

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN PENERAPAN TEKNIK DE-  
ESKALASI TERHADAP PENURUNAN RESPON MARAH DI RUANG  
BELIBIS RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



**DISUSUN OLEH:**

**Muri Cahyono Purba, S.Kep**

**NIM. 15.113082.5.0271**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH**

**SAMARINDA**

**2017**

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN PENERAPAN TEKNIK DE-  
ESKALASI TERHADAP PENURUNAN RESPON MARAH DI RUANG  
BELIBIS RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

Muri cahyono Purba<sup>1</sup>, Dwi Rahmah Fitriani<sup>2</sup>

**INTISARI**

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman menciderai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respon tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga profesional (Keliat, Model Keperawatan Profesional Jiwa,2012). Menghadapi masalah tersebut di atas, maka dibutuhkan suatu teknik dalam upaya membantu mengurangi perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Di antaranya adalah teknik de-eskalasi. De-eskalasi atau "*talking down*" yaitu mengembangkan teknik psikososial disaat perilaku klien yang tidak tenang dan mengembalikan klien menjadi tenang lagi atau umpan balik klien dengan harapan klien kembali menjadi individu yang tenang (Dix,2001 dalam Nau,2009).

Karya Ilmiah Akhir Ners bertujuan untuk menganalisa teknik de-eskalasi yang diterapkan secara kontinyu pada pasien risiko perilaku kekerasan. Hasil analisa menunjukkan bahwa diperoleh hasil dengan pemberian intervensi teknik de-eskalasi dapat digunakan untuk membantu pasien risiko perilaku kekerasan dalam mengontrol dan menurunkan respon marah.

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> STIKES Muhammadiyah Samarinda

**ANALYSIS OF NURSING CLINICAL PRACTICE IN MENTAL  
PATIENTS AT RISK BEHAVIOR VIOLENCE WITH APPLICATION DE-  
ESCALATION TEHNIQUE TO DECREASE ANGRY RESPONSE IN THE  
BELIBIS WARD IN RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

Muri cahyono Purba<sup>1</sup>, Dwi Rahmah Fitriani<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

Violent behavior is one of the angry responses expressed by the threat of harm to others, or damage the environment. The response usually arise due to the stressor. This response can cause harm either to yourself, others, and the environment. Seeing the impact of losses incurred, the treatment of patients with violent behavior needs to be done quickly and accurately by professionals (Keliat, Mental of Professional Nursing Models, 2012). Facing the problem mentioned above, it takes a technique in an effort to help reduce violent behavior in patients skizofrenia.among others de-escalation techniques. De-escalation or "talking down" is to develop a technique psychosocial behavior when a client who is not calm and restore the client becomes quiet again or client feedback with the expectations of its clients back into individual quiet (Dix, 2001 in Nau, 2009).

Scientific Paper aims to analyze nurses Final de-escalation techniques are applied continuously to the patient's risk of violent behavior. The analysis shows that the results obtained by administering interventions de-escalation techniques can be used to help patients at risk of violent behavior in controlling and reversing an angry response.

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> STIKES Muhammadiyah Samarinda

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization (WHO)* Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial, dan ekonomis. *WHO* menjabarkan kesehatan mental sebagai "suatu keadaan yang baik dimana seseorang menyadari kemampuannya, dapat menghadapi stress yang normal, dapat bekerja secara produktif dan menyenangkan, dan dapat berkontribusi dalam komunitasnya. " Kesehatan jiwa bukan hanya tak adanya penyakit jiwa dan masalah kesehatan jiwa bukan penyakit jiwa. Penyakit jiwa dijabarkan sebagai 'spektrum dari kognitif, emosi, dan kondisi tingkah laku yang bersinggungan dengan sosial, dan emosi yang baik, dan hidup serta produktivitas masyarakat.' Menderita sakit jiwa adalah serius, sementara atau menetap, dari fungsi jiwa seseorang. Terminologi yang lain meliputi: 'masalah kesehatan jiwa', 'sakit', 'terganggu', 'tak berfungsi' ('mental health problem', 'illness', 'disorder', 'dysfunction'). (Hungerford et al. 2012).

Kesehatan Jiwa menurut Undang-undang No 18 Tahun 2014 adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan

dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman menciderai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respon tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga profesional (Keliat, Model Keperawatan Profesional Jiwa,2012).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat merugikan baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan klien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga perawat yang profesional. Sedangkan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung perilaku kekerasan atau memiliki riwayat perilaku kekerasan. Jika kita lihat dari definisi, perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Utomo dkk, 2009).

Pasien skizofrenia yang sedang kambuh sering di takuti sebagai gangguan jiwa yang berbahaya dan tidak dapat dikontrol dan mereka yang

terdiagnosis penyakit ini di gambarkan sebagai individu yang tidak mengalami masalah emosional atau psikologis yang terkendali dan memperlihatkan perilaku kekerasan yang aneh dan amarah (Videbeck, 2008). Kondisi adaptif dan maladaptif ini dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) perilaku kekerasan.

Menurut data *World Health Organization (WHO)* masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan jiwa (Yosep, 2009). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Rikesda) Kementerian Kesehatan tahun 2013 Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi RT yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, DI Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda Data tahun 2016 (Januari – November) tercatat jumlah pasien 1.155 dengan rata-rata jumlah perhari 113 orang dengan presentase halusinasi 33,7%, perilaku kekerasan 24,6%, isolasi sosial 18,6%, waham 9%, harga diri rendah 11,5%,

dan resiko bunuh diri 2,6%. Gangguan perilaku kekerasan mengalami peningkatan dari 22,6% tahun 2015 menjadi 24,6 % tahun 2016 (Rekam Medik RSJD AHM dalam Dina Riandani, 2016).

Menghadapi masalah tersebut diatas, maka dibutuhkan suatu teknik dalam upaya membantu mengurangi respon marah yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Diantaranya adalah teknik de-eskalasi. Teknik de-eskalasi dalam hal ini masuk dalam strategi antisipasi dan jika berhasil maka klien tidak perlu menjalani tindakan berikutnya yaitu berupa pengekangan/restrain. Teknik de-eskalasi mengandalkan kemampuan berkomunikasi dan kemampuan interpersonal. De-eskalasi atau "*talking down*" yaitu mengembangkan teknik psikososial disaat perilaku klien yang tidak tenang dan mengembalikan klien menjadi tenang lagi atau umpan balik klien dengan harapan klien kembali menjadi individu yang tenang (Dix, 2001 dalam Nau, 2009).

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam Latar belakang tersebut di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Adakah Pengaruh Teknik de-eskalasi Terhadap Penurunan respon Marah Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?"

## **C. Tujuan Penelitian :**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan penelitian ini secara umum adalah untuk mengetahui pengaruh teknik de-eskalasi terhadap penurunan respon marah pada pasien risiko

perilaku kekerasan di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus yaitu:

- a. Mengidentifikasi respon marah pasien risiko perilaku kekerasan sebelum dilakukan teknik de-eskalasi di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
- b. Mengidentifikasi respon marah pasien risiko perilaku kekerasan setelah dilakukan teknik de-eskalasi di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
- c. Menganalisa perbedaan respon marah sebelum dan sesudah diberikan terapi teknik de-eskalasi pada pasien risiko perilaku kekerasan di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

**D. Manfaat Penelitian**

1. Rumah Sakit

Penelitian ini sebagai bahan masukan manajemen/pengambil kebijakan untuk terus mendukung terlaksananya pemberian asuhan keperawatan secara komperhensif guna terciptanya Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa) dan bisa dijadikan bahan pertimbangan untuk menjadikan teknik de-eskalasi sebagai salah satu terapi untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

2. Bagi Profesi Keperawatan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi perawat akan pentingnya teknik de-eskalasi dijadikan sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan.serta



diharapkan perawat mampu memaksimalkan peranannya sebagai pemberi asuhan dan pendidik bagi pasien dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif guna menciptakan mutu keperawatan yang optimal.

### 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi atau masukan dalam melakukan penelitian lainnya yang berhubungan dengan teknik de-eskalasi dan pengaruhnya terhadap perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia yang lebih spesifik.

## **BAB IV**

### **ANALISA SITUASI**

#### **A Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda**

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda terletak di Kakap no.23 Kota Samarinda. RSJD Atma Husada Mahakam sebagai rujukan satu-satunya di Kalimantan Timur mengenai kesehatan jiwa. Rumah Sakit ini memiliki status akreditasi penuh tingkat lanjut sebagai pengakuan bahwa rumah sakit ini telah memenuhi standar pelayanan yang meliputi : Administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, farmasi, K3 dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

Adapun layanan unggulan yang diberikan rumah sakit ini adalah klinik berhenti merokok, klinik hipnoterapi, pelayanan rehabilitasi penyalahgunaan dan ketergantuan NAPZA dan terapi gangguan tidur (polisomnografi). Selain itu rumah sakit ini memberikan beberapa jenis pelayanan seperti pelayanan rawat inap psikiatri, pelayanan rawat jalan psikiatri, pelayanan rawat jalan dan rawat inap psikologi, pelayanan gawat darurat psikiatri dan pelayanan NAPZA.

Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda menyediakan fasilitas rawat inap menjadi beberapa ruang kelas perawatan yaitu: Ruang Pergam (kelas I pria), Ruang Tiung (kelas II pria), Ruang Enggang (kelas I dan II wanita), Ruang Elang (kelas III pria), Ruang Gelatik (kelas III pria),

Ruang Punai (kelas III wanita), Ruang Belibis (kelas III pria) dan Ruang UPIP.

Ruang IGD merupakan garda terdepan dalam mengatasi kegawat daruratan psikiatri. Penanganan yang tepat di awal dapat mempercepat proses penyembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Observasi klien pertama masuk juga dilakukan di ruangan ini guna menentukan diagnose yang tepat. Biasanya observasi dilakukan dalam 8 jam sebelum dipindahkan ke ruang perawatan inap atau bisa juga langsung di pulangkan tanpa rawat inap sesuai dengan hasil observasi dan keadaan klien.

## **B Analisis Masalah Keperawatan**

Penulis akan menguraikan keterkaitan antara landasan teori dengan hasil Praktik Klinik Keperawatan pada klien perilaku kekerasan di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang dimulai sejak tanggal 13 sampai 15 Januari 2017.

Pada kasus diatas yang menjadi alasan masuk klien yaitu klien masuk dengan diantar kakaknya karena mengamuk dan mengganggu warga, ngeluyur, susah tidur dan putus obat. Klien juga mendengar suara-suara tidak jelas yang sangat menggangukannya.

Menurut Nasir & Muhith (2011), gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku, salah satu contohnya adalah munculnya perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman menciderai orang lain, dan atau

merusak lingkungan. Respon tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga profesional (Keliat, Model Keperawatan Profesional Jiwa, 2012).

Tanda Gejala dari Perilaku Kekerasan adalah muka merah atau tegang, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah atau tegang, postur tubuh kaku, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir (Yosep, 2010).

Faktor Predisposisi marah antara lain meliputi; (Stuart & Sundeen 1998):

- 1) Faktor biologis : Perilaku agresif disebabkan oleh dorongan kebutuhan dasar yang kuat, contohnya kebutuhan sex yang tidak terpenuhi, pengalaman rasa marah adalah sebagai akibat dari respon psikologis terhadap stimulus external, internal, dan lingkungan contohnya stres masa lampau.
- 2) Faktor psikologis : Frustrasi terjadi bila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal sehingga dapat menyebabkan suatu keadaan yang akan mendorong individu untuk berperilaku agresif contohnya kehilangan pekerjaan, respon belajar yang dapat dicapai bila ada fasilitas/ situasi yang mendukung, kebutuhan yang tidak dipenuhi lewat hal yang positif.
- 3) Faktor sosial kultural : lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma kebudayaan dapat

mendukung individu untuk bereson asertif/ kasar (agresif), perilaku agresif dapat dipelajari secara langsung maupun imitasi dari proses sosialisasi contohnya mengejek.

- 4) Faktor prespitasi : Secara umum terjadi karena adanya tekanan/ancaman yang unik atau berbeda-beda, stresor external yang berupa serangan fisik kehilangan dan kematian, stresor internal dapat berupa putus cinta kehilangan pekerjaan dan ketakutan pada penyakit yang diderita.

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJ sudah 10 kali, karena tidak teratur minum obat akhirnya klien kambuh lagi. Klien juga tidak pernah mengalami penganiayaan fisik maupun seksual selama sakit. Di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami sakit seperti klien. Kesimpulan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan pengkajian penulis.

Kepatuhan dalam pengobatan dapat diartikan sebagai perilaku klien yang mentaati semua nasehat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis, seperti dokter dan apoteker. Mengenai segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, salah satunya adalah kepatuhan dalam minum obat. Hal ini merupakan syarat utama tercapainya keberhasilan pengobatan yang dilakukan (Sugiyarti, 2012).

Menurut teori (Direja, 2011) seseorang mengalami kekambuhan adalah ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah, stimulus lingkungan, konflik interpersonal, status mental, putus obat, penyalahgunaan narkoba atau alkohol, ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai orang yang dewasa.

Sedangkan pada kasus Tn. J mengalami putus obat sehingga klien mengalami kekambuhan. Peran keluarga disini tidak terlaksana dengan baik.

Dalam pengumpulan data penulis menggunakan metode auto anamneses terhadap klien dan perawat yang merawatnya, observasi langsung terhadap penampilan dan perilaku klien. Menurut Waber dan Kelley (Nanda,2012). Pengkajian individu terdiri atas riwayat kesehatan (data subjektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif). Adapun data yang diperoleh setelah melakukan pengkajian pada klien Tn. J yang berupa data subjektif antara lain bingung, mengamuk, memukuli teman satu kamar, emosi, marah, bicara dan tertawa sendiri dan data objektifnya adalah mondar- mandir, bicara terdengar keras (membentak), pandangan tajam, mata melotot, klien tegang dan gelisah.

Faktor presipitasi menurut Direja (2011), adalah seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Sedangkan faktor presipitasi dalam kasus klien adalah klien mengatakan tidak suka apabila keinginannya tidak di turuti dan tidak mau diejek-ejek oleh warga di lingkungan tempat tinggalnya.

Tanda gejala yang muncul pada perilaku kekerasan biasanya adalah muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan dengan kuat, jalan modar mandir, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak memiliki kemampuan mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan (Keliat, 2009).

Beberapa tanda gejala resiko perilaku kekerasan yang ditemukan pada Tn. J adalah mata melotot dan bicara keras (membentak). Bila dibandingkan dengan teori diatas ada beberapa tanda dan gejala perilaku kekerasan pada Tn. J yang sesuai dengan teori.

### **C Analisis Intervensi Inovasi**

Pelaksanaan tindakan keperawatan inovasi memberikan terapi teknik de-eskalasi pada Tn.J yang dilakukan mulai tanggal 13 sampai 15 Agustus 2017 di ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan keluhan suka marah-marah, mengamuk, gelisah, tegang dan memukul teman sekamar. Tujuan dilakukan terapi teknik De-Eskalasi pada Tn .J untuk mengurangi respon marah atau emosi yang dirasakan. Berikut ini adalah hasil dari tindakan keperawatan inovasi pemberian terapi teknik De-Eskalasi dengan indikator RUFA:

#### **1 Tanggal 13 Januari 2017**

##### **a. Sebelum intervensi ( jam 08.30 wita)**

- 1) Perilaku : menentang, mata melotot
- 2) Verbal : bicara kasar intonasi sedang, menuntut
- 3) Emosi : labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang
- 4) Fisik : pandangan tajam

##### **b. Setelah Intervensi (jam 11.00 wita)**

- 1) Perilaku : menentang, mata tidak melotot
- 2) Verbal : bicara kasar intonasi sedang, tidak menuntut
- 3) Emosi : labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang
- 4) Fisik : pandangan tajam

## 2 Tanggal 14 Januari 2017

### a. Sebelum intervensi ( jam 08.00 wita)

- 1) Perilaku : menentang, mata tidak melotot
- 2) Verbal : bicara kasar intonasi sedang, tidak menuntut
- 3) Emosi : labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang
- 4) Fisik : pandangan tajam

### b. Sesudah intervensi ( jam 11.00 wita)

- 1) Perilaku : masih menentang, mata tidak melotot
- 2) Verbal : bicara kasar intonasi sedang, tidak menuntut
- 3) Emosi : labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang sudah  
menurun
- 4) Fisik : pandangan tajam

## 3. Tanggal 15 Januari 2017

### a. Sebelum intervensi ( jam 09.00 wita)

- 1) Perilaku : masih menentang, mata tidak melotot
- 2) Verbal : bicara kasar intonasi sedang, tidak menuntut
- 3) Emosi : labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang sudah  
menurun
- 4) Fisik : pandangan masih tajam

### b. Sesudah intervensi ( jam 09.30 wita)

- 1) Perilaku : sudah tidak menentang, mata tidak melotot
- 2) Verbal : bicara sudah tidak kasar intonasi sedang,  
tidak menuntut
- 3) Emosi : Stabil, tidak mudah tersinggung, ekspresi tidak tegang



4) Fisik : pandangan sudah tidak tajam

Dari hasil intervensi inovasi setelah dilakukan pemberian teknik de-eskalasi secara kontinyu menunjukkan berdasarkan indikator RUFA bahwa terjadi penurunan respon marah. Hal ini menunjukkan bahwa ada perubahan dalam kemampuan klien dalam mengontrol rasa marah.

Sama halnya dengan jurnal penelitian yang dilakukan oleh wahyu Indrono (2012) dengan judul implementasi teknik de-eskalasi terhadap penurunan respon marah klien dengan perilaku kekerasan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh teknik de-eskalasi terhadap perubahan marah pada pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan. Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan desain *pre post test with control group* ” dengan intervensi teknik de-eskalasi. Cara pengambilan sampel adalah *total sampling* dengan sampel sebanyak 28 klien dibagi 2 kelompok yaitu 14 klien kelompok yang mendapatkan teknik de-eskalasi dan 14 klien kelompok yang tidak mendapatkan teknik de-eskalasi. Pada kelompok yang mendapat teknik de-eskalasi dilakukan pertemuan sebanyak 2 kali dalam rentang waktu 2 hari. Uji statistik yang digunakan adalah dengan *t test* dengan derajat kepercayaan 95%.

Hasil penelitian ini menunjukkan Implementasi teknik de-eskalasi pada pasien marah dengan perilaku kekerasan memberikan pengaruh lebih signifikan dibanding dengan yang tidak diberikan teknik de-eskalasi yang dibuktikan nilai  $p$  value = 0.00. Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan sesuai dengan hasil dari jurnal penelitian di atas. Dan ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian teknik de-

eskalasi terhadap penurunan respon marah pada pasien perilaku kekerasan di ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A Kesimpulan**

1. Didapat hasil analisa kasus kelolaan pasien dengan perilaku kekerasan di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda di (sebagai penyebab), perilaku kekerasan sebaga *core problem*, dan resiko perilaku kekerasan yang diarahkan pada lingkungan sebagai akibat.
2. Menganalisa intervensi teknik De-Eskalasi yang diterapkan secara kontinyu pada pasien dengan perilaku kekerasan diperoleh hasil bahwa pemberian teknik De-Eskalasi dapat mengurangi atau menurunkan respon marah.

#### **B Saran**

1. Bagi Perawat
  - a. Perawat diharapkan mampu memberikan edukasi kesehatan terkait perilaku kekerasan terhadap klien sendiri maupun keluarga klien.
  - b. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada klien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk perilaku kekerasan.
2. *Perawat dapat menerapkan pemberian intervensi dengan teknik teknik De-Eskalasi secara konsisten dan kontinyu pada klien yang mengalami perilaku kekerasan.*

### 3. Keluarga Klien

Keluarga (Kakak) sebaiknya mampu melakukan pengawasan dalam mematuhi program pengobatan, rutin kontrol ke rumah sakit.

### 4. Rumah Sakit

Melakukan evaluasi terhadap kompetensi tindakan teknik De-Eskalasi bagi mahasiswa. Serta membuat SOP (Standar Prosedur Operasional) teknik De-Eskalasi. Sehingga keterampilan tersebut bisa diterapkan di lapangan dengan baik.

### 5. Institusi Pendidikan

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan hasil penelitian ini dengan melakukan penelitian yang lebih baik dan sesuai dengan SPO (Standar Prosedur Operasional). Disarankan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai keefektifan teknik De-Eskalasi terhadap perilaku kekerasan. Hal ini tentu saja akan menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi Vi. Jakarta: Rineka Cipta.

Marian, C. Jane, N. (2011). *Meeting An Aggressive Patient*. Bachelor's thesis.

Hawari, D. (2001). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.

Indrono, W. (2012). *Implementasi Teknik De-Eskalasi Terhadap Penurunan Respon Marah Klien Dengan Perilaku Kekerasan*. Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Surakarta Jurusan Keperawatan

Keliat dkk.(2012) *MODUL Unit Perawatan Intensif Psikiatri*.Penerbit; RSJD AHM Samarinda.

Nasir, A &Muhith, A. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa*.Jakarta :SalembaMedika.

Papalia D.E., Olds, S.W, & Feldman, R.D. 2009.*Human Development (Perkembangan Manusia edisi 10 buku 2)*.(Penerj. Brian Marwensdy). Jakarta: Salemba Humanika.

Richmond, Janet S. (2012). *Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup*. Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health. <https://escholarship.org/uc/item/55g994m6>

RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar), (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Stuart, GW &Sundeen, SJ.(1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*.Penerbit EGC. Jakarta.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa

Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Wiramihardja, S.A.(2005). *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: PT. RefikaAditama.

Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.