reaksi berlebihan terhadap rangsangan lingkungan. Tanda

yang lain juga ditemukan pada klien dengan perilaku kekerasan seperti kurang kontrol terhadap rangsang, halusinasi, delusi, komentar sinis atau menantang (Fontaine, 2009).

- 2) Afektif (emosi): Marah adalah suatu kondisi dimana seseorang mempunyai emosi yang kuat dan tidak menyenangkan terhadap provokasi yang nyata atau dipersepsikan sebagai frustrasi, terluka dan takut (Thomas, 1998 dalam Videbeck, 2011). Kekerasan adalah sesuatu dari respon afektif yang tidak adaptif. Seseorang yang mengalami kemarahan akan merasa tidak nyaman, tidak berdaya, jengkel, merasa ingin jengkel, ingin berkelahi, mengamuk, merasa bermusuhan, merasa sakit hati, menyalahkan seseorang, menuntut seseorang, mudah tersinggung oleh orang lain, euphoria atau tidak tepat, dan afek labil (Stuart & Laraia, 2013; Stuart, 2014). Menurut Townsend (2009) tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan bisa dideteksi dengan afektif yakni

didapatkan iritabilitas (mudah tersinggung), perasaan ketidaknyamanan dan kondisi ketegangan yang terus menerus, suasana hati (mod) marah, merasa bersalah, frustrasi kecurigaan.

- 3) Fisiologis/fisik: Marah menciptakan keadaan kesiapan dengan membangkitkan saraf, aktivasi sistem ini mengakibatkan peningkatan denyut dan tekanan darah, meningkatkan sekresi epineprin (mengakibatkan gairah fisiologis) dan meningkatkan kadar glukosa serum (Townsend, 2009). Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti tangan dikepal, tubuh kaku dan reflek yang cepat, hal ini disebabkan karena energi yang dikeluarkan saat marah bertambah (Purwanto, 2006 dalam Safaria & Saputra, 2009). Menurut Stuart (2014), perilaku kekerasan dapat dilihat wajah tegang, tidak bisa diam, mengepalkan atau memukul tangan, rahang mengencang, peningkatan pernapasan, dan kadang tiba-tiba seperti kataton.

- 4) Psikomotor/perilaku: Perilaku yang ditampilkan klien perilaku kekerasan yaitu agitasi motorik berupa bergerak cepat, mondar-mandir, ketidakmampuan untuk duduk tenang atau diam, mengepalkan tangan, mengencangkan rahang atau otot wajah, kata-kata menekan, memerintah, suara keras (Stuart & Laraia, 2013; Stuart, 2014). Perilaku kekerasan dapat berkisar dari menampar, mendorong, membanting dan menyakiti orang lain dengan serius, gerakan mengancam seperti menunjuk keras ke petugas, mengapalkan tinju, mondar-mandir, menolak untuk duduk (Fontaine, 2009).
- 5) Sosial: Tanda sosial perilaku kekerasan yaitu kata-kata menekan, memerintah, suara keras, menyalahkan orang lain, membicarakan kesalahan orang, berkata kasar dan menolak hubungan dengan orang lain, mengejek, melanggar batas jarak personal saat interaksi, kekerasan verbal terhadap orang lain dan lingkungan (Stuart & Laraia, 2013).

f. Diagnosa keperawatan perilaku kekerasan

Diagnosa keperawatan merupakan kesimpulan klinis tentang individu, keluarga atau masyarakat dalam berespon terhadap stress (Stuart & Laraia, 2013). Menurut Nanda (2008), rumusan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi dua yaitu :

1) Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri

Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri yaitu bahwa individu mempunyai risiko untuk memunculkan perbuatan atau perilaku yang dapat membahayakan diri sendiri baik secara fisik, emosional dan atau seksual disebut dengan masalah perilaku kekerasan terhadap diri (Nanda, 2008).

2) Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain

Dimaksud dengan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain yaitu perilaku individu yang menunjukkan bahwa dia dapat secara fisik, emosi dan atau seksual berbahaya pada orang lain (Wilkinson, 2013).

### **3. Tindakan Keperawatan pada Klien dengan perilaku kekerasan**

a. Standar Operational Procedure pada perilaku kekerasan dari RSUD Banyumas

#### 1) Tujuan

Klien Mampu :

- (a) Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan
- (b) Menyebutkan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- (c) Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- (d) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
- (e) Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara :
  - (1) Fisik
  - (2) Sosial/verbal
  - (3) Spiritual
  - (4) Terapi psikofarmaka (obat)

## 2) Intervensi

### (a) Strategi pelaksanaan 1

- (1) Mengidentifikasi penyebab, tanda, dan gejala serta akibat perilaku kekerasan
- (2) Latih cara fisik 1 : tarik nafas dalam
- (3) Masukkan dalam jadwal harian klien.

### (b) Strategi pelaksanaan 2

- (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
- (2) Latih cara fisik 2 : pukul kasur / bantal
- (3) Masukkan dalam jadwal harian klien

### (c) Strategi pelaksanaan 3

- (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP2)
- (2) Latih secara sosial/ verbal
- (3) Menolak dengan baik
- (4) Mengungkapkan dengan baik
- (5) Masukkan dalam jadwalkegiatan harian klien

### (f) Strategi pelaksanaan 4

- (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2, SP3)
- (2) Latih secara spiritual (berdoa dan sholat)

(3) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian klien

(g) Strategi pelaksanaan 5

(1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2, SP3, SP4)

(2) Latih patuh obat

(a) Minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar

(b) Susun jadwal minum obat secara teratur

(c) Masukkan dalam jadwal harian klien

3) Tujuan pada keluarga

Keluarga mampu merawat klien dirumah

4) Intervensi

(a) Strategi pelaksanaan 1

(1) Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien

(2) Menjelaskan tentang perilaku kekerasan

(a) Penyebab

(b) Akibat

(c) Cara merawat

(3) Latih cara merawat

- (4) Rencana tindak lanjut keluarga/ jadwal untuk merawat klien.
- (b) Strategi pelaksanaan 2
- (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP)
  - (2) Latih (stimulus) 2 cara lain untuk merawat klien
  - (3) Latih langsung ke klien
  - (4) Rencana tindak lanjut keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien
- (c) Strategi pelaksanaan 3
- (1) Evaluasi SP1 dan SP 2
  - (2) Latih langsung ke klien
  - (3) Rencana tindak lanjut keluarga/jadwal keluarga untuk merawat klien.
- (d) Strategi pelaksanaan 4
- (1) Evaluasi SP1, SP2, dan SP3
  - (2) Latih langsung ke klien
  - (3) Rencana tindak lanjut keluarga
    - (a) Follow up
    - (b) Rujukan

#### **4. Latihan Asertif**

##### **a. Perilaku Asertif**

Pengertian dari perilaku asertif adalah titik tengah antara perilaku non asertif dan perilaku agresif merupakan terjemahan dari *assertiveness* atau *assertion*, (Supriyadi, 141:2011). Menurut Fensterheim dan Baer mengatakan bahwa kata asertif berasal dari Bahasa Inggris *toassert*, yang diartikan sebagai suatu ungkapan sikap positif, dimana sikap positif tersebut dinyatakan dengan tegas atau terus terang.

