



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN JIWA
DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI
WILAYAH KECAMATAN KLIRONG**

**ROY MAHARDIKA
A01602261**

**STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN
JIWA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI
WILAYAH KECAMATAN KLIRONG**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan
menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan

ROY MAHARDIKA

A01602261

**STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Roy Mahardika

Nim : A01602261

Program Studi : DIII Keperawatan

Institusi : STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar benar menyampikan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya siap menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 4 Maret 2019

Pembuat pernyataan,



(Roy Mahardika)

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai Civitas Akademi STIKES Muhammadiyah Gombong, saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Roy Mahardika
Nim : A01602261
Program Studi : DIII Keperawatan
Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah Akhir (KTI)

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKES Muhammadiyah Gombong **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** atas karya ilmiah saya yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Gangguan Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Wilayah Kecamatan Klirong” berserta pangkat yang ada (jika diperlukan), dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini. Stikes muhammadiyah gombong berhak menyimpan, mengakhir media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Kebumen, 4 Maret 2019



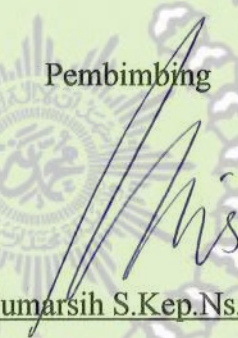
(Roy Mahardika)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Roy Mahardika NIM A01602261 dengan judul
“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN JIWA
DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WILAYAH KECAMATAN
KLIRONG” telah di periksa dan disetujui untuk diujikan.

Gombong, 4 Maret 2019

Pembimbing


(Tri Sumarsih S.Kep.Ns.,MNS)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan


(Nurfaizla S.Kep.Ns.,M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Roy Mahardika NIM A01602261 dengan judul “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN JIWA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WILAYAH KECAMATAN KLIRONG”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 4 Maret 2019.

Dewan Penguji

Penguji Ketua

Ike Mardiaty Agustin M.Kep Sp.Kep.J (.....)

Penguji Anggota

Tri Sumarsih S.Kep.Ns.,MNS (.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Nurhaila S.Kep.Ns.,M.Kep)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN JIWA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WILAYAH KECAMATAN KLIRONG”. Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, tidak sedikit kesulitan yang penulis alami, namun berkat bimbingan, dukungan, dorongan dan semangat dari pihak lain penulis mampu untuk menyelesaikannya. Sehubungan dengan ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih kepada:

1. Kepada kedua orang tua tercinta yang senantiasa memberikan semangat dan dukungan baik moril maupun materil,
2. Herniyatun S.Kep.,M.Kep.,Sp.Mat, selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong yang memberikan kesempatan penulis dapat menempuh studi di STIKES Muhammadiyah Gombong.
3. Nurlaila S.Kep.Ns.,M.Kep, selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong.
4. Tri Sumarsih S.Kep.Ns.,MNS selaku dosen pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi peneliti selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan.
6. Semuapihak yang tidak biasa penulis sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terimakasih atas bantuan dan dukungannya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah Ini masih kurang dari kata sempurna, karena memang kesempurnaan hanya milik Alloh SWT. Untuk itu diharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak dalam rangka perbaikan selanjutnya.. Penulis berharap dalam hati, lisan dan pikiran agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua. Aamiin.

Gombong 4 Maret 2018

(Roy Mahardika)



DAFTAR ISI

Halaman Depan.....	i
Halaman Judul.....	ii
Pernyataan Keaslian Penulisan	iii
Pernyataan Royalti	iv
Lembar Persetujuan.....	v
Lembar Pengesahan	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	ix
Abstrak	xi
Abstract	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat studi kasus	5
BAB II.....	6
TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Gangguan Jiwa	6
B. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan.....	6
C. Asuhan Keperawatan	7
D. Resiko Perilaku Kekerasan	11
1. Pengertian	11
2. Klasifikasi perilaku kekerasan	12
3. Pohon Masalah.....	13
4. Rentang Respon Neurobiologi.....	13

E. Intervensi Resiko Perilaku Kekerasan.....	14
BAB III	18
METODE STUDI KASUS	18
A. Desain Studi Kasus	18
1. Kriteria Inklusi :	18
2. Kriteria Eksklusi;	18
B. Subyek Studi Kasus	18
C. Fokus Studi Kasus.....	19
D. Defiinisi Operasional	19
E. Instrumen Studi Kasus	20
F. Metode Pengumpulan Data	22
G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	22
H. Analisis Data dan Penyajian Data.....	22
I. Etika Studi Kasus	23
Bab IV	24
A. Hasil Studi Kasus.....	24
B. Pembahasan.....	37
Bab V	41
A. Kesimpulan	41
B. Saran.....	42
Daftar Pustaka	45
Lampiran	

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
Roy Mahardika¹ , Tri Sumarsih²**

ABSTRAK

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN GANGGUAN JIWA:
MENGUNAKAN TERAPI INDIVIDU PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WILAYAH KECAMATAN KLIRONG**

Latar belakang: Resiko perilaku kekerasan adalah suatu kondisi dimana respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang yang di tunjukkan dengan perilaku kekerasan baik secara verbal maupun non verbal.

Tujuan: Mengambarkan hasil analisis asuhan keperawatan memberikan terapi individu untuk dilakukan suatu proses asuhan keperawatan, meningkatkan kemampuan dan menurunkan tanda, dan gejala klien dengan perilaku kekerasan serta meningkatkan kemandirian cara mengontrol perilaku kekerasan dan menambah ilmu pengetahuan pada diri klien gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan.

Metode: Menggunakan metode deskriptif analitik pada 2 klien menggunakan format pengkajian, tanda dan gejala, standar operasional prosedur tindakan, jadwal kegiatan, dan evaluasi kemampuan klien resiko perilaku kekerasan.

Hasil: Karakteristik klien dengan berjenis kelamin perempuan dengan rata-rata berusia 20-50 tahun dengan diagnosa keperawatan jiwa resiko perilaku kekerasan. Rencana tindakan keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan selama 4 kali pertemuan. Sebelum dilakukan terapi individu selama 4 kali pertemuan tanda dan gejala klien 1 mendapatkan skor 6 dan klien 2 dengan skor 9. Setelah dilakukan asuhan keperawatan kedua klien mengalami penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan baik fisik maupun verbal. Dari total 18 item tanda dan gejala perilaku kognitif klien 1 dan 2 didapatkan skor 4, dan peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan dengan prosentase 100% dengan jumlah 7 item sebelum diberikan terapi individu klien 1 mendapatkan skor 28,45% dan klien 2 dengan skor 28,57%, setelah diberikan terapi peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dengan skor klien 1 dan 2 skor 85,71%.

Rekomendasi: Perlu adanya kontinuitas dan modifikasi kombinasi pada terapi individu yang diberikan.

Kata kunci: *Resiko perilaku kekerasan, asuhan keperawatan.*

-
- 1) Mahasiswa DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong.
 - 2) Dosen Pembimbing STIKES Muhammadiyah Gombong.

ABSTRAK

NURSING CARE ANALYSIS OF DISORDER CLIENT WITH RISK BEHAVIOR VIOLENCE IN KLIRONG SUBDISTRICT

Background: The risk of violent behavior is a condition where the response to stressors faced by a person is demonstrated by violent behavior both verbally and non-verbally. Forms of aggressive behavior that are shown verbally, or physically to objects, or ones that lead to actively destructive potential cause pain, danger, and suffering. Handling violent behavior in addition to take medication to do individual therapy is very helpful in the process of healing violent behavior.

Objective: To describe the results of the analysis of nursing care by providing individual therapy to be carried out in a nursing care process, improve the ability and decrease the signs, and symptoms of the client with violent behavior and increase the independence of how to control violent behavior and increase knowledge in mental disrupted clients with behavioral risks violence in Jeruk Agung village.

Method: Using a descriptive analytical method with a case study approach on 2 clients using assessment formats, signs and symptoms, standard operating procedures, schedule of activities, and evaluating the client's ability with the risk of violent behavior.

Results: Characteristics of female clients with an average age of 20-50 years with a diagnosis of mental health at risk of violent behavior. The plan of nursing action carried out is individual therapy using an implementation strategy including: deep breathing relaxation, channeling positive energy, good talking, taking medicine, and controlling violent behavior spiritually for 4 meetings. Before doing individual therapy for 4 meetings, both clients showed signs and symptoms of feeling irritable, irritable, and lack of support from the family and the surrounding environment. After doing individual therapy using the 1-4 implementation strategy for 4 meetings, both clients experienced a decrease in signs and symptoms of physical and verbal violence. From a total of 18 items of cognitive behavioral signs and symptoms with a percentage of 100% to 1 with a percentage of 1% and an increase in the client's ability to control violence behavior with a percentage of 100% with 7 items before being given therapy individual clients 1 get a score of 28.45% and client 2 28.57%, after being given therapy the individual experienced an increase in the ability to control violent behavior with a client score of 1 and 2 have score of 85.71%.

Recommendations: There needs to be continued and combination modification on the individual therapy provided. Clients with a risk of violent behavior are advised to do individual therapy on a scheduled basis.

Keyword: *The Risk Of Violent Behavior, Nursing Care.*

1) Student Of DIII Nursing Study Program.

2) Leacturer Muhammadiyah Health Science Institute Of Gombong.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa atau *psychoses* adalah adanya kepribadian yang tidak normal yang ditandai dengan mental dalam *profound-mental* dan terganggunya emosional yang dapat merubah seseorang sehingga tidak dapat mengontrol dirinya dalam lingkungan masyarakat (Vandestra, 2017). Menurut Depkes RI (2010) gangguan jiwa adalah perubahan fungsi jiwa sehingga menyebabkan seseorang mengalami perubahan kejiwaan yang menyebabkan kesengsaraan dan menghambat seseorang untuk hidup bersosial.

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik secara verbal maupun non verbal (Stuart & Laria, 2009). Menurut Varcarolis (2006) perilaku kekerasan adalah sikap atau perilaku kekerasan yang menggambarkan perilaku amuk, bermusuhan berpotensi untuk merusak secara fisik atau dengan kata-kata.

Menurut WHO (2017) pada umumnya gangguan jiwa yang terjadi karena gangguan kecemasan gangguan depresi. Diperkirakan 4,4% dari populasi global menderita gangguan depresi, dan 3,6% dari gangguan kecemasan. Adanya peningkatan lebih dari 18% pada orang dengan gangguan depresi pada tahun 2005 dan 2015. Depresi merupakan penyebab terbesar gangguan kejiwaan di seluruh dunia. Lebih dari 80% penyakit ini dialami orang-orang yang tinggal di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2017).

Berdasarkan usia klien dengan gangguan jiwa pada usia produktif, masa dewasa merupakan masa kematangan dari aspek kognitif, emosi dan perilaku. Kegagalan yang dialami seseorang untuk mencapai kematangan

tersebut akan sulit memenuhi tuntutan pada perkembangan pada usia tersebut sehingga berdampak gangguan jiwa (Yusuf, 2010). Pendapat tersebut didukung oleh Stuart (2009) yang menyatakan bahwa usia merupakan aspek sosial budaya terjadinya gangguan jiwa dengan resiko frekuensi tertinggi mengalami gangguan jiwa yaitu pada usia dewasa.

Berdasarkan data yang di peroleh dari riset kesehatan dasar (2013) prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Sedangkan provinsi Sumatra Barat merupakan peringkat kesembilan mencapai angka 1,9 juta. Di Sumatra Barat gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan juga mengalami peningkatan 2,8% meningkat menjadi 3,9% (RISKESDAS, 2013)

Jumlah gangguan jiwa tahun 2013 di Provinsi Jawa Tengah sebanyak 121.962, sebagian besar kunjungan gangguan jiwa adalah di rumah sakit (67,29%), sedangkan (32,71%) lainnya di puskesmas dan sarana kesehatan lain (Dinkes Jawa Tengah, 2013). Prevalensi penderita *schizophrenia* di Indonesia adalah (0,3-1%). Masalah utama dari gangguan jiwa adalah *schizofrenia*. Masalah utama yang sering terjadi pada pasien *shizofrenia* adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Yosep, 2007). Penyebab perilaku kekerasan adalah kehilangan harga diri karena tidak dapat memenuhi kebutuhan sehingga individu tidak berani bertindak, cepat tersinggung, dan lekas marah.

Hal ini sesuai dengan diagnosa NANDA yang bisa ditegakkan berdasarkan pengkajian gejala psikotik atau tanda positif. Kondisi ini harus segera ditangani karena perilaku kekerasan yang terjadi akan membahayakan diri pasien, orang lain dan lingkungan. Hal ini yang menjadi alasan utama pasien *schizofrenia* dibawa ke rumah sakit.

Perilaku kekerasan adalah bentuk perilaku agresif yang di tunjukkan secara verbal, atau fisik mereka ke objek, atau diri yang

mengarah pada potensi destruktif secara aktif menyebabkan rasa sakit, bahaya, dan penderitaan. Pelaksanaan yang telah dilakukan adalah megidentifikasi penyebab marah, melakukan kontrol marah dengan latihan dengan cara mengungkapkan secara verbal. Respon ini merugikan baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang di timbulkan, maka penanganan klien dengan perilaku kekerasan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga keperawatan profesional. Sedangkan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung perilaku kekerasan atau memiliki perilaku kekerasan. Jika kita lihat dari definisi, perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan dapat membahayakan secarafisik baik diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Terapi individu yang dapat di berikan kepada klien adalah megenal penyebab perilaku kekerasan klien, mengontrol dengan nafas dalam, menyalurkan energi positif, minum obat dengan cara 5 benar minum obat, dan mengontrol secara spiritual.

Beberapa penelitian sebelumnya Gorcynski et al (2010), membandingkan efek olahraga yang di tambahkan pada pengobatan standar saja, dengan hasil terjadi perbaikan gejala klinis yang nyata pada pasien gangguan jiwa berat, perbaikan gejala paling signifikan terlihat pada pasien yang di berikan terapi olahraga dengan dosis berkisar 30 menit per sesi yang dilakukan seminggu 2 kali selama 8 minggu (Gold et al, 2005). Vevi (2018) menyatakan bahwa menunjukkan ada pengaruh yang signifikan dari terapi komunikasi tereputik dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di kenal untuk meningkatkan skor perilaku yang lebih baik (adaptif).

Fenomena gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan yang pernah berobat di Puskesmas Pejagoan berdasarkan survei data yang di peroleh, klien yang berobat ke puskesmas karena putus obat sehingga menimbulkan kekambuhan dan mayoritas melakukan perilaku kekerasan, jumlah klien yang pernah datang ke puskesmas pada bulan januari 2018 sampai desember 2018 sejumlah 360 klien, dari jumlah klien yang terdaftar bertempat tinggal di wilayah puskesmas dan mayoritas klien yang masuk puskesmas bergama islam. Klien yang datang ke puskesmas akan di rawat selama maksimal 6 hari, selama di rawat di puskesmas klien hanya mendapatkan terapi dengan minum obat. Setelah keluar dari puskesmas atau selesai rawat inap klien akan mendapatkan rawat jalan di puskesmas dan *family gathering* yang di lakukan setiap satu minggu satu kali.

Berdasarkan penelitian diatas penulis tertarik bagaimana mengaplikasikan terapi individu pada klien resiko perilaku kekerasan dalam karya tulis ilmiah yang berjudul “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN JIWA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WILAYAH KECAMATAN KLIRONG”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran tentang asuhan keperawatan klien resiko perilaku kekerasan di wilayah puskesmas Pejagoan dengan cara mengenali penyebab, tanda gejala, latihan patuh minum obat, latihan bicara yang baik, dan latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual ?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ini adalah memberikan gambaran asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan di wilayah kecamatan klirong dengan terapi individu.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan pengkajian pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- b. Menggambarkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan.
- c. Menggambarkan rencana asuhan keperawatan dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan
- d. Menggambarkan implementasi asuhan keperawatan dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat studi kasus

Karya tulis ini diharapkan memberikan manfaat bagi:

1. Bagi masyarakat pengelola pasien perilaku kekerasan dengan meningkatkan pengetahuan terapi mengontrol menggunakan terapi individu.
2. Bagi pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan menambah keluasan ilmu teknologi terapan bidang keperawatan mengontrol perilaku kekerasan menggunakan terapi individu.
3. Bagi penulis memperoleh gambaran dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya tentang pemberian terapi mengontrol perilaku kekerasan dengan penerapan terapi individu.
4. Bagi pasien dan keluarga memperoleh gambaran dan ilmu pengetahuan untuk menerapkan secara terjadwal menggunakan terapi individu.
5. Bagi Puskesmas diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan dengan memberikan terapi individu kepada klien resiko perilaku kekerasan secara *continue*.

Daftar Pustaka

- Depkes RI. (2010). *Keperawatan Jiwa : Teori dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Depkes
- Dermawan, Deden & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa Edisi 1*. Yogyakarta: Gosyen Publish.
- Hardianto, H., & Fitriani, D. R. (2017). Analisis Praktek Klinik Keperawatan Jiwa pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan dengan Intervensi Inovasi Terapi Musik terhadap Penurunan Emosi Marah di Ruang Belibis Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- Indriyani, D. W. (2012). Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Gangguan Jiwa: Perilaku Kekerasan Di Ruang Srikandi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Iyus, Yosep. (2010), *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refia Aditama
- Keliat Budi Ana. *Proses Keperawatan. Kesehatan Jiwa, Edisi I, Jakarta : EGC, 1999.*
- Keliat, B,A, dan Akemat. (2012). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*
- Marmis W.F. (2005) *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press; 2005. p. 63-9
- Medik, D.R.D.J.P. (1993). Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III. *Jakarta. Departemen Kesehatan*, 145-156.
- NANDA. (2010). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi* . Jakarta:EGC
- Notoatmojo. S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nuraenah. (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rs Jiwa Islam*. Jakarta: Klender.
- Nursito, E. H. (2012). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S Dengan Gangguan Isolasi Sosial: Menarik Diri Di Ruang Maespati Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Prabowo, Eko. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika

- Putri, Vevi Suryenti, and Salvita Fitrianti. "Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi." *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi* 7.2 (2018): 138-147.
- RUSMIATI, Iis Tri; NUGROHO, Arief; HARTOYO, Mugi. Hubungan Pola Komunikasi Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Perilaku Kekerasan Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Karya Ilmiah S. 1 Ilmu Keperawatan*, (2012).
- Sari. K. (2015). *Panduan Lengkap Praktik Klinik Keperawatan Jiwa*. Jakarta:Trans Info Medika.
- Struart. G.W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Studi Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Videbeck, Sheila L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- WHO (World Health Organization). (2016). *The World Health Report:2016* (diakses: 20 Februari 2018) www.who.int/mental_health.com.
- Yosep dan cloninger. (2007). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Gangguan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yosep. (2007). *Laporan Pendahuluan Asuhan Keperawatan Jiwa Perilaku Kekerasan*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yosep. (2010). *Laporan Pendahuluan Gangguan Jiwa Perilaku Kekerasan*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yustimun. (2007). *Keperawatan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta:EGC.

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

(PSP)

1. Kami adalah Peneliti berasal dari institusi Stikes Muhammadiyah Gombong program studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Gangguan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Wilayah Puskesmas Klirong”
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan klien gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan penelitian ini akan berlangsung selama 4 hari .
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung kurang lebih 15-30 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomer Hp : 081915428312.

PENELITI

Roy Mahardika

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Roy Mahardika dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Klien Gangguan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Wilayah Kecamatan Klirong”. Saya memutuskan setuju untuk berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yang memberikan persetujuan

Saksi

.....
Kebumen, 21 Januari 2019

Peneliti

Roy Mahardika

ASUTIAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN DIAGNOSA
KEPERAWATAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI
WILAYAH KECAMATAN KLIRONO



Disusun oleh :
Roy Mahardika (A01602261).

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2019/2020

1. Pengkajian

A. Identitas Klien :

Nama : Ny. A

Umur : 25 tahun

TTL :

Jenis kelamin : Perempuan

Pendidikan : SMA

Status : Belum menikah

Agama : Islam

Tanggal Pengkajian : 21 Januari 2019.

Diagnosa : Risiko Perilaku Melukai Diri Sendiri

B. Identitas Penanggung Jawab :

Nama : Ny. M.

Umur : 57 tahun

Alamat : Jalan Agas

Pekerjaan : Buruh

Hubungan dengan klien :

C. Alasan Masuk :

Klien dibawa ke Puskesmas Pegagan karena di rumah sering mengalami dan sering membentak keluarganya saat merasa tersinggung, yang sudah dilakukan keluarga yaitu kontrol rutin ke Puskesmas Pegagan dan mendapatkan perawatan.

D. Faktor Predisposisi :

Klien sebelumnya belum pernah masuk ke Puskesmas Pegagan, Rewasat dalam keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa seperti dirinya. Pengalaman yang tidak menyenangkan bagi klien yaitu saat mulai duduk di bangku sekolah SMA mulai dari awal masuk sekolah kelas 10 semester 2. Klien sering di bully oleh teman-temannya, sehingga klien memutuskan untuk pindah sekolah lagi dan berhenti sekolah saat kelas 11 dan mulai mengurusi diri di rumah dan selalu merasa bosan yang ada di rumah.

E. Faktor Presipitasi :

Klien mengalami sering berdebat pendapat di dalam rumahnya, dan sering marah dengan nada yang tinggi.

F. Pemeriksaan Fisik :

Tanda-tanda Vital = TD : 110/80

N : 80x/menit

S : 36,5 °C

TB : 36,0

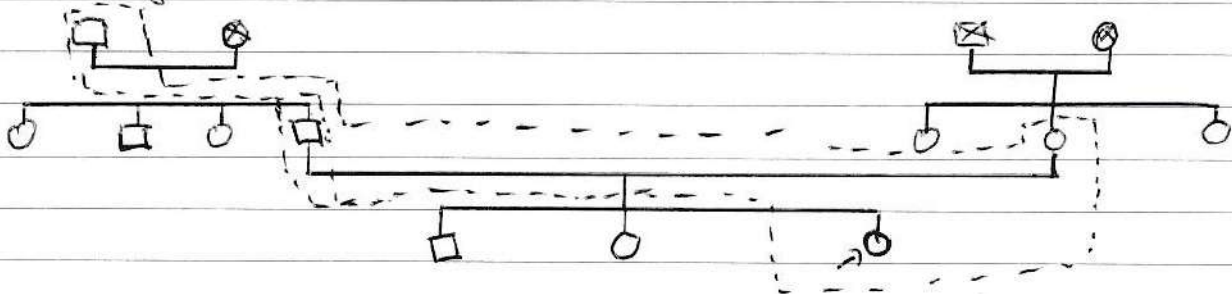
BB : 65 kg

Kondisi Risk

Klien Gidoli mengalami sakit jika terdapat anggota tubuhnya yang sakit langsung pindah ke poyongan kesekitar.

R. Psikososial

1.) Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Perempuan sudah meninggal

⊠ : Laki-laki sudah meninggal

--- : Tinggal serumah

→ ○ : Klien

2) Komunikasi: Klien dan anggota keluarga yang tinggal dalam rumah cukup baik. di masyarakat klien dikenal oleh yang cukup banyak, pemuda, dan pemuda. dalam bermasyarakat klien jarang pernah bersosialisasi di sekitar rumahnya. bahasa yang biasa digunakan adalah bahasa Jawa.

3) Konsep diri

1. Gambaran diri: Klien mengatakan tidak sayang pada anggota tubuhnya. karena berat badan dan fisik yang gemuk. Selain itu klien mengatakan sayang pada anggota tubuhnya yang lain.

2. Identitas: Klien bangga karena perempuan, bisa pernah menikah, mampu mengani jabatan identitas dirinya.

3. Peran: Klien adalah seorang perempuan. di rumahnya hanya membantu mencuci, memasak, dan mencuci baju dan piring.

4. Ideal diri: Klien mengatakan tidak percaya diri karena keadaan yang sebelumnya akan merasa malu.

5. : Klien mengatakan banyak stres setiap dirinya terkandung keluarga karena penidungan yang sebelumnya.

6. Hubungan sosial:

- Orang yang paling dekat adalah keluarga.

- Peran sosial dalam masyarakat tidak pernah.

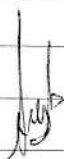
- Hubungan dalam hubungan orang lain kurang baik, karena penidungan sebelumnya.

- Spiritual: Klien bangga Islam keagamaan (badan) cukup baik.

Stafus mental

- 1). Persepsi: Rapi. Perasaan sesak, Bersih.
- 2). Pembiasaan: Mampu mematuhi pembiasaan, berane jales.
- 3). Aktifitas Mental: Klien mampu pro aktif dan mood bersenang.
- 4). Atom Perasaan: Sadah, karena lenyap perasaan sebelumnya.
- 5). Arah: Apak labil
- 6). Interaksi: Klien bisa mudah mudah berakut
- 7). Persepsi: Klien pernah mengalami (baga karena mood bersenang).
- 8). Proses pikir: Klien mampu mengenalkan pembiasaan.
- 9). Isi Pikir: Klien mampu pikiran negatif yang sudah muncul, namun mampu mengulangkannya.
- 10). Tingkat kesadaran: Klien sadar penuh.
- 11). Momen: Klien merasa mengalami gangguan daya ingat.
- 12). Konsentrasi Berhikay: Klien mampu berkhidmat.
- 13). Daya Tahan diri: Klien mengalami dirinya mengalami gangguan jiwa.
- 14). Kemampuan Perasaan: Klien mampu melakukan penilaian dengan baik.
- 15). Tingkat konsentrasi: Klien mampu konsentrasi setiap built.

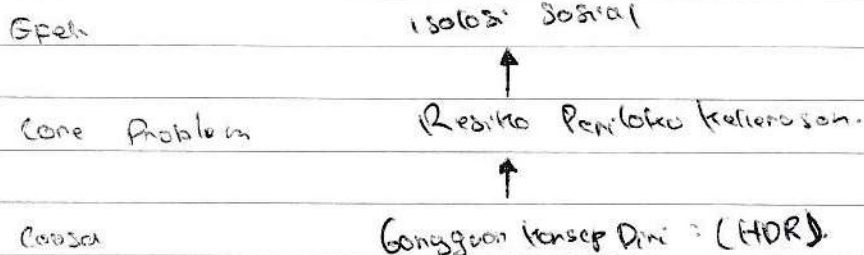
Analisa Data.

Tanggal / Jam.	Data Fokus.	Diagnosis	Ttd.
22 Januari 2019 15.00	Data Subjektif : - klien mengatakan moodnya marah, kesinggungan saat marah merasa bingung di rumah. Data Objektif : - klien tampak mengesek gigi perihnya. - kondisi mata terlihat berair.	Risiko Perilaku kekerasan	
22 Januari 2019 15.00	Data Subjektif : - klien mengatakan tidak mampu bekerja dalam masyarakat karena teringat masalah sebelumnya. Data Objektif : - kondisi mata kering.	Harga Diri Rendah.	
22 Januari 2019 15.00	Data Subjektif : - klien mengatakan tidak mampu bergaul dengan teman sebangkunya. Data Objektif : - klien tampak miris dan terhuyung terhuyung. - klien tampak penurunan nafsu makan.	Isolasi Sosial.	

Aspek medis:

- Diagnosa medis : F.20.3
- Terapi Medis : Haloperidol 2 x 5 mg.
Chlorpromazine 2 x 30 mg.
Trifluorometil perazine 2 x 2 mg.

Pohon Masalah :



Catatan Keperawatan.

Tgl/jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Rtd
21/Jan 2019 19.00	Risiko Perilaku kelerosan	- Membina hubungan saling percaya dengan klien. - Mengajarkan SP1 mengenai Penyakit, tanda dan gejala, akibat morah, tanda napas dalam, Mengajarkan energi positif.	S: Klien mengatakan belum bisa melakukan teknik napas dalam dan mengontrol energi positif O: Klien mampu menyebutkan penyebab tenaga jatuh akibat morah - Klien mampu mendemonstrasikan napas dalam dengan baik. A: Masalah risiko perilaku kelerosan belum teratasi. P: Mengajar kembali cara mengontrol perilaku kelerosan dengan napas dalam dan Ajarkan SP2: mengontrol morah dengan minum obat	
22/Jan 2019 19.00		- Mengevaluasi cara mengontrol morah dengan napas dalam - Menyajikan s benar minum obat	S: Klien mengatakan sudah paham tentang cara mengontrol perilaku kelerosan dengan minum obat. O: - Klien mampu menyebutkan s benar minum obat. - Klien mampu mengontrol tenaga akibat tidak minum obat A: Masalah risiko perilaku kelerosan teratasi P: Masalah kembali supaya klien mampu minum obat secara teratur - Ajarkan SP3 mengontrol morah dengan teknik bicara yang baik	

Tgl (jam)	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
27/Jan 2019 14.45	- Mengobservasi ds	- Mengobservasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan s benar minum obat. - Mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan bicara yang baik.	S: klien mengatakan belum mengontrol cara bicara yang baik. O: - klien mampu mengontrol s benar minum obat - klien mampu mendemonstrasikan. cara meminta, menela dan menganggotakan rasa marah dengan bicara yang baik. A: Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi. P: Mengajarkan klien cara mengontrol marah dengan spiritual.	
28 Jan 2019 14.50		- Mengobservasi cara mengontrol marah dengan latihan bicara yang baik. - Mengajarkan cara mengontrol marah dengan spiritual: islahfor, berdoa, dan beribadah	S: klien mengatakan dengan jembay sholat jika marah dan tegor keluarga O: - klien mampu berislahfor, sholat, dan berdoa A: Masalah resiko perilaku kekerasan P: Berikan klien mengontrol marah dengan berislahfor dan latihan anggota keluarga untuk membimbing dalam beribadah	

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN DIAGNOSA.
KEPERAWATAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN. D1
WILAYAH KECAMATAN KLIRONG



Disusun oleh:
Roy Mahardiko (A01602251)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2019/2020

Pengkajian

Nama : Ny. S.
Umur : 30 tahun.
Tt :
Jenis Kelamin : Perempuan.
Pendidikan : SMK.
Status : Belum Menikah
Agama : Islam.
Tanggal pengkajian : 21 Januari 2019.
Diagnosa : Resiko Penurunan Kefektifan

A. Identitas. Penanggung jawab.

Nama : Ny. P.
Umur : 56
Alamat : S7 tahun
Pekerjaan : Buruh.
Hubungan dengan klien : Ibu.

B. Alasan masuk.

Klien dibawa ke Puskesmas Pajagan karena di rumah sudah mual dan muntah terus-menerus. Yang sudah dilakukan keluarga yaitu kontrol ke Puskesmas Pajagan dan mendapatkan perawatan selama 6 hari dan diberikan obat.

C. Faktor predisposisi.

Klien tidak pernah masuk ke Puskesmas Pajagan sebelumnya. Riwayat dalam keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa seperti demensia. Pengalaman yang telah mengalami klien yaitu setelah lulus SMK dan ingin bekerja ke Jakarta namun tidak dapat pengajian pekerjaan dan hanya bekerja di rumah. Sehingga membuatnya ingin marah.

D. Faktor Presipitasi.

Klien sering berbeda pendapat dengan orang tuanya dan mengancam akan merusak barang-barang yang ada di rumah. Namun tidak sempat membuat gangguan keluarganya.

E. Pemeriksaan Fisik :

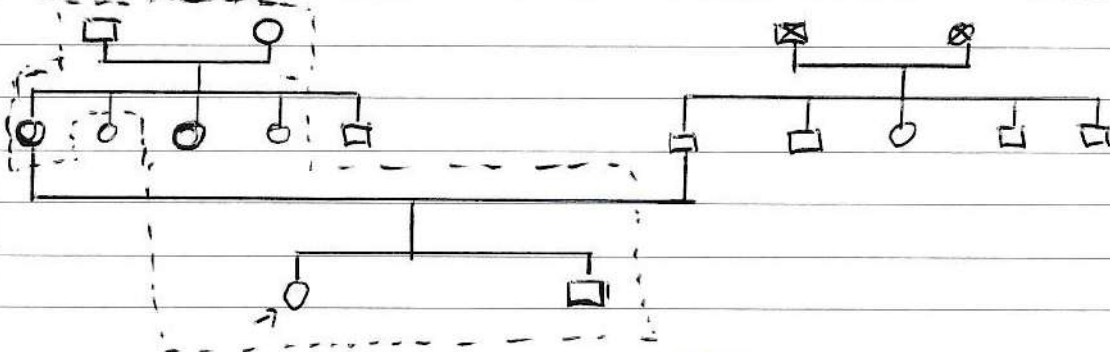
Tanda - Tera Vital = TD : 120/70 mmHg.
M : 85 - /menit
S : 36°C.
TB : 150 cm
BB : 45 kg.

Konklusi Riset :

Klien Adik menjadi sakit jika ada anggota tubuhnya yang sakit langsung meminta obat, Adik ada keluhan fisik.

F. Bikogorai.

1) Genogram.



- : laki-laki
 ○ : Perempuan
 ⊠ : laki-laki sudah menagegal
 ⊙ : Perempuan sudah menagegal
 ∅ = Klien

2). Komunikasi: kelas dengan karyanya cukup baik di masyarakat.

Klien di kuasai sebagai anak perawan. Klien termasuk orang yang susah berburu dengan masyarakat setempat maupun teman sebangkunya. Bahwa yang proses dipikirkan sehari-hari adalah bahwa Jawa dan Indonesia.

3). Konsepte der:

1. Gubaran diri : klien mengemukakan sendiri dengan semua anggota tubuhnya. Terdiri ada bagian tubuh yang tidak di serang.
2. Identitas : klien berjenis kelamin perempuan, belum pernah menikah, mampu mengurus diri. Hal ini ditunjukkan dengan klien mampu menyebutkan nama lengkap dan alamat rumahnya.
3. Person : klien adalah seorang perempuan dinomornya hanya menulis membantukan rumah.
4. keagamaan : klien mengemukakan tidak percaya diri karena keadaannya yang selamanya dan tidak terhadap keluarga dan masyarakat.
5. keag diri = klien mengemukakan merasa bersalah terhadap keluarganya karena penitihannya, klien ingin belajar setelah keadaannya membaik.

- Orang yang paling dekat dengan klien adalah ibunya.
- Peran sister dalam berinteraksi tidak penuh.
- Hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain karena terk. karena kondisi klien yang sudah kritis.

- Spiritual: Klien beragama Islam, kegiatan ibadah jarang dilakukan.

Situs Mental

- 1) Penampilan = Bersih, rapi, pakaian sesuai.
- 2) - Pembicaraan = Mampu memulai pembicaraan, bahasa kurang jelas.
- 3) Akutitas Motorik = Klien terlihat jenuh.
- 4) - Alam Perasaan = Sedih, emosi, karena teringat masa sebelumnya.
- 5) Afek = Klien memiliki Afek labil. Cemas yang berubah-ubah.
- 6) - Interaksi = Kontak mata dapat beralih-alih.
- 7) Persepsi = Klien pernah mengalami halusinasi pendengaran.
- 8) Proses Pikir = Klien bisa mengendalikan pembicaraan dan situasinya.
- 9) Isi Pikir = Obsesi, Klien mempunyai pikiran yang selalu muncul walaupun berusaha menghiraukannya.
- 10) - Tingkat Kesadaran = Klien sadar penuh.
- 11) - Memori = Klien tidak mengalami gangguan daya ingat.
- 12) - Konsentrasi berhