

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
PERILAKU KEKERASAN DENGAN TEKNIK ASERTIVENESS TRAINING
TERHADAP PENURUNAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG
ELANG RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH:

MILA, S.Kep

NIM. 14.11.3082.5.0114

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

2015

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Pasien Perilaku
Kekerasan dengan Teknik Assertiveness Training di Ruang IGD RSJD
Atma Husada Mahakam Samarinda**

Mila, Rusni Masnina²

INTISARI

Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat disebabkan karena frustrasi dan takut. Gejala klinisnya percaya diri kurang, rasa bersalah terhadap diri sendiri, perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit, gangguan hubungan sosial, menciderai diri akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram. Strategi preventif untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan berupa peningkatan kesadaran diri perawat, edukasi klien dan *Assertiveness Training*. *Assertiveness Training* adalah suatu terapi spesialis melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi. Assertive training mengajarkan cara berkomunikasi yang menizinkan seseorang untuk mengekspresikan perasaan, pendapat, dan kebutuhan untuk mendapatkan umpan balik yang efektif. Komunikasi yang asertif akan membantu seseorang untuk saling menghargai, sehingga mampu berbicara dan percaya diri. Cara berkomunikasi seperti ini akan juga mampu membantu seseorang untuk menyelesaikan konflik dengan orang lain

¹ Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

² STIKES Muhammadiyah Samarinda

Analysis of the Nursing Clinical Practice in Mental Patients with Violent Behavior Techniques to Decrease Assertiveness Training Violent Behavior in the Elang Room Atma Husada Mahakam Mental Hospital 2015

Mila,Rusni Masnina²

ABSTRACT

Violent behavior is a form of behavior that is intended to injure a person, both physically and psychologically. Violent behavior can be caused by frustration and fear. Clinical symptoms are less confident, guilt towards oneself, feeling ashamed of themselves due to illness, impaired social relationships, self harm as a result of low self-esteem along with hope that bleak. Preventive strategies to prevent switching violent behavior by increasing awareness of self-nurses, educating clients and Assertiveness training. Training assertiveness is a specialist therapy training interpersonal communication skills in a variety of situations. Assertive training teaches how to communicate that allow forest person to express feelings, opinions, and needs to get feedback efektif. Assertive communication will help one to appreciate each other, so as to speak and confident. How to communicate like this will also be able to help someone to resolve conflicts with others

¹ Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

² STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Manusia adalah makhluk holistik dipengaruhi oleh lingkungan dari dalam dirinya dan lingkungan baik keluarga, kelompok maupun komunitas. Dalam berhubungan dengan lingkungan manusia harus mengembangkan strategi koping yang efektif agar mampu beradaptasi. Umumnya manusia memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan baik. Namun juga ada individu yang mengalami kesulitan untuk melakukan penyesuaian dengan persoalan yang dihadapi. Mereka bahkan gagal melakukan koping yang sesuai tekanan yang dialami, atau mereka menggunakan koping yang negative, koping yang tidak menyelesaikan persoalan dan tekanan tapi lebih pada menghindari atau mengingkari persoalan yang ada (Sulistiawati, 2005).

Kegagalan dalam memberikan koping yang sesuai dengan tekanan yang dialami dalam jangka panjang mengakibatkan individu mengalami berbagai macam gangguan mental. Gangguan mental tersebut sangat bervariasi, tergantung dari berat ringannya sumber tekanan, perbedaan antara individu, latar belakang individu yang bersangkutan (Siswanto, 2007).

Gangguan mental atau gangguan jiwa adalah suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang dan dikaitkan dengan adanya distress (misal: gejala nyeri) atau disabilitas (kerusakan pada satu atau lebih area fungsi yang penting) atau disertai peningkatan resiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas, atau sangat kehilangan kebebasan (*American Psychiatric Association* Dalam

NIC,2005). Hasil Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) tahun 2009 didapatkan sebesar 185 per 1.000 penduduk rumah tangga dewasa menunjukkan adanya gejala gangguan kesehatan jiwa baik yang ringan maupun berat (Kemenkes, 2010).

Gangguan jiwa berat ada tiga macam yaitu skizofrenia, gangguan bipolar dan psikosis akut. Dengan skizofrenia yang paling dominan yaitu sejumlah 1% hingga 3% dari total populasi warga dunia. Tanda skizofrenia yang ditinjau dari perilaku penderita yaitu menarik diri dari aktifitas sehari-hari, gelisah tidak bisa diam, perilaku aneh, defisit perawatan diri, menjawab pertanyaan yang tak berhubungan, bertindak agresif dan tanpa sebab yang jelas penderita sering marah (NIC,2005).

Menurut WHO (*world health organization*) ada satu dari empat orang di dunia yang mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan jiwa. Masyarakat umum terdapat 0,2-0,8% penderita skizofrenia dan dari 120 juta penduduk.

Salah satu gangguan jiwa yang ada di masyarakat adalah perilaku kekerasan atau rasa amarah yang berlebihan. Kemarahan atau perilaku kekerasan adalah salah satu bentuk emosi manusia yang sepenuhnya bersifat normal dan setiap individu pasti pernah mengalaminya dengan berbagai alasan, tapi jika marah tidak dapat dikendalikan dengan tepat dan bersifat destruktif maka akan berpotensi menimbulkan masalah baru di keluarga dan hubungan interpersonal (Widodo, 2009).

Prevalensi gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di Provinsi daerah khusus ibu kota Jakarta 24,3%, diikuti Nanggroe Aceh Darussalam 18,5%, Sumatra barat 17,7%, NTB 10,9%, Sumatra Selatan 9,2 %, dan Jawa Tengah 6,8% (Depkes RI,2008). Berdasarkan riset kebutuhan dasar (2007), menunjukkan bahwa prevalensi gangguan secara nasional mencapai 5.6% dari jumlah penduduk, dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat empat sampai lima orang menderita gangguan jiwa.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2011 mencatat jumlah pasien masuk untuk dirawat sebesar 1102 jiwa dengan rata-rata jumlah pasien perhari 237 jiwa 801 dengan kasus skizofrenia dan pada tahun 2012 tercatat jumlah pasien masuk mencapai 1.151 jiwa dengan rata-rata jumlah pasien per hari 245 jiwa 194 jiwa diantaranya laki-laki atau sekitar 79,2 % dan 60 jiwa perempuan atau sekitar 27,8 %, 832 dengan kasus skizofrenia (Rekam Medis RSJD AHM).

Berdasarkan hasil *survey* keperawatan pada tahun 2012 menunjukkan bahwa perilaku kekerasan atau resiko perilaku kekerasan berada pada urutan kedua setelah halusinasi dengan jumlah 22,9% dari jumlah rata-rata pasien perhari sebesar 245. Menurut sumber data dari Rekam Medis yang penulis kumpulkan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) Provinsi Kalimantan Timur pada bulan Juni 2013 jumlah pasien dengan perilaku kekerasan yang berada di ruang kelas I, II, III, laki-laki dan perempuan sebanyak 56 orang.

Strategi preventif untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan berupa peningkatan kesadaran diri perawat, edukasi klien dan *Assertiveness Training* (Stuartt& Larian 2005). *Assertiveness Training* adalah suatu terapi spesialis melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi (Stuartt& Larian 2005).

Penelitian oleh Vincik (1983), menyatakan bahwa pemberian *Assertiveness Training* berpengaruh menurunkan perilaku agresif, sehingga perilaku asertif meningkat. *Survey* yang pada 18 klien risiko perilaku kekerasan di ruang uteri rumah sakit marzoeki mahdi bogor oleh sulastris (2008) dan menerapkan *Assertiveness Training* pada 13 orang (72,2%). Hasil yang didapatkan yaitu dari 13 orang klien risiko perilaku kekerasan yang mendapatkan *Assertiveness Training* menunjukkan peningkatan kemampuan berkomunikasi, perilaku baik, peningkatan kemampuan mencari pemecahan masalah dan perubahan pikiran positif.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dijelaskan diatas, maka rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah : “Bagaimana gambaran analisis asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan di ruang IGD Rumah Sakit Jiwa Atma Husda Mahakam Provinsi Kalimantan Timur?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk melakukan analisis terhadap kasus kelolaan pada klien perilaku kekerasan di

ruang IGD Rumah Sakit Jiwa Atma Husda Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners adalah:

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan
- b. Menganalisa intervensi *Assertiveness Training* yang di terapkan secara kontinyu pada klien kasus kelolaan dengan diagnosa perilaku kekerasan

D. Manfaat Penelitian

Penulisan karya ilmiah akhir ners (KIAN) ini di harapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek, yaitu:

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Pasien

Menambah pengetahuan tentang teknik *Assertiveness Training* untuk mengurangi perilaku kekerasan dan merileksasikan diri terhadap rasa emosi yang berlebih pada klien perilaku kekerasan.

b. Bagi perawat

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman, serta memperkuat dukungan bagi perawat dalam pelaksanaan *Assertiveness Training* sebagai intervensi keperawatan mandiri dalam masalah perilaku kekerasan dan merileksasikan diri.

c. Bagi tenaga kesehatan lain

Menambah pengetahuan tentang tehnik *Assertive Training* dalam penurunan perilaku kekerasan dan merileksasikan diri.

2. Manfaat Keilmuaan

a. Bagi penulis

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman baru dalam bidang penelitian terutama mengetahui pengaruh tehnik *Assertive Training* terhadap penurunan perilaku kekerasan.

b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan rujukan bagi bidang diklat keperawatan dalam mengembangkan kebijakan terkait dengan pengembangan kompetensi perawat jiwa dalam memberikan asuhan keperawatan.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Member rujukan bagi instiusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran dengan melakukan intervensi inovasi berdasarkan riset-riset terkini

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan refrensi untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut tentang penurunan perilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Perilaku kekerasan sukar diprediksi. Setiap orang dapat bertindak keras tetapi ada kelompok tertentu yang memiliki resiko tinggi yaitu pria berusia 15 sampai 25 tahun, orang kota, kulit hitam, atau subgroup dengan budaya kekerasan, peminum alcohol (Purba,dkk,2008).

Perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditujukan untuk melukai atau mencelakaan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut (Purba,dkk,2008). Menurut Stuart dan Sundeen, perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif.

Perasaan marah normal bagi setiap individu. Namun, pada pasien perilaku kekerasan mengungkapkan rasa kemarahan secara fluktuasi sepanjang rentang adaptif dan maladaptive. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan/kebutuhan yang tidak terpenuhi yang tidak dirasakan sebagai ancaman. Marah merupakan emosi yang memiliki cirri-ciri aktivitas sistem saraf parasimpatik yang tinggi dan adanya perasaan tidak suka yang sangat kuat biasanya ada kesalahan, yang mungkin nyata-nyata kesalahannya atau mungkin juga tidak. Pada saat marah ada perasaan ingin menyerang, meninju,

menghancurkan atau melempar sesuatu dan biasanya timbul pikiran yang kejam. Bila hal ini disalurkan maka akan terjadi perilaku agresif (Purba,dkk,2008).

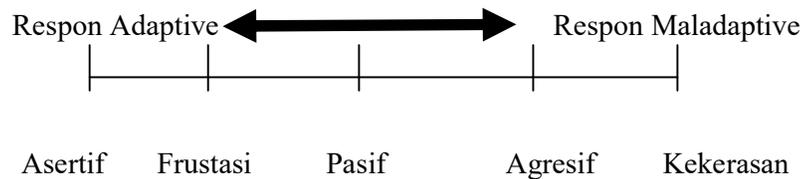
Keberhasilan individu dalam berespon terhadap kemarahan dapat menimbulkan respon asertif yang merupakan kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain dan akan memberikan kelegaan pada individu serta tidak akan menimbulkan masalah. Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri atau respon melawan dan menentang. Respon melawan dan menentang merupakan respon maladaptive yaitu agresif kekerasan (Purba,dkk,2008).

Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan. Pasif merupakan respon lanjutan dari frustrasi dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang sedang dialami untuk menghindari suatu tuntutan nyata. Agresif adalah perilaku menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam destruktif dan masih dapat terkontrol. Perilaku yang tampak dapat berupa muka masam, bicara kasar, menuntut, dan kasar disertai kekerasan. Amuk atau kekerasan adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Apabila marah tidak terkontrol sampai respons maladaptive (kekerasan) maka individu dapat menggunakan perilaku kekerasan (Purba,dkk,2008).

2. ANATOMI DAN FISIOLOGI

a. Rentang Respon

Respon kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif-maladaptive (Stuart dan Sudden, 2002).



Keterangan :

- Asertif : ungkapan tanpa menyakit orang akan memberi kelegaan pada individu dan tidak akan menimbulkan masalah.
- Frustrasi : respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan karena tujuan yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan.
- Pasif : diam dan merasa tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
- Agresif : perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol. Perilaku yang tampak berupa muka masam, bicara kasar, menuntut, kasar disertai kekerasan.
- Kekerasan : dapat disebut juga dengan amuk yaitu perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Contohnya membanting barang-barang , menyakiti diri sendiri (bunuh diri).

3. Etiologi

Faktor-faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan menurut Purba,dkk,2008 adalah sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan menurut teori biologik, teori psikologis dan teori sosiokultural:

1) Teori Biologik

Teori Biologik terdiri dari beberapa pandangan yang berpengaruh terhadap perilaku:

a) Neurobiologik

Ada 3 area pada otak yang berpengaruh terhadap proses impuls agresif: sistem *limbic*, lobus frontal dan *hypothalamus*. Neurotransmitter juga mempunyai peranan dalam manifestasi atau menghambat proses impuls agresif. Sistem limbik merupakan sistem informasi ekspresi perilaku dan memori. Apabila ada gangguan pada sistem ini maka akan meningkatkan atau menurunkan potensial perilaku kekerasan. Adanya gangguan pada lobus frontal maka individu tidak mampu membuat keputusan, kerusakan pada penilaian, perilaku tidak sesuai, dan agresif. Beragam komponen dari sistem neurologis mempunyai implikasi memfasilitasi timbulnya sifat agresif. Pusat otak atas secara konstan berinteraksi dengan pusat agresif.

b) Biokimia

Berbagai *neurotransmitter* (*epinephrine*, *norepinephrine*, *dopamine*, *asetikolin* dan *serotonin*) sangat berperan dalam memfasilitasi atau menghambat impuls agresif. Teori ini sangat konsisten dengan *fight* atau *flight* yang dikenalkan oleh Selye dalam teorinya tentang respon terhadap stress.

c) Genetik

Penelitian membuktikan adanya hubungan langsung antara perilaku agresif dengan genetik karyotype XYY.

d) Gangguan otak

Sindroma otak organik terbukti sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindakan kekerasan. Tumor otak, khususnya yang menyerang sistem *limbic* dan lobus temporal, trauma otak yang menimbulkan trauma serebral dan penyakit seperti *ensefalitis* dan *epilepsy*, khususnya lobus temporal terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindakan kekerasan.

2) Teori Psikologi

a) Teori Psikoanalitik

Teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kebutuhan untuk mendapatkan kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri rendah. Agresi dan tindak kekerasan memberikan kekuatan dan prestise yang dapat

meningkatkan citra diri dan memberikan arti dalam kehidupannya. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakterdayaan dan rendahnya harga diri.

b) Teori Pembelajaran

Anak belajar melalui perilaku maniru dari contoh peran mereka, biasanya orang tua sendiri. Contoh peran tersebut ditiru karena dipersepsikan sebagai prestise atau berpengaruh, atau jika perilaku tersebut diikuti dengan pujian yang positif. Anak memiliki persepsi ideal tentang orang tua mereka selama tahap perkembangan awal. Namun, dengan perkembangan yang dialaminya, mereka mulai meniru pola perilaku guru, teman dan orang lain. Individu yang dianiaya ketika masih kanak-kanak atau mempunyai orang tua yang mendisiplinkan anak mereka dengan hukuman fisik akan cenderung untuk berperilaku kekerasan setelah dewasa.

c) Teori sosiokultural

Pakar sosiolog lebih menekankan pengaruh faktor budaya dan structural sosial terhadap perilaku agresif. Ada kelompok sosial yang secara umum menerima perilaku kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan masalahnya. Masyarakat juga berpengaruh pada perilaku tindak kekerasan, apabila individu menyadari bahwa kebutuhan

dan keinginan mereka tidak dapat terpenuhi secara konstruktif. Penduduk yang ramai/padat dan lingkungan yang rebut dapat beresiko untuk perilaku kekerasan. Adanya keterbatasan sosial dapat menimbulkan kekerasan dalam hidup individu.

b. Faktor presipitasi

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

- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- 2) Ekpresi diri tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi
- 3) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 4) Ketidaksipan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seseorang yang dewasa
- 5) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi
- 6) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap pertumbuhan atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

4. Tanda dan gejala perilaku kekerasan

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

a. Fisik

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Postur tubuh kaku
- 6) Jalan mondar mandir

b. Verbal

- 1) Bicara kasar
- 2) Suara tinggi, membentak dan berteriak
- 3) Mengancam secara verbal atau fisik
- 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- 5) Suara keras
- 6) Ketus

c. Perilaku

- 1) Melempar atau memukul bantal/ orang lain
- 2) Menyerang orang lain
- 3) Melukai diri sendiri/orang lain
- 4) Merusak lingkungan
- 5) Amuk/agresif

d. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, megamuk, ingin berkelahi, meyalahkan dan menuntut.

e. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan sarkasme

f. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

g. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran

h. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

5. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping pasien, sehingga dapat membantu pasien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan masalahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement* (dapat mengungkapkan kemarahan pada objek yang salah, misalnya pada saat marah pada dosen, mahasiswa mengungkapkan kemarahan dengan memukul tembok). Proyeksi yaitu kemarahan dimana secara verbal mengalihkan kesalahan diri sendiri pada orang lain yang dianggap berkaitan, misalnya pada saat nilai buruk seseorang mahasiswa menyalahkan dosennya atau menyalahkan sarana kampus atau menyalahkan administrasi yang tidak becus mengurus nilai. Mekanisme

koping lainnya adalah represi, di mana individu merasa seolah-olah tidak marah atau tidak kesal. Ia tidak mencoba menyampaikannya kepada orang terdekat atau ekspres feeling, sehingga rasa marahnya tidak terungkap dan ditekan sampai ia melakukannya.

Perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang karena ditinggal ditinggal seseorang yang dianggap sangat berpengaruh dalam hidupnya. Bila kondisi tersebut tidak berakhir menyebabkan perasaan harga diri rendah sehingga sulit untuk bergaul dengan orang lain.

Bila ketidakmampuan bergaul dengan orang lain ini tidak diatasi akan timbul halusinasi yang menyuruh untuk melakukan tindakan kekerasan dan ini berdampak terhadap mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Selain diakibatkan oleh budaya yang berkepanjangan, dukungan keluarga yang kurang baik untuk menghadapi keadaan pasien mempengaruhi perkembangan pasien (koping keluarga tidak efektif), hal ini tentunya menyebabkan pasien akan sering keluar masuk rumah sakit dan timbulnya kekambuhan pasien karena dukungan keluarga tidak maksimal (Fitria,2009).

B. Perilaku pasien

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organism (mahluk hidup) yang bersangkutan (Notoatmodjo,2007) dirumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Notoatmodjo (2007) membagi perilaku manusia ke

dalam tiga domain, ranah atau kawsa, yaitu kognitif, afektif, psikomotor. Selanjutnya ketiga ranah tersebut dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yang lebih dikenal sebagai pengetahuan, sikap, dan praktek atau tindakan.

Sikap atau afektif merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap ini merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoatmodjo,2007).

Perilaku yang dipelajari oleh pasien untuk mengendalikan perilaku kekerasan dengan memberikan pengetahuan tentang perilaku kekerasan (pasien mengenal perilaku kekerasan), meliputi penyebab, tanda dan gejala, akibat perilaku kekerasan. Selain itu pasien diajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik I (tarik nafas dalam), latihan fisik II (memukul bantal), cara verbal, cara spiritual dan patuh minum obat. Agar pasien mampu mengendalikan perilaku kekerasannya secara mandiri perlu dilakukan latihan setiap hari secara terjadwal sehingga tindakan yang dilakukan menjadi budaya pasien untuk mengendalikan perilaku kekerasannya disaat perilaku kekerasannya muncul. Jadwal yang telah di tetapkan bersama pasien akan dievaluasi oleh perawat secara terus menerus sehingga mampu melakukan secara mandiri (Keliat,2001).

Perubahan perilaku yang diharapkan pada pasien perilaku kekerasan adalah mampu melakukan apa yang diajarkan untuk mengendalikan perilaku kekerasannya. Pembelajaran tentang perilaku

sehat pasien tentang cara mengendalikan perilaku kekerasan dilakukan perawat melalui asuhan keperawatn yang diberikan.

Pasien dikatakan telah memiliki kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan bila telah memiliki kemampuan psikomotor. Pasien dikatakan mampu mengontrol perilaku kekerasan jika pasien telah mengenal perilaku kekerasan yang dialaminya, mampu menyebutkan kelima cara mengendalikan perilaku kekerasan, mampu mempraktekkan kelima cara yang telah diajarkan, dan melakukan latihan sesuai jadwal (Keliat,2001).

C. Strategi Pertemuan Perilaku kekerasan

Strategi pertemuan adalah pelaksanaan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada pasien dan keluarga pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa.

2.1 Tabel Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan
Pasien mampu: Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan b. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan c. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan	Pasien dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat serta mampu mempragakA n cara fisik I untuk	SP1p 1. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan 3. Identifikasi perilaku kekerasan yang

<p>yang dilakukan</p> <p>d. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, spiritual dan patuh minum obat</p>	<p>mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>dilakukan</p> <p>4. Identifikasi akibat perilaku kekerasan</p> <p>5. Sebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1, fisik 2, secara verbal, spiritual dan patuh minum obat.</p> <p>6. Bantu pasien mempraktekan cara latihan fisik I</p> <p>7. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol PK secara fisik I kedalam jadwal kegiatan harian.</p>
	<p>Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu</p>	<p>Sp2p</p> <p>1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (sp 1)</p> <p>2. Bantu pasien mempraktekan</p>

	<p>memperagakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan.</p>	<p>latihan cara mengontrol secara fisik 2 (memukul bantal).</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol pk secara fisik 2 ke dalam jadwal kegiatan harian.</p>
	<p>Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara sosial/verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>Sp3p</p> <p>1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien(sp 1 dan 2)</p> <p>2. Bantu pasien mempraktekkkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal</p> <p>a. Menolak dengan baik</p> <p>b. Meminta dengan baik</p>

		<p>c. Mengungkapkan dengan baik</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol pk secara verbal ke dalam jadwal harian</p>
	<p>Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan.</p>	<p>Sp4p</p> <p>1. Evaluasi jadwal kegiatan pasien (sp 1,2,3)</p> <p>2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual; shalat dan berdoa</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol pk secara spiritual ke dalam jadwal harian</p>
	<p>Pasien dapat</p>	<p>Sp5p</p>

	<p>menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan memperagakan cara minum obat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal pasien (sp 1,2,3,4) 2. Bantu pasien mempraktekan latihan cara minum obat yang teratur; <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pentingnya minum obat b. Jelaskan akibat putus obat c. Jelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai dengan program d. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat e. Jelaskan program pengobatan dengan prinsip 5B 3. Anjurkan pasien memasukkan waktu minum obat dalam
--	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		kegiatan harian
Kelurga mampu merawat pasien dengan perilaku kekerasan dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien	Keluarga dapat menyebutkan penyebab, tanda, gejala, akibat dan cara merawat pasien serta mempragakan mengontrol perilaku kekerasan	Sp1k 1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Jelaskan tentang perilaku kekerasan pada keluarga a. Pengertian perilaku kekerasan b. Tanda dan gejala perilaku kekerasan c. Akibat perilaku kekerasan 3. Jelaskan cara merawat pasien perilaku kekerasan
	Keluarga dapat mempragakan langsung	Sp2k 1. Evaluasi sp1 2. Latih keluarga mempraktekkan

	cara mengontrol perilaku kekerasan	langsung ca merawat pasien pk 3. Latih langsung cara yang sudah diajarkan langsung kepada pasien
		Sp3k 1. Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas termasuk minum obat 2. Jelaskan follow up pasien

D. RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)

Kondisi adaptif dan maladaptif dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri. Adapun lembar observasi pada pasien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 : Lembar Observasi Pasien Perilaku Kekerasan

No	Respon	Skor		
		1-10	11-20	21-30
1.	Perilaku	<input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri/orang lain. <input type="checkbox"/> Merusak lingkungan. <input type="checkbox"/> Mengamuk <input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang
2.	Verbal	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi tinggi <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Berdebat
3.	Emosi	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Dendam	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang

		<input type="checkbox"/> Marah-marah <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Merasa tidak aman
4.	Fisik	<input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Nafas pendek <input type="checkbox"/> Keringat (+) <input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan Darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun.

Berdasarkan prinsip tindakan intensif segera, maka penanganan kedaruratan dibagi dalam:

1) Fase intensif I (24 jam pertama)

Pasien dirawat dengan observasi, diagnosa, tritmen dan evaluasi yang ketat. Berdasarkan evaluasi pasien memiliki tiga kemungkinan yaitu dipulangkan, dilanjutkan ke fase intensif II, atau dirujuk ke rumah sakit jiwa.

2) Fase intensif II (24-72 jam pertama)

Perawatan pasien dengan observasi kurang ketat sampai dengan 72 jam. Berdasarkan hasil evaluasi maka pasien pada fase ini memiliki

empat kemungkinan yaitu dipulangkan, dipindahkan ke ruang fase intensif III, atau kembali ke ruang fase intensif I.

3) Fase intensif III (72 jam- 10 hari)

Pasien dikondisikan sudah mulai stabil, sehingga observasi sudah mulai berkurang dan tindakan keperawatan diarahkan kepada tindakan rehabilitasi. merujuk kepada hasil evaluasi maka pasien pada fase ini dapat dipulangkan, dirujuk ke rumah sakit jiwa atau unit psikiatri di rumah sakit umum ataupun kembali ke ruang fase intensif I atau II.

E. Assertiveness Training

1. Pengertian

Model Pembelajaran *Assertive Training* atau latihan asertif merupakan latihan keterampilan-sosial yang diberikan pada individu yang diganggu kecemasan, tidak mampu mempertahankan hak-haknya, terlalu lemah, membiarkan orang lain merongrong dirinya, tidak mampu mengekspresikan amarahnya dengan benar dan cepat tersinggung (Fauzan, 2010).

Sedangkan Corey (dalam Herry, 2013) menjelaskan bahwa *assertive training* (latihan asertif) merupakan penerapan latihan tingkah laku dengan sasaran membantu individu-individu dalam mengembangkan cara-cara berhubungan yang lebih langsung dalam situasi-situasi interpersonal. Fokusnya adalah mempraktekkan melalui permainan peran, kecakapan-kecakapan bergaul yang baru diperoleh sehingga individu-individu diharapkan mampu mengatasi ketakmemadaianya dan belajar

mengungkapkan perasaan-perasaan dan pikiran-pikiran mereka secara lebih terbuka disertai keyakinan bahwa mereka berhak untuk menunjukkan reaksi-reaksi yang terbuka itu.

Berdasarkan definisi diatas maka disimpulkan bahwa *assertive training* atau latihan asertif adalah prosedur latihan yang diberikan untuk membantu peningkatan kemampuan mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan dan dipikirkan pada orang lain namun tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan orang lain.

2. Tujuan

- a. Mengajarkan individu untuk menyatakan diri mereka dalam suatu cara sehingga memantulkan kepekaan kepada perasaan dan hak-hak orang lain.
- b. Meningkatkan keterampilan behavioralnya sehingga mereka bisa menentukan pilihan apakah pada situasi tertentu perlu berperilaku seperti apa yang diinginkan atau tidak
- c. Mengajarkan pada individu untuk mengungkapkan diri dengan cara sedemikian rupa sehingga terefleksi kepekaanya terhadap perasaan dan hak orang lain
- d. Meningkatkan kemampuan individu untuk menyatakan dan mengekspresikan dirinya dengan enak dalm berbagai situasi sosial
- e. Menghindari kesalah pahaman dari pihak lawan komunikasi

3. Manfaat

- a. Melatih individu yang tidak dapat menyatakan kemarahan dan kejengkelan
- b. Melatih individu yang mempunyai kesulitan untuk berkata tidak dan yang membiarkan orang lain memanfaatkannya
- c. Melatih individu yang merasa bahwa dirinya tidak memiliki hak untuk menyatakan pikiran, kepercayaan, dan perasaan-perasaannya
- d. Melatih individu yang sulit mengungkapkan rasa kasih dan respon-repon positif yang lain
- e. Meningkatkan penghargaan terhadap diri sendiri
- f. Membantu untuk mendapatkan perhatian dari orang lain
- g. Meningkatkan kemampuan dalam mengambil keputusan
- h. Dapat berhubungan dengan orang lain dengan konflik, kekhawatiran dan penolakan yang lebih sedikit

4. Ciri-ciri individu yang asertif yaitu:

- a. mampu mengekspresikan pikiran, perasaan, dan kebutuhan dirinya, baik secara verbal maupun non verbal secara bebas, tanpa perasaan takut, cemas, dan khawatir.
- b. Mampu menyatakan “tidak” pada hal-hal yang memang dianggap tidak sesuai dengan kata hati atau nuraninya.
- c. Mampu menolak permintaan yang dianggap tidak masuk akal, berbahaya, negatif, tidak diinginkan, atau dapat merugikan orang lain.
- d. Mampu untuk berkomunikasi secara terbuka, langsung, jujur, terus terang sebagaimana mestinya.

- e. Mampu menyatakan perasaannya secara jelas, tegas, jujur, apa adanya, dan sopan.
- f. Mampu untuk meminta tolong pada orang lain pada saat kita memang membutuhkan pertolongan.
- g. Mampu mengekspresikan kemarahan, ketidaksetujuan, perbedaan pandangan secara proporsional.
- h. Tidak mudah tersinggung, sensitif, dan emosional.
- i. Terbuka untuk ruang kritik.
- j. Mudah berkomunikasi, hangat, dan menjalin hubungan sosial dengan baik.
- k. Mampu memberikan pandangan secara terbuka terhadap hal-hal yang tidak sepaham.
- l. Mampu meminta bantuan, pendapat, atau pandangan orang lain ketika sedang menghadapi masalah.

Teknik ini sangat relevan digunakan pada permasalahan yang menyangkut hubungan social. Misalnya dalam lingkup sekolah, organisasi, dan sebagainya. Dimana seringkali terjadi kebingungan pandangan mengenai asertif, agresi, dan sopan. Teknik ini memiliki asumsi bahwa:

- a. Kecemasan akan menghambat individu untuk mengekspresikan perasaan dan tindakan yang tegas dan tepat dalam menjalin suatu hubungan social.

- b. Tiap individu memiliki hak (tetapi bukan kewajiban) untuk menyatakan perasaan, pikiran, kepercayaan, dan sikap sesuai keinginannya.

Individu yang memiliki sikap assertif dapat dideskripsikan menurut Irfan Prabowo (2012) sebagai berikut, yaitu:

2.3 Tabel Indikator sikap Asertive

PESAN-PESAN TUBUH	INDIKATOR
Kontak Mata	Melihat orang lain langsung di matanya, ataupun cukup melihat di antara dua matanya, sedikit di atasnya, sedikit di bawahnya, dan tetap melakukan kontak mata pada saat menyatakan diri
Ekspresi Wajah	Menyatakan emosi positif dan negative anda dengan tepat, tetap dalam keasliannya, seperti tidak tersenyum sewaktu marah
Postur Tubuh	Tidak membungkuk
Gerak-Gerik	Menggunakan gerakan tangan dan lengan untuk membantu menyatakan diri anda dalam cara yang konstruktif
Jarak	Tidak menghindari orang, tidak “tabrak-lari”
Bebas Komunikasi Tubuh Yang Negatif	Seperti: kepala menggeleng-geleng, membanting pintu, mengepalkan tangan sebagai pertanda geram, telunjuk menuding-nuding muka seseorang
Bebas Komunikasi Tubuh Yang Mbingungkan	Menarik-narik rambut, memperlakukan jari-jari, mengeser-geserkan telapak kaki ke lantai
PESAN-PESAN SUARA	INDIKATOR
Volume	Keras tetapi layak
Nada	Lugas, tidak mengambil suara “anak kecil”
Kecepatan	Tidak terlalu cepat

Perubahan Nada	Penghadiran perubahan suara yang menekankan pernyataan, tiadanya perubahan nada yang memberi indikasi menyerang ataupun merendahkan
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ada dua prinsip pokok dari Pelatihan asertif, yaitu:

- a. Prinsip larangan yang berbalasan, sebagaimana yang dikemukakan Wolpe (1969), memandang bahwa pelatihan asertif sebagai suatu kejadian special dari larangan yang berbalasan. Prinsip ini mengusulkan bahwa rangsangan yang nyata akan menimbulkan suatu respon kecemasan dan respon kecemasan tersebut tidak dapat dielakkan.
- b. I'm OK – You're OK, kita dengan bebas melaupakan perasaan apapun yan kita rasakan, dan kita sendirilah yang bertanggung jawab terhadap perasaan kita. Kita tidak akan membiarkan orang lain mengambil manfaat dai kita dengan bebas, tetapi orang lain pun mempunyai kebebasan untuk mengungkap apa yang dirasakan. Kita tidak akan menyerang orang lain, bahkan akan menerima kehadiran orang lain dengan sikap terbuka. Ini adalah pengungkapan perasaan secara asertif. (Sawitri Supardi dalam *Kompas Cybermedia*)

5. Ciri-Ciri Assertiveness Training

Berikut ini adalah ciri-ciri atau karakteristik asssetiveness training (Prabowo, 2012),

- a. Cocok untuk individu yang memiliki kebiasaan respon – cemas (*anxiety-response*) dalam hubungan interpersonal, yang tidak adaptif,

sehingga menghambat untuk mengekspresikan perasaan dan tindakan yang tegas dan tepat.

- b. Latihan asertif terdiri dari 3 komponen, yaitu : *Role Playing, Modeling, Social Reward & Coaching.*
- c. Dalam situasi social dan interpersonal, muncul kecemasan dalam diri individu, seperti:
 - 1) Merasa tidak pantas dalam pergaulan social
 - 2) Takut untuk ditinggalkan
 - 3) Kesulitan mengekspresikan perasaan cinta dan afeksinya terhadap orang-orang disekitarnya.

6. Kelebihan dan Kekurangan Assertiveness Training

Menurt Tri Mawarningsih Anwar (2012) kelebihan dan kekurangan Assertive Training adalah sebagai berikut:

- a. Kelebihan *Assertive Training*
 - 1) Melatih individu yang tidak dapat menyatakan kemarahan dan kejengkelan
 - 2) Melatih individu yang mempunyai kesulitan untuk berkata tidak dan yang membiarkan orang lain memanfaatkannya
 - 3) Melatih individu yang merasa bahwa dirinya tidak memiliki hak untuk menyatakan pikiran, kepercayaan, dan perasaan-perasaannya
 - 4) Melatih individu yang sulit mengungkapkan rasa kasih dan respon-respon positif yang lain.

b. Kelemahan *Assertive training*

- 1) Perasaan takut menyakiti
- 2) Takut jika akhirnya dirinya tidak lagi disukai atau diterima

Sedangkan menurut Irfan Prabowo (2012) kelebihan dan kekurangan pelatihan asertif dalam perspektif bimbingan dan konseling adalah sebagai berikut:

- 1) Kelebihan pelatihan asertif ini akan tampak pada:
 - a) Pelaksanaannya yang cukup sederhana,
 - b) Penerapannya dikombinasikan dengan beberapa pelatihan seperti relaksasi, ketika individu lelah dan jenuh dalam berlatih, kita dapat melakukan relaksasi supaya menyegarkan individu itu kembali. Pelatihannya juga bisa menerapkan teknik modeling, misalnya konselor mencontohkan sikap asertif langsung dihadapan konseli. Selain itu juga dapat dilaksanakan melalui kursi kosong, misalnya setelah konseli mengangankan tentang apa yang hendak diutarakan, ia langsung mengutarakannya di depan kursi yang seolah-olah dikursi itu ada orang yang dimaksud oleh konseli.
 - c) Pelatihan ini dapat mengubah perilaku individu secara langsung melalui perasaan dan sikapnya.
 - d) Disamping dapat dilaksanakan secara perorangan juga dapat dilaksanakan dalam kelompok. Melalui latihan-latihan tersebut individu diharapkan mampu menghilangkan kecemasan-kecemasan yang ada pada dirinya, mampu berfikir

realistis terhadap konsekuensi atas keputusan yang diambilnya serta yang paling penting adalah menerapkannya dalam kehidupan ataupun situasi yang nyata.

2) Kelemahan pelatihan asertif ini akan tampak pada:

a) Meskipun sederhana namun membutuhkan waktu yang tidak sedikit, ini juga tergantung dari kemampuan individu itu sendiri

b) Bagi konselor yang kurang dapat mengkombinasikannya dengan teknik lainnya, pelatihan asertif ini kurang dapat berjalan dengan baik atau bahkan akan membuat jenuh dan bosan konseli/peserta, atau juga membutuhkan waktu yang cukup lama.

7. Urutan Langkah-Langkah *Assertiveness Training*

Prosedur adalah tata cara melakukan suatu instruksi. Pelaksanaan *assertive training* memiliki beberapa tahapan atau prosedur yang akan dilalui ketika pelaksanaan latihan. Prosedur dasar dalam pelatihan asertif menyerupai beberapa pendekatan perilaku dalam konseling. Prosedur-prosedur ini mengutamakan tujuan-tujuan spesifik dan kehati-hatian, sebagaimana diuraikan *Osipow (1984) dalam A Survey of counseling methode* (dalam Irfan, 2012) sebagai berikut:

- a. Menentukan kesulitan konseli dalam bersikap asertif
- b. Dengan penggalian data terhadap klien, konselor mengerti dimana ketidaksertifan pada konselinya.

- c. Mengidentifikasi perilaku yang diinginkan oleh klien dan harapan-harapannya.
- d. Diungkapkan perilaku/sikap yang diinginkan konseli sehubungan dengan permasalahan yang dihadapi dan harapan-harapan yang diinginkannya.
- e. Menentukan perilaku akhir yang diperlukan dan yang tidak diperlukan.
- f. Dengan kata lain, konselor dapat menentukan perilaku yang harus dimiliki konseli untuk menyelesaikan masalahnya dan juga mengenali perilaku-perilaku yang tidak diperlukan yang menjadi pendukung ketidakasertifannya.
- g. Membantu klien untuk membedakan perilaku yang dibutuhkan dan yang tidak dibutuhkan dalam rangka menyelesaikan masalahnya.
- h. Setelah konselor menentukan perilaku yang dibutuhkan dan yang tidak dibutuhkan, kemudian ia menjelaskannya pada konseli tentang apa yang seharusnya dilakukan dan dihindari dalam rangka menyelesaikan permasalahannya dan memperkuat penjelasannya.
- i. Mengungkapkan ide-ide yang tidak rasional, sikap-sikap dan kesalahpahaman yang ada difikiran konseli.
- j. Konselor dapat mengungkap ide-ide konseli yang tidak rasional yang menjadi penyebab masalahnya, sikap-sikap dan kesalahpahaman yang mendukung timbulnya masalah tersebut.
- k. Menentukan respon-respon asertif/sikap yang diperlukan untuk menyelesaikan permasalahannya (melalui contoh-contoh).
- l. Mengadakan pelatihan perilaku asertif dan mengulang-ulangnya.

- m. Konselor memandu konseli untuk mempraktikkan perilaku asertif yang diperlukan, menurut contoh yang diberikan konselor sebelumnya.
- n. Melanjutkan latihan perilaku asertif
- o. Memberikan tugas kepada konseli secara bertahap untuk melancarkan perilaku asertif yang dimaksud.
- p. Untuk kelancaran dan kesuksesan latihan, konselor memberikan tugas kepada konseli untuk berlatih sendiri di rumah ataupun di tempat-tempat lainnya.
- q. Memberikan penguatan terhadap tingkah laku yang diinginkan.
- r. Penguatan dibutuhkan untuk meyakinkan bahwa konseli harus dapat bersikap tegas terhadap permintaan orang lain padanya, sehingga orang lain tidak mengambil mafaat dari kita secara bebas. Selain itu yang lebih pokok adalah konseli dapat menerapkan apa yang telah dilatihnya dalam situasi yang nyata.

Untuk lebih memahami materi ini, dibawah ini disajikan langkah-langkah strategi latihan asertif dalam bentuk tabel, sebagai berikut:

Tabel 2.4 Langkah-langkah strategi latihan asertif

Komponen /langkah	Isi kegiatan
Langkah 1: Rasional strategi	a. Konselor memberikan rasional/menjelaskan maksud penggunaan strategi. b. Konselor memberikan overview tahapan-tahapan implementasi strategi.
Langkah 2: Identifikasi keadaan yang menimbulkan persoalan.	Konselor meminta konseli menceritakan secara terbuka permasalahan yang dihadapi dan sesuatu yang dilakukan

	atau dipikirkan pada saat permasalahan timbul.
Langkah 3: Membedakan perilaku asertif dan tidak asertif serta mengeksplorasi target	Konselor dan konseli membedakan perilaku asertif dan perilaku tidak asertif serta menentukan perubahan perilaku yang diharapkan.
Langkah 4: Bermain peran, pemberian umpan balik serta pemberian model perilaku yang lebih baik	<ul style="list-style-type: none"> a. Konseli bermain peran sesuai dengan permasalahan yang dihadapi. b. Konselor memberi umpan balik secara verbal. c. Pemberian model perilaku yang lebih baik. d. Pemberian penguat positif dan penghargaan.
Langkah 5: Melaksanakan latihan dan praktik	Konseli mendemonstrasikan perilaku yang asertif sesuai dengan target perilaku yang diharapkan.
Langkah 6: Mengulang latihan	Konseli mengulang latihan kembali tanpa bantuan pembimbing.
Langkah 7: Tugas rumah dan tindak lanjut	Konselor memberi tugas rumah pada konseli, dan meminta konseli mempraktekkan perilaku yang diharapkan dan memeriksa perilaku target apakah sudah dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.
Langkah 8: Terminasi	Konselor menghentikan program bantuan

Tabel 2.5 SOP Asertiveness Training

Elemen	Kriteria untuk kerja
Pengkajian	<ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi perilaku kekerasan pada klien 2. Kaji status kesehatan klien 3. Pantau frekuensi terjadinya perilaku kekerasan pada klien

Diagnosa Keperawatan	Perilaku KeKerasan
Perencanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. Kontrak pertemuan untuk terapi aserti 3. Cipatakan lingkungan yang tenang dan kondusif
Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan salam 2. Kembali memperkenalkan diri perawat dan klien 3. Perawat menjelaskan tujuan Asertive Trainning yang akan dilaksanakan 4. Beri penjelasan tentang tahapan terapi teknik Asertiveness Trainning 5. Konselor meminta konseli menceritakan secara terbuka permasalahan yang dihadapi dan sesuatu yang dilakukan atau dipikirkan pada saat permasalahan timbul. 6. Identifikasi perilaku kekerasan, penyebab, kapan terjadinya perilaku kekerasan, apa 7. Beri penejelasan pengertian Asertiveness training 8. Beri penjelasan sikap yang asertif dan agresif yang dilakukan bila marah 9. Berikan modeling perilaku yang asertive, misal: menolak dengan baik dan meminta dengan sopan 10. Berikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekan sikap yang asertive 11. Perawat memberi role play kepada klien untuk mengungkapkan apa yang dirasakan di depan kursi kosong dan mengungkapkan apa yang dirasakan secara asertive 12. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaanya didepan kursi kosong secara asertive 13. Anjurkan klien untuk relaksasi nafas dalam selama proses mengungkapkan persaan agar lebih rileks 14. Beri reinforcement pengutan positif dan pujian terhadap perilaku asertive yang dilakukan klien 15. Anjurkan klien memasukan dalam jadwal harian klien

Terminasi	<ol style="list-style-type: none">1. Buat kontrak pertemuan selanjutnya2. Motivasi klien selalu berperilaku asertive
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi respon klien<ol style="list-style-type: none">a. Subjektifb. Objektif

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A Pengkajian	43
B Masalah Keperawatan	51
C Intervensi Keperawatan	53
D Intervensi Inovasi	57
E Implementasi	59
F Implementasi inovatif	65
G Evaluasi	68

BAB IV ANALISA SITUASI

A Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda	71
B Analisis Masalah Keperawatan	73
C Analisis Intervensi Inovasi	77
D Alternatif Pemecahan Masalah	85

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Didapat hasil analisa kasus kelolaan pasien dengan perilaku kekerasan di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dimana didapatkan pohon masalah yaitu harga diri rendah (sebagai penyebab), perilaku kekerasan sebagai core problem, dan resiko perilaku kekerasan yang diarahkan pada lingkungan sebagai akibat.
2. Dari hasil intervensi inovasi setelah dilakukan pemberian terapi teknik *Assertiveness Training* secara kontinyu menunjukkan bahwa terjadi penurunan kemarahan, dari 12 indikator sikap asertif klien menunjukkan 10 sikap asertif seperti kontak mata sudah ada, klien kooperatif, tidak berteriak, volume suara tidak keras, nada suara tidak dibuat-buat, ekspresi wajah sesuai dengan perasaan klien dan klien mampu mengungkapkan perasaannya selama ini.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada perawatan klien di Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan Penetapan SOP terapi teknik *Assertive Training* dapat digunakan untuk perawatan pada pasien perilaku kekerasan. Perawat diruangan diwajibkan melaksanakan SOP *Assertive Training* guna

meningkatkan pelyanan kesehatan khususnya pada pasien perilaku kekerasan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan menjadi refrensi tambahan dalam proses keperawatan jiwa terhadap klien perilaku kekerasan dengan teknik *Assertive Training*

3. Bagi Perawat

a. Perawat sebaiknya memberikan pengetahuan tentang perilaku kekerasan dan cara penanganannya. Perawat juga memberikan pengertian dan menjelaskan pentingnya minum obat secara teratur utnuk menghindari kekembuhan pada klien. Pendidikan kesehatan harus sesuai dengan situasi atau kebutuhan klien dan mempertimbangkan keadaan saat pasien pulang ke rumah.

b. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk perilaku kekerasan

4. Bagi Klien

Klien dapat menggunakan terapi teknik Asertive Training utnuk menurunkan perilaku kekerasan yang ada pada klien.

5. Bagi Peneliti

peneliti dapat memberikan inovasi lainnya guna menurunkan perilakukekerasan yang ada pada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Fauzan, Lutvi.(2007).Assertive Trainning Pengembangan Pribadi Asertif dan Transaksi Sosial. Depdiknas:UPT BKUM
- Keliat.(2009).Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa.Jakarta:EGC
- Nanda.(2012).Definisi dan Klasifikasi.Jakarta:Prima Medika
- Osep,Ilyus.(2010).Buku Keperawatan Jiwa.Bandung:PT Refika Aditama
- Purba,dkk.(2008).Asuhan Keperawatan pada Klien dengan masalah Psikososial dan gangguan jiwa.Medan:USU Press
- Siswanto.(2007).Kesehatan Mental.Yogyakarta:Andi Yogyakarta
- Stauar&sunddeen.(2002).Buku Saku Keperawatan.edisi 3.Jkarta:EGC
- Stuart.G.W & Laria,M.T.(2005).Principesand Practice Of Psychiatric Nursing (7th Ed). St.Loius: Mosshy Year B
- Stuart.G.W & Laria,M.T.(2006).Buku Saku Keperawatan Jiwa.Jakarta:EGC
- Sugiyati.(2012).Studi Kasus Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Perilaku Kekerasan.<http://stikeskusumahusada.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=01-gdl-sugiarti0>,diakses tanggl 31 Agustus 2015
- Sulistiawati.(2005).Konsep Dasar Keperawatan Jiwa.Jakarta:EGC
- Yosep,I.(2007).Keperawatan Jiwa.Bandung:PT Refika Aditama
- Yosep,I.(2009).Keperawatan Jiwa Edisi Revisi.Bandung:PT Refika Aditama
- Charney DS, Nestler EJ. Neurobiology of Mental Illness . 2nd Oxford University Press, Inc. New York. 2004