Mendefinisikan perilaku asertif yaitu perilaku yang mencerminkan rasa percaya diri dan menghargai orang lain dan diri sendiri (Nelson dan Jones, 2014:184). Alberti dan Emmons (2008), Perilaku asertif adalah perilaku yang memberikan peningkatan kesamaan dalam hubungan antar manusia yang memberikan memungkinkan kepada kita untuk menentukan minat terbaik kita, bisa menentukan keputusan sendiri tanpa harus merasa cemas, bisa menunjukkan perasaan kita

dengan nyaman dan jujur, menempa kepribadian kita yang sesungguhnya tanpa harus menolak kebenaran dari orang lain. Berdasarkan uraian diatas, bahwa perilaku asertif adalah perilaku seseorang dalam hubungan dengan orang lain secara pribadi yang menyangkut aspek pikiran, perasaan emosi, keinginan dan kebutuhan secara tegas, terbuka, dan jujur tanpa perasaan cemas atau tertekan oleh orang lain, tanpa merugikan diri sendiri dan lingkungannya.

b. Definisi Latihan Asertif

Terapi asertif menurut Willis (2004:69,72) adalah merupakan salah satu teknik dalam terapi perilaku/behavioral berasal dari dua arah konsep yakni konsep dari Ivan Pavlov (Pavlovian) dan B.F Skinnerian (Skinner). Yang pada mulanya dikembangkan oleh Wolpe untuk mengatasi neurosis yang dapat dijelaskan dengan mempelajari perilaku yang tidak adaptif melalui proses belajar. Dengan kata lain penyimpangan perilaku berasal dari hasil proses belajar di lingkungan. Latihan

asertif merupakan salah satu teknik dalam konseling behavioral yang mengutamakan pada kasus yang mengalami kesulitan dalam perasaan yang tidak sesuai dalam menyatakannya.

Latihan asertif adalah suatu metode dalam membantu penderita dalam situasi dan kondisi sebagai berikut:

- 1) Penderita yang tidak bisa menyampaikan kemarahan atau kejengkelannya;
- 2) Penderita yang mempunyai karakter sopan yang berlebihan dan membiarkan orang lain mendapatkan keuntungan dari padanya;
- 3) Penderita yang mempunyai kesukaran berkata “tidak”;
- 4) Penderita yang mengalami kesulitan mengatakan perasaan cinta dan respon positif lainnya;
- 5) Penderita yang merasa bahwa dirinya tidak punya hak untuk menyatakan pendapat dan pikirannya.

Corey (2009:215) latihan asertif merupakan penerapan latihan behavioral dengan tujuan membantu penderita secara personal dalam mengembangkan cara berinteraksi yang lebih langsung dalam situasi interpersonal. Latihan asertif berfokus pada mempraktekkan interaksi melalui permainan peran, ketrampilan-ketrampilan berinteraksi yang baru didapatkan sehingga individu secara personal diharapkan mampu mengatasi ketidakmemadainya dan belajar mengungkapkan perasaan pikiran mereka secara lebih terbuka disertai keyakinan bahwa mereka berhak untuk menunjukkan reaksi-reaksi yang terbuka.

Menurut Gunarsih (2007:217) pengertian latihan asertif dalam Alberti yaitu prosedur latihan untuk melatih perilaku penyesuaian sosial yang diberikan kepada pasien melalui ekspresi diri dari sikap, perasaan, harapan, pendapat, dan hak pasien. Berdasarkan beberapa definisi diatas latihan asertif adalah prosedur latihan yang diberikan kepada pasien untuk membantu

meningkatkan kemampuan menyampaikan apa yang menjadi keinginan, perasaan dan pikiran pada orang lain namun tetap mempertimbangkan dan menghargai hak-hak serta perasaan orang lain.

c. Tujuan Latihan Asertif

Latihan asertif mempunyai beberapa tujuan yang ingin dicapai oleh konselor dan klien. Day (2008:338) menyampaikan bahwa tujuann latihan asertif untuk membantu klien belajar kemandirian sosial yang diperlukan untuk mengekspresikan diri mereka dengan tepat dan akurat.

Menurut Fauzan (2010) terdapat beberapa tujuan latihan asertif yaitu :

- 1) Memberikan pelajaran kepada individu untuk menyatakan diri mereka dalam cara tertentu sehingga memunculkan kepekaan kepada perasaan dan hak-hak orang lain;
- 2) Memberikan peningkatan keterampilan perilaku kepada klien mengambil keputusan apakah pada

situasi tertentu perlu melakukan seperti apa yang diharapkan atau tidak;

- 3) Memberikan pengajaran kepada klien untuk mengungkapkan diri dengan cara tertentu sehingga terefleksi kepekaanya terhadap perasaan dan hak orang lain;
- 4) Memberikan peningkatan kemampuan kepada klien untuk menyatakan dan mengekspresi dirinya dengan nyaman dalam berbagai situasi sosial;
- 5) Memberikan peningkatan latihan untuk menghindari kesalahpahaman dari pihak lawan bicara.

Berdasarkan paparan diatas disimpulkan bahwa tujuan latihan asertif adalah untuk memberikan latihan kepada klien untuk bisa mengungkapkan apa yang diinginkan, dirasakan dan menyesuaikan diri dalam berinteraksi tanpa adanya rasa tidak nyaman karena setiap individu mempunyai hak yang sama untuk mengungkapkan pendapat, perasaan, keyakinan serta sikapnya. Dengan demikian klien dapat terhindar dari

kesalahpahaman dalam berkomunikasi dan dalam berinteraksi dengan orang lain.

d. Manfaat latihan asertif

Menurut Corey (2009:213), manfaat latihan asertif yaitu membantu bagi orang-orang yang:

- a) tidak mempunyai kemampuan menyampaikan kemarahan dan perasaan jengkel;
- b) mempunyai tingkat kesopanan yang berlebihan dan selalu mendorong orang lain untuk mendahuluinya;
- c) mempunyai kesulitan untuk mengatakan “tidak”;
- d) mengalami hambatan untuk menyampaikan perasaan dan respon-respon positif lainnya, merasa tidak punya hak untuk memiliki perasaan-perasaan dan pikiran-pikiran sendiri. Berdasarkan pendapat diatas maka dapat ditarik simpulan bahwa manfaat latihan asertif adalah memberikan bantuan kepada klien dalam meningkatkan kemampuan menyampaikan apa yang menjadi keinginan dipikirkan, dan dirasakan pada orang lain namun

tetap menjaga dan menghargai perasaan serta hak-hak orang lain.

e. Tahapan Pelaksanaan Latihan Asertif

Tahap atau prosedur adalah proses melakukan suatu instruksi atau perintah. Prosedur latihan asertif mempunyai beberapa tahapan yang akan dilalui. Prosedur latihan asertif berdasarkan pada prosedur belajar pada diri seseorang yang perlu diubah, diperbaiki dan diperbarui. Masters (dalam Gunarsih, 2007 : 217-220) meringkas beberapa jenis prosedur latihan asertif, yaitu:

- 1) Mengidentifikasi keadaan khusus yang menimbulkan persoalan pada klien.
- 2) Mengidentifikasi apa yang dilakukan atau dipikirkan klien pada situasi tersebut. Tahap ini, akan diberikan juga materi perilaku agresif, asertif, dan pasif.
- 3) Ditentukan situasi khusus dimana klien bisa melakukan permainan peran (*roleplay*) sesuai dengan apa yang klien perlihatkan.

- 4) Pada jeda waktu pertemuan, konselor memberikan tugas kepada klien untuk melatih dalam imajinasinya, respon yang sesuai dengan keadaannya. Kepada klien juga diberi tugas menyertakan pernyataan diri yang terjadi selama melakukan imajinasi. Hasilnya dibicarakan pada pertemuan berikutnya.
- 5) Konselor menentukan klien sudah mampu atau belum memberikan respon yang sesuai dari diri klien sendiri secara benar terhadap keadaan sekarang, baik dari laporan langsung klien atau dari keterangan orang lain yang mengetahui keadaan klien.

Melihat dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa tahapan pelaksanaan latihan asertif adalah merupakan proses terapi perilaku yang dirancang dengan tujuan untuk mengembangkan kompetensi individu yang mengalami kecemasan dengan berbagai metode yang ada agar klien tersebut dapat memiliki perilaku asertif yang diinginkan sesuai tujuannya.

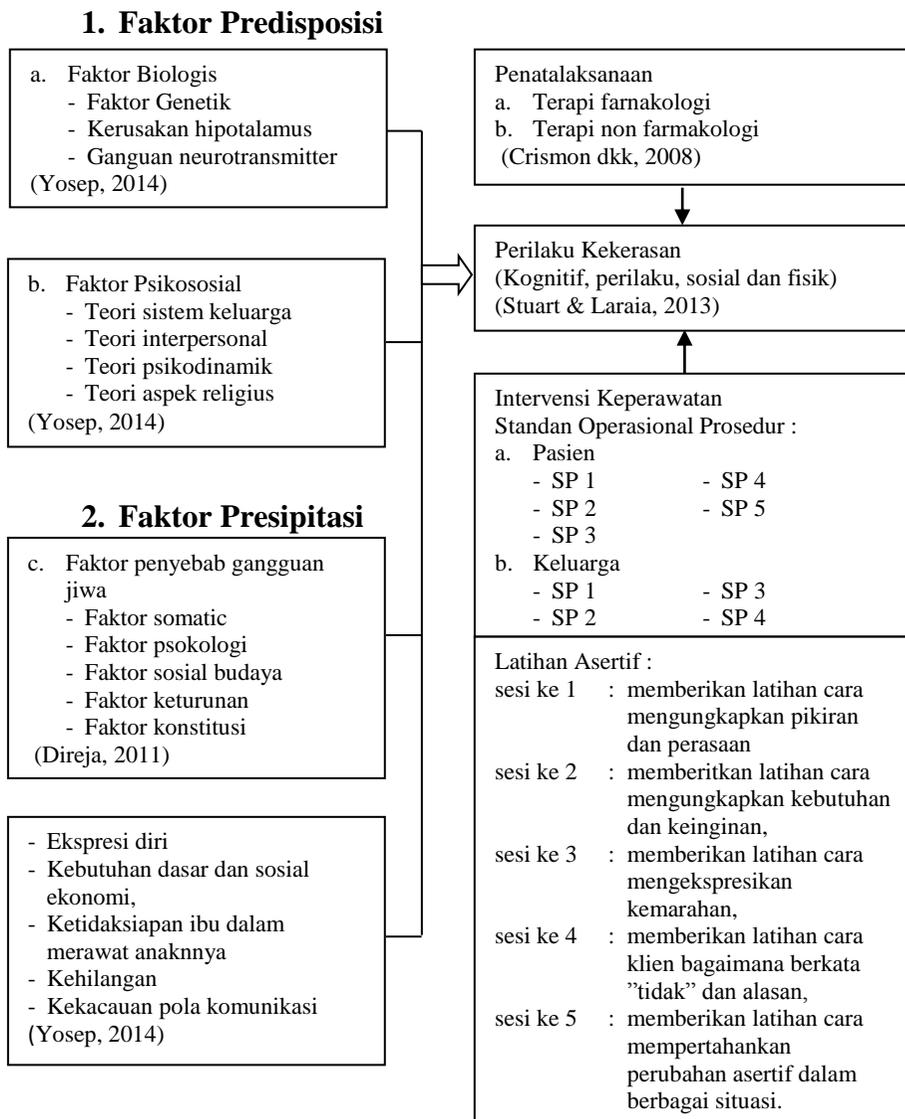
Cara pencegah terjadinya perilaku kekerasan yaitu optimalisasi kesadaran diri perawat, pendidikan kepada pasien dan latihan asertif (Stuart, 2013). Peningkatan kesadaran diri dilakukan dengan meningkatkan kemampuan perawat sehingga mampu menggunakan diri secara terapeutik. Edukasi pasien berisi latihan komunikasi dan cara yang tepat untuk mengekspresikan marah.

Latihan asertif merupakan salah satu terapi spesialis untuk melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi (Stuart & Laraia, 2013). Berdasarkan penjelasan di atas disimpulkan bahwa strategi preventif pencegahan perilaku kekerasan yaitu peningkatan kemampuan perawat, edukasi kepada pasien dalam berkomunikasi dan mengekspresikan marah, serta untuk meningkatkan kemampuan interpersonal dalam berbagai situasi (Wahyuningsih, 2009).

Latihan asertif bertujuan untuk membantu merubah persepsi untuk meningkatkan kemampuan asertif individu, mengekspresikan emosi dan berfikir secara adekuat dan untuk membangun kepercayaan diri (Lin at al. 2008). Pasien *skizofrenia* yang kronik terbukti meningkatkan perilaku asertif dan kemampuan berkomunikasi secara interpersonal dengan segera setelah intervensi diberikan (Lee, 2013) Menurut Rezan (2009) pemberian dapat mengurangi perilaku agresif pasien yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Penelitian dengan subyek remaja yang diberikan latihan asertif, didapatkan perbedaan yang signifikan peningkatan level asertif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

## **B. Kerangka Teori**

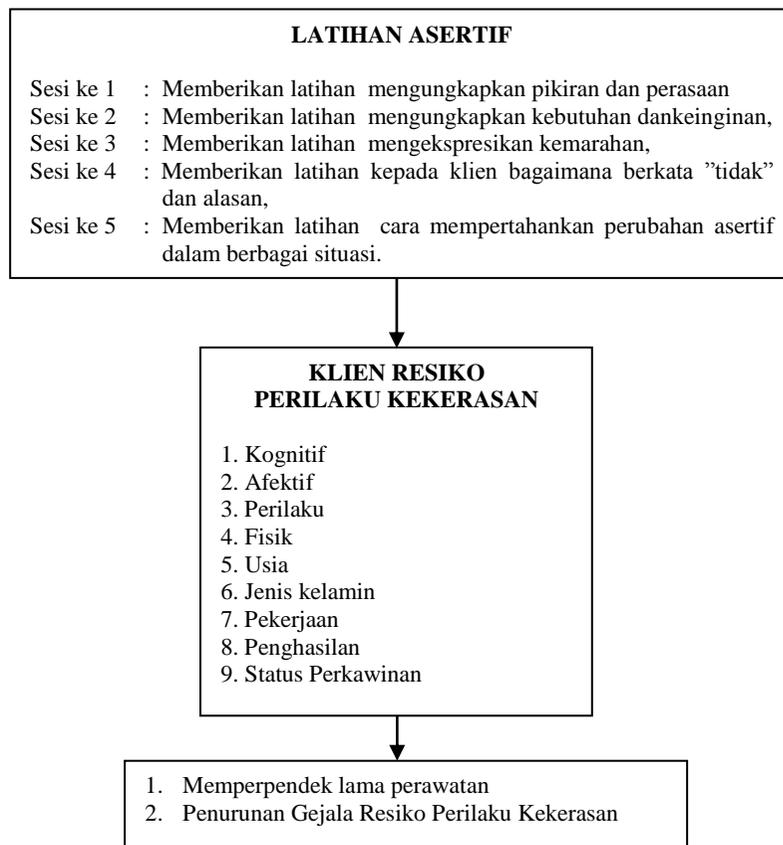
Berdasarkan landasan teori yang ada pada bagian dapat dibuat kerangka teori seperti pada gambar 2.1.



*Gambar 2.2. Kerangka Teori*

### C. Kerangka Konsep

Hubungan antara variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut ini :



*Gambar 2.3. Kerangka Konsep*

#### **D. Hipotesis**

Hipotesis penelitian yang diajukan adalah :

Ha : Ada pengaruh pemberian latihan asertif terhadap penurunan lama perawatan dan penurunan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien

Ho : Tidak ada pengaruh pemberian terhadap penurunan lama perawatan dan penurunan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien