

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DENGAN INTERVENSI INOVASI *ASSERTIVENESS TRAINING*
TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG PUNAI
RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA TAHUN 2017**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :
Muhammad Agus Palufi, S.Kep
15.113082.5.0270

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2017**

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan Intervensi Inovasi *Assertiveness Training* terhadap Perubahan Perilaku Kekerasan di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2017

Muhammad Agus P.¹, Dwi Rahmah Fitriani²

ABSTRAK

Schizofrenia merupakan suatu syndrome klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial. Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien Schizofrenia adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Karya Ilmiah Akhir bertujuan untuk menganalisa terapi teknik *Assertiveness Training* yang diterapkan secara kontinyu pada pasien risiko perilaku kekerasan. Hasil analisa menunjukkan bahwa diperoleh hasil bahwa pemberian intervensi terapi teknik *Assertiveness Training* dapat merubah perilaku kekerasan. Terapi yang digunakan untuk pasien resiko perilaku kekerasan yang mengalami masalah mengontrol perilaku kekerasan salah satunya adalah dengan terapi perilaku. Salah satu bentuk dari terapi perilaku adalah dengan teknik *Assertiveness Training*.

Kata kunci : *Assertiveness Training*, perilaku kekerasan, perubahan perilaku

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Dosen Keperawatan, STIKES Muhammadiyah Samarinda

**Analysis of Clinical Nursing Practice in Patients Risk Behavior Interventions
Violence Innovation Assertiveness Training against Violence Behavior
Changes in Punai Room RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
Year 2017**

Muhammad Agus P.¹, Dwi Rahmah Fitriani²

ABSTRACT

Schizophrenia is a clinical syndrome or disease processes that affect perception, emotions, behavior, and social functioning. The main problem that often occurs in patients with schizophrenia are violent behavior. Violent behavior is a situation where someone acts that physically harm either to yourself, others, and the environment. Final Thesis aims to analyze therapy Assertiveness Training techniques are applied continuously to the patient's risk of violent behavior. The analysis shows that the obtained results that administration of therapeutic intervention Assertiveness Training techniques can change violent behavior. The therapy is used for patients risk of violent behavior that is having problems controlling violent behavior of one of them is with behavioral therapy. One form of behavior therapy is a technique Assertiveness Training.

Keywords: Keywords: Assertiveness Training, violent behavior, behavioral changes

¹Student nurses Professional Program, STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Lecturer in Nursing, STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Orang Dengan Gangguan Jiwa yang disingkat dengan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Undang Undang Kesehatan Jiwa No.18, 2014). Hambatan yang dialami oleh klien gangguan jiwa akan mempengaruhi kualitas hidupnya, sehingga menjadi perhatian khusus karena dampak yang diakibatkan tidak hanya pada klien tetapi juga berdampak pada keluarga dan masyarakat. Hal tersebut di atas menunjukkan masalah gangguan jiwa di dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global.

Prevalensi gangguan jiwa menurut WHO tahun 2013 mencapai 450 juta jiwa diseluruh dunia, dalam satu tahun sesuai jenis kelamin sebanyak 1,1 wanita, pada pria sebanyak 0,9 sementara jumlah yang mengalami gangguan jiwa seumur hidup sebanyak 1,7 wanita dan 1,2 pria. Menurut *National Institute of Mental Health (NIMH)* berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2004, diperkirakan 26,2% penduduk yang berusia 18 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa NIMH, (2011) dalam Trigoboff, (2013). Prevalensi gangguan jiwa cukup tinggi dan terjadi pada usia produktif.

Data Riskesdas tahun 2007 menunjukkan Prevalensi Nasional Gangguan Jiwa Berat yaitu Skizofrenia sebesar 0,46%, atau sekitar 1,1 juta orang atau 5,2% dari jumlah penderita Skizofrenia di seluruh dunia sedangkan data Riskesdas Tahun 2013 Prevalensi gangguan jiwa berat (psikosis/ skizofrenia) pada penduduk Indonesia 1,7 per mil atau 1-2 orang dari 1.000 warga di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa berat yang berjumlah 1.728 orang.

Data statistik dari Direktorat Kesehatan Jiwa, masalah kesehatan jiwa dengan klien gangguan jiwa terbesar (70%) adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu antara lain fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realita, merasakan dan menunjukkan emosi serta berperilaku (Stuart & Laraia, 2013). Skizofrenia diakibatkan karena ada gangguan pada struktur otak yang mengakibatkan perubahan kemampuan berpikir, bahasa, emosi, perilaku sosial dan kemampuan berhadapan dengan realita secara tepat (Varcarolis & Halter, 2010). Berdasarkan hal tersebut klien dengan skizofrenia akan mengalami kemunduran dalam kehidupan sehari-hari, hal ini ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab. Selain itu pasien cenderung apatis, menghindari kegiatan dan mengalami gangguan dalam penampilan.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2013 mencatat jumlah pasien masuk untuk dirawat sebesar 1163 jiwa dengan rata-rata jumlah pasien perhari 110 jiwa, dengan presentase 30,3% yang mengalami halusinasi, 22,6% mengalami perilaku kekerasan,

17% dengan isolasi sosial, 10,3% mengalami waham, 17,1 % dengan masalah harga diri rendah, dan 2,7% mengalami resiko bunuh diri, Data tahun 2014 (Januari-Desember) 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 2013 menjadi 24,6 % tahun 2014 (Rekam Medik RSJD AHM 2014).

Menurut Videbeck (2008) klien dengan skizofrenia memiliki karakteristik gejala positif yaitu meliputi adanya waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur yaitu berupa perilaku kekerasan. Berdasarkan gejala positif tersebut yang menyita perhatian cukup besar pada masalah keperawatan jiwa adalah masalah perilaku kekerasan. Prevalensi klien perilaku kekerasan diseluruh dunia di derita kira-kira 24 juta orang. Lebih dari 50 % klien perilaku kekerasan tidak mendapatkan penanganan. Di Amerika Serikat terdapat 300 ribu pasien skizofrenia akibat perilaku kekerasan yang mengalami episode akut setiap tahun. Menurut penelitian di Finlandia di University of Helsinki dan University Helsinki Central Hospital Psychiatry Centre, dari 32% penderita Skizofrenia melakukan tindakan kekerasan, dan 16% dari perilaku kekerasan pada klien mengakibatkan kematian, dari 1.210 klien (Virkkunen, 2009). Dan menurut data Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2010, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia

mencapai 2,5 juta yang terdiri dari pasien perilaku kekerasan. Diperkirakan sekitar 60% menderita perilaku kekerasan di Indonesia (Wirnata, 2012).

Penelitian yang lain menunjukkan bahwa data klien perilaku kekerasan pada berbagai setting, menunjukkan adanya perbedaan dari tiap-tiap negara, Australia 36,85%, Kanada 32,61%, Jerman 16,06%, Italia 20,28%, Belanda 24,99%, Norwegia 22,37%, Kanada 32,61%, Swedia 42,90%, Amerika Serikat 31,92% dan Inggris 41,73%. Studi dilakukan di berbagai setting mulai dari unit akut, unit forensik dan pada bangsal dengan tipe yang berbeda beda. Penelitian dilakukan dengan jumlah total 69.249 klien dengan rata rata sampel 581,9 klien (Bowers, et al, 2011). Angka tersebut tergolong cukup tinggi di berbagai negara di dunia.

Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan coping terhadap stres, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Volavka & Citrome, 2011). Perilaku kekerasan yang muncul pada klien Skizofrenia dikarenakan ketidakmampuan dalam menghadapi stresor, dan melakukan tindakan perilaku kekerasan sebagai coping dalam menghadapi stresor.

Respons perilaku kekerasan berupa respons kognitif, respons afektif, respons fisiologis, respons perilaku, respons sosial. Respons kognitif merupakan respons yang pertama kali muncul yang mendasari perilaku kekerasan (status mental tiba tiba berubah/ labil), respon afektif

merupakan respons yang muncul didasari oleh keyakinan emosi yang tidak rasional (marah, bermusuhan), respons pada fisiologis merupakan respon yang dapat dilakukan observasi terkait dengan perubahan (pernafasan meningkat di >20 x/i, nadi meningkat >80 x/i, produksi keringat meningkat, pandangan mata tajam, pandangan tertuju pada satu objek, muka merah) (Stuart, 2013).

Strategi preventif untuk mencegah terjadi perilaku kekerasan berupa peningkatan kesadaran diri perawat, edukasi klien, dan *Assertiveness Training*. Asertivitas adalah suatu kemampuan untuk mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan kepada orang lain namun dengan tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan pihak lain.

Dalam bersikap asertif, seseorang dituntut untuk jujur terhadap dirinya dan jujur pula dalam mengekspresikan perasaan, pendapat dan kebutuhan secara proporsional, tanpa ada maksud untuk memanipulasi, memanfaatkan ataupun merugikan pihak lainnya (Pratanti, 2007).

Penelitian oleh Sulastris (2008) Survei yang pada 18 klien risiko perilaku kekerasan di Ruang Utari RS Marzoeke Mahdi Bogor dan menerapkan *Assertiveness Training* pada 13 orang (72,2%). Hasil yang didapatkan yaitu dari 13 orang klien risiko perilaku kekerasan yang mendapatkan *Assertiveness Training* dipadu dengan terapi kognitif, *token economy*, *logo therapy*, psikodukasi keluarga, *triangle therapy* menunjukkan peningkatan kemampuan berkomunikasi, perilaku yang baik, peningkatan kemampuan mencari pemecahan masalah dan perubahan pikiran menjadi positif, serta 10 orang klien berhasil pulang.

Data yang di dapat dari RSJ Atma Husada Mahakam bahwa pasien dengan perilaku kekerasan mempunyai dampak yang ditimbulkan seperti kehilangan kontrol dirinya. Dimana pasien mengalami panik dan perilakunya di kendalikan oleh marahnya, dalam situasi ini, pasien dapat melakukan bunuh diri, membunuh orang lain, dan merusak lingkungan.

Berdasarkan dari fenomena diatas maka penulis mengaplikasikan tindakan keperawatan inovatif yaitu pemberian terapi *Assertiveness Training* terhadap perubahan perilaku kekerasan.

B. Perumusan Masalah

Rumusan masalah pada KIAN ini adalah “Bagaimanakah Gambaran Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan Intervensi Inovasi *Assertiveness Training* terhadap Perubahan Perilaku Kekerasan di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisis keperawatan jiwa terhadap kasus kelolaan dengan pasien resiko perilaku kekerasan dengan Intervensi Inovasi *Assertiveness Training* di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners adalah

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan.
- b. Mengidentifikasi perilaku kekerasan sebelum dilakukan teknik *Assertiveness Training* Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
- c. Mengidentifikasi perubahan perilaku kekerasan setelah dilakukan teknik *Assertiveness Training* Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
- d. Menganalisis intervensi Inovasi *Assertiveness Training* yang diterapkan secara kontinyu pada klien kasus kelolaan dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi 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 Rumah Sakit dapat mendukung dan memfasilitasi kegiatan terapi *Assertiveness Training* ini pada pasien dengan perilaku kekerasan.

2. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi teman sejawat dalam menjalankan praktik keperawatan terutama pada saat melakukan asuhan keperawatan pada klien 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 Institusi Pendidikan

Menambah bahan bacaan bagi mahasiswa dan memberikan tambahan acuan bagi mahasiswa yang pada akhirnya nanti akan melakukan penelitian yang sama atau menyerupai dengan penelitian ini.

4. Bagi Penulis

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman baru dalam bidang penelitian terutama mengetahui pengaruh teknik *Assertiveness Training* terhadap Perubahan Perilaku Kekerasan.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi atau masukan dalam melakukan penelitian lainnya yang berhubungan dengan *Assertiveness Training* 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.

Dulunya Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam bernama Samarinda Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda (RSJP) didirikan pada tahun 1993 diatas tanah seluas 20.157 m² yang dibiayai oleh kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa. Pada awalnya RSJP didirikan bersama dengan RumahSakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh kesultanan Kutai dan Kerajaan di Kalimantan Timur.

Sejalan dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No.1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD keperintahan Kabupaten/kota dan surat revisi Depkes No. 196/Menkes-

sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penataan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 dibawah pemerintah kota Samarinda.

Selanjutnya kedudukan Rumah Sakit Atma Husada Mahakam ditetapkan berdasarkan surat keputusan Gubernur Kaltim No. 16 Tahun 2001 tanggal 24 Desember 2001, tentang pembentukan organisasi dan tata kerja unit pelaksanaan teknis pada dinas-dinas provinsi Kalimantan Timur. Pada tahun 2005 untuk menghilangkan stigma di masyarakat. Rumah Sakit Jiwa Samarinda merubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan surat keputusan Gubernur No. 03 tahun 2005 tanggal 17 Januari tahun 2005 (<http://rsjdahm.kaltimprov.go.id/hal-sejarah-rsjd.html>).

Adapun layanan unggulan yang diberikan rumah sakit ini adalah klinik berhenti merokok, klinik hipnoterapi, pelayanan rehabilitasi, penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA dan terapi gangguan tidur. Selain itu rumah sakit memberikan beberapa jenis pelayanan seperti pelayanan rawat inap psikiatri, pelayanan rawat jalan psikiatri, pelayanan rawat inap dan rawat jalan 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 1 pria), Ruang Tiung (kelas II pria), Ruang Enggang (kelas 1 dan 2 wanita), Ruang Elang (kelas III pria), ruang Gelatik (kelas III pria). Ruang punai (kelas III wanita dan Ruang Belibis (kelas III pria).

Ruang IGD merupakan garda terdepan dalam mengatasi kegawatdaruratan psikiatri. Penanganan yang tepat diawal dapat mempercepat proses penyembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Observasi klien pertama masuk juga dilakukan di ruang ini dalam 3x24 jam sebelum dipindahkan ke ruang perawatan inap atau bisa juga langsung dipulangkan 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 resiko perilaku kekerasan di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang dimulai sejak tanggal 18 Juli 07 Januari 2017. Pada kasus diatas yang menjadi alasan masuk klien yaitu klien masuk dengan diantar oleh keluarganya karena klien mengamuk di rumah, teriak- teriak, dan membawa senjata tajam.

Menurut (Damaiyanti, 2010) Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut 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.

Menurut Yosep (2010) perilaku kekerasan merupakan status rentangemosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami

kemarahanebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai respon sangat tidak normal (maladaptif).

Menurut Yosep (2010) faktor predisposisi klien dengan Perilaku Kekerasan ada dua, salah satunya faktor psikologis. Pada faktor psikologis dijelaskan bahwa Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (life span history). Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai komponen adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya . tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJ sudah dari 24 kali. Klien juga tidak pernah mengalami penganiayaan fisik maupun seksual selama sakit serta tidak melakukan tindakan kekerasan. Di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami sakit seperti klien. Pengalaman klien yang paling tidak menyenangkan adalah klien dimarahi oleh suami klien.

Menurut Yosep (2010), pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditujukan pada semua aspek, yaitu biopsikososial- kultural- spiritual dan pada aspek social Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien sering kali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan. Teori ini sudah sesuai dalam pengkajian karena didapatkan data bahwa ketika diajak berbicara, klien mau berinteraksi bila didahului, kontak mata ada tetapi tidak tahan lama.

Pada saat pengkajian klien tidak tampak gelisah, tetapi klien mudah tersinggung, untuk disorientasi waktu, tempat dan orang klien tidak mengalami hal tersebut karena klien mempunyai ingatan yang cukup baik, misalnya makanan yang dimakan klien dapat menyebutkannya, selain klien juga dapat mengingat memori jangka panjang, misalnya klien mengingat bahwa klien adalah seorang istri serta ibu rumah tangga. Hanya saja untuk perubahan kemampuan pemecahan masalah klien agak kesulitan saat mengambil keputusan yang sederhana saat diberi pertanyaan oleh perawat, Misalnya saat diberi pilihan mau berinteraksi dulu atau mau tidur, klien takut mengungkapkan apa yang diinginkan oleh klien.

Pemeriksaan fisik terdiri dari pemeriksaan tanda- tanda vital, kepala, mata, telinga, mulut, leher, dada, abdomen, kulit, dan kuku (Kusyati, 2006).

Hasil pemeriksaan fisik yang penulis lakukan pada klien didapatkan data sebagai berikut : Pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda-tanda vital klien, dengan tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 90 kali/menit, suhu 36°C, respirasi 20 kali/menit, tinggi badan 150 cm, berat badan 54 kg. Dan hasil pengkajian keluhan fisiknya klien mengatakan tidak mempunyai keluhan apa-apa.

Menurut Keliat (2009), pohon masalah pada perilaku kekerasan dapat mengakibatkan klien mengalami kehilangan kontrol pada dirinya, sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Berdasarkan masalah – masalah tersebut, maka disusun pohon masalah yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, resiko perilaku kekerasan sebagai core problem, dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sebagai akibat.

Intervensi yang dilakukan pada masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan pada penelitian ini menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) dan ditambah dengan intervensi inovasi *Assertive Training*.

Strategi pelaksanaan (SP) pada intervensi masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan) dapat diimplementasi secara keseluruhan kepada ibu Y selama 3 hari, hal ini didukung oleh klien telah kooperatif dalam menerima masukan/ intervensi yang diberikan oleh penulis. Begitu juga intervensi inovasi *Assertive Training* dapat diaplikasikan kepada klien selama 3 hari dengan 1 sesi tiap harinya. Intervensi inovasi dilakukan setelah SP 3 Pasien (mengontrol perilaku kekerasan secara social/ verbal) dilaksanakan,

setelah SP 3 P optimal kemudian Intervensi Inovasi dapat dilaksanakan sesuai dengan SOP yang telah dibuat, Latihan SP 3 P hanya bertujuan untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi klien perbedaannya dengan intervensi inovasi adalah *Assertive Training* bertujuan untuk melatih klien untuk dapat berperilaku asertif dalam keadaan dan kondisi apapun.

Sedangkan untuk intervensi keperawatan pada masalah keperawatan harga diri rendah belum dapat di implementasikan kepada klien karena penulis harus terus menerus mengulang tindakan keperawatan intervensi SP resiko kekerasan dan intervensi inovasi agar klien lebih memahami dan lebih bisa mengaplikasikan intervensi tersebut untuk perubahan perilaku kekerasan yang dilakukan klien sehingga intervensi harga diri rendah belum bisa diaplikasikan.

Evaluasi pada masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dari tindakan yang penulis lakukan dapat disimpulkan pada hari pertama, kedua dan ketiga dari risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian karena klien mengatakan tanda dan gejala perilaku kekerasan masih ada tetapi sudah mengalami peningkatan skala RUFAs, perubahan perilaku kekerasan mulai terjadi setelah melakukan tindakan SP 1P sampai SP 5 P dan Perubahan makin signifikan setelah klien dilatih teknik *Assertive Training*.

C. Analisis Intervensi Inovasi

Pada salah satu intervensi penulis melakukan intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan risiko perilaku sekaligus mengatasi masalah penurunan emosi pada klien NY. Y. Intervensi inovasi ini berupa tindakan terapi *Assertive Training*:

Intervensi ini dilakukan sejak tanggal 13-15 Januari 2017, adapun hasil evaluasi sebagai berikut :

Tabel 4.1 Hasil Evaluasi Intervensi Inovasi

No	Hari Tgl	Sebelum	Sesudah
1	13/01/2017	<p>Subyektif :</p> <p>Klien mengatakan : “Saya mengamuk dirumah karena tidak dikasih uang untuk saya, saya disuruh suami saya meminta uang dengan orang tua saya, dan saya takut suami saya marah kalau saya tidak memberi suami saya uang.</p> <p>Objektif :</p> <p>Ekspresi serius kadang tegang, Emosi klien labil, mudah tersinggung, Intonasi sedang, tidak mengancam, pandangan tajam dan terkadang melotot</p> <p>RUFA : (Skor : 11-20)</p>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan persoalan yang dihadapi klien adalah klien susah mengungkapkan apa yang dirasakan klien, klien cenderung memendam dan ketika sudah menumpuk emosi klien meledak - Klien mengatakan marah dan mengamuk karena tidak diberi orang tua klien uang untuk suami klien - Klien mengatakan takut mengungkapkan apa yang klien rasakan pada suami klien <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menceritakan persoalan klien dan terkadang terlihat ingin marah - Klien kooperatif saat berkomunikasi - Emosi labil, intonasi verbal sedang, mudah tersinggung, ekspresi tegang, pandangan sudah tidak tajam, dan mata sudah tidak melotot lagi <p>RUFA II (Skor : 11-20)</p>
2	14/01/17	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan : “Keadaan saya baik-baik saja, Saya mungkin sudah bisa mengontrol marah saya dengan cara mengungkapkan apa yang saya rasakan.</p>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mencoba melatih dan apa yang harus dikatakan saat menghadapi situasi yang membuat klien kurang nyaman - Klien mengatakan setelah

		<p>Objektif : Emosi labil, intonasi verbal sedang, mudah tersinggung, ekspresi tegang, pandangan sudah tidak tajam, dan mata sudah tidak melotot lagi</p> <p>RUFA II (Skor : 11-20)</p>	<p>belajar cara yang diajarkan perawat klien merasa lebih tenang.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat teman saya meminta uang biasanya saya kasih Rp.2000, tapi kemarin saya katakana maaf, saya juga perlu uang untuk jajan saya. <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emosi stabil, intonasi verbal sedang, klien sudah tidak mudah tersinggung, ekspresi sudah tidak tegang, pandangan tidak tajam, mata tidak melotot. - Klien kooperatif saat berkomunikasi <p>RUFA III (Skor : 21-30)</p>
3	15/01/17	<p>Subyektif : Klien mengatakan : "Kondisi saya semakin baik, Saya merasa nyaman dan mungkin marah saya bisa terkontrol"</p> <p>Obyektif : kontak mata masih fokus dan nada bicara sudah mulai terkontrol</p> <p>RUFA III (Skor : 21-30)</p>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah melatih apa yang harus dikatakan saat menghadapi situasi yang membuat klien kurang nyaman - Klien mengatakan saat pulang nanti klien akan mencoba mengutarakan apa yang klien rasakan kepada suami klien secara baik- baik <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emosi stabil, intonasi verbal sedang, klien sudah tidak mudah tersinggung, ekspresi sudah tidak tegang, pandangan tidak tajam, mata tidak melotot. - Klien kooperatif saat berkomunikasi <p>RUFA III (Skor : 21-30)</p>

Berdasarkan hasil intervensi inovasi diatas setelah dilakukan terapi *Assertive Training* menunjukkan perubahan perilaku kekerasan dari skala RUFA II dengan tanda dan gejala ekspresi serius kadang tegang, Emosi klien labil, mudah tersinggung, Intonasi sedang, tidak mengancam, pandangan tajam dan melotot menjadi skala RUFA III dengan tanda dan

gejala emosi stabil, intonasi verbal sedang, klien sudah tidak mudah tersinggung, ekspresi sudah tidak tegang, pandangan tidak tajam, mata tidak melotot. Hal tersebut menjadi indikator klien dapat menurunkan emosi yang dirasakan dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Dyah Wahyuningsih (2011) dengan judul penurunan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan *assertiveness training* (AT). Hasil penelitian menunjukkan setelah dilakukan terapi *assertive training* terjadi penurunan pada perilaku kekerasan. *assertiveness training* dapat dijadikan alternatif terapi baru sebagai terapi tambahan guna menurunkan perilaku kekerasan pada klien dengan riwayat perilaku kekerasan.

Risiko perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat menciderai orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif (Keliat dkk, 2006).

Aksis HPA (*Hypothalamus Pituitary Adrenal*) merupakan pengaturan system neuendokrin, metabolisme serta gangguan perilaku. HPA terdiri dari 3 komponen yaitu CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*), ACTH (*Adrenocorticotropin Hormone*) dan kortisol. CRH menstimulasi ACTH, hiperaktivitas dari HPA merupakan akibat reduksi baik jumlah maupun fungsi dari reseptor kortisol. HPA dan serotonergik berkaitan erat dimana sistem limbik mengatur bangun dan terjaga dari tidur, rasa lapar dan dalam emosi atau pengaturan *mood* (Purba, 2006).

Orang mengalami ketegangan yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis. Dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang sehingga timbul perasaan rileks. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghantarkan CRH dan CRH mengaktifkan *anterior pituitary* sekresi ACTH menurunkan kemudian ACTH mengontrol *adrenal cortex* untuk mengendalikan sekresi kortisol. Menurunnya kadar ACTH dan kortisol menyebabkan stres dan ketegangan menurun yang akhirnya dapat menurunkan tingkat depresi (Rice,2006).

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan diruang Punai Atma Husada Mahakam Samarinda ini melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain sehingga dapat bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan secara optimal. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis melakukan tindakan secara mandiri, penulis melakukan tindakan secara mandiri,tindakan kolaborasi dengan dokter dan tim lainnya.

Perawat memiliki peran utama untuk memberikan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan klien. Konsulen yang baik dapat membangkitkan harapan dan percaya diri pada pasien sehingga ketakutan, rasa sakit, kecemasan terhadap segala hal apapun akan hilang serta system kekebalan tubuh akan meningkat, memperbaiki system kimia tubuh yang memperlancar darah sehingga nutrisi dan suplai oksigen kedalam

tubuh terserap dengan baik yang akan menjadikan kekebalan tubuh dan kekuatan psikis meningkat sehingga mempercepat proses penyembuhan.

Penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan kombinasi dari Strategi Pelaksanaan (SP) yang berguna untuk pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan saat berinteraksi atau komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa.

Tindakan terapi *assertiveness training* terbukti efektif dalam menurunkan emosi dengan hasil penelitian yang didukung oleh konsep teori dan jurnal-jurnal penelitian yang ditemukan sehingga perawat dapat mengimplementasikan pada kasus perilaku kekerasan yang berada pada skala RUFA II, sehingga tindakan terapi *assertiveness training* menjadi suatu pelengkap yang efektif untuk mengatasi perilaku kekerasan disamping tindakan lainnya. Hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk mendukung dalam pelaksanaan tindakan terapi *assertiveness training* adalah lingkungan yang tenang dan pikiran yang fokus agar dapat berkonsultasi dan mengungkapkan perasaan dengan nyaman.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Asuhan keperawatan jiwa pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda didapatkan 3 masalah keperawatan yang sesuai teori dan kasus yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, resiko perilaku kekerasan sebagai core problem, dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sebagai akibat.
2. Sebelum klien dilakukan tindakan *Assertive Training* klien menunjukkan tanda dan gejala perilaku kekerasan berupa : mata melotot, intonasi verbal sedang, emosi labil, mudah tersinggung dan ekspresi tegang serta pandangan tajam dengan skala RUFA II.
3. Setelah klien dilakukan tindakan terapi *Assertive Training* Emosi klien stabil, intonasi verbal sedang, klien sudah tidak mudah tersinggung, ekspresi sudah tidak tegang, pandangan tidak tajam, mata tidak melotot.
4. Intervensi inovasi *Assertive Training* menunjukkan bahwa ada terjadi perubahan perilaku kekerasan dari rentang respon kekerasan (Maladaptif) menjadi frustrasi sampai asertif (Adaptif). Hal tersebut menjadi indikator bahwa *Assertive Training* dapat merubah perilaku kekerasan dengan masalah resiko perilaku kekerasan

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan. Penetapan SOP tindakan terapi *Assertive Training* sebagai asuhan keperawatan dapat

dilakukan sebagai salah satu metode merubah perilaku kekerasan pada klien resiko perilaku kekerasan.

2. Bagi Perawat

Perawat sebagai educator dapat memberikan informasi dan pendidikan kesehatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan berupa metode perubahan perilaku kekerasan dengan tindakan terapi *Assertive Training*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan menjadi referensi tambahan sehingga dapat menerapkan tindakan terapi *Assertive Training* dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan.

4. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat memberikan intervensi inovasi lainnya dalam perubahan perilaku kekerasan pada klien risiko perilaku kekerasan.

5. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan dapat menjadi salah satu referensi rujukan saat melakukan penelitian tentang *Assertive Training* dan dapat melakukan penelitian lebih lanjut tentang tehnik *Assertive Training*.

DAFTAR PUSTAKA

- Corey, Gerald. 2007. *Teori dan Praktek Konseling & Psikoterapi*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Damaiyanti, Mukhriyah dan Iskandar.(2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.
- [http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR. PEND. LUAR BIASA/196002011987031-SUNARDI/karya_tls_materi_ajar_pdf/LATIHAN_ASERTIF.pdf](http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND._LUAR_BIASA/196002011987031-SUNARDI/karya_tls_materi_ajar_pdf/LATIHAN_ASERTIF.pdf) diunduh pada 15 Januari 2017.
- <http://keperawatanregulerpoltek.blogspot.com/2010/05/asertiftraining.html> diakses tanggal 15 Januari 2017.
- <http://lutfifauzan.wordpress.com/2010/01/12/makalah-konseptual-assertive-training/> diunduh pada 15 Januari 2017.
- Indrono, Wahyu & Caturini, Endang. (2012). *Implementasi Teknik respon marah klien dengan perilaku kekerasan*. Surakarta: Kementriam \Kesehatan Politeknik Kesehatan Surakarta Jurusan Keperawatan..
- Isaacs, A. (2005). *Panduan belajar: keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. Jakarta: EGC
- Kaplan & Sadock. (2007). *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Kozier, Erb, Berman & Snyder, (2011). *Buku Fundamental Keperawatan Konsen. Proses dan Praktik Volume 1*. Jakarta: EGC
- Keliat, dkk (2006). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Edisi I, Jakarta : EGC
- Lench, Heather C. *Anger Management: Diagnostic Differences And Treatment Implications*. *Journal of Social and Clinical Psychology* 23. 4 (Aug 2014): 512-531.
- Moorhead sue, et.all (2013). *Nursing Outcomes Classafication (NOC)*. 5th edition. By Mosby, an imprint of Elsevier Inc.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: EGC

- Setyoadi, K. (2011). *Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa pada Klien Psikogeriatrik*. Jakarta : Salemba Medika
- Stuart & Sudden, (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Sustrani, L., Alam, S., Hadibroto, I. (2004). *Hipertensi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama Anggota IKAPI
- Synder, M. & Lanquist, R. 2002. *Complementary/Alternative Therapies In Nursing* (4 th ed). New York: Springer Publising Company.
- Spiritia (2005), *Seri Buku Kecil Terapi Alternatif*, Jakarta : Yayasan Spiritia.
- Stuart GW, Sundeen. (1998). *Principles and Practice of Psykiatric Nursing* (5 th ed.). St.Louis Mosby Year Book.
- Townsend, M.C. 2014. *Buku saku Diagnosa Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri*, edisi 3. EGC :.Jakarta.
- Tim Direktorat Keswa, *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa, Edisi 1*, Bandung, RSJP Bandung, 2000.
- Wahyuningsih, Dyah dkk. (2011). *Penurunan perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia dengan Assertiveness Training (AT)*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Diperoleh pada tanggal 26 Agustus 2015.
- Williams, L & Wilkins. 2005. *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik, Edisi: 3* (Rahayu, D.P, penerjemah). EGC : Jakarta.
- Kusumawati, farida. 2010. *Buku ajar keperawatan jiwa*.Jakarta : Salemba Medika
- Ma'rifatul, lilik.2011. *keperawatan jiwa*.yogyakarta:graha ilmu
- Pratanti.(2008). *Perilaku Asertif*. Diakses tanggal 20 Januari 2017 di zhalabe.blogspot.com
- Sofyan S.Willis, *Konseling Keluarga*, (Bandung : CV Alfabeta, 2011).
- Yosep,I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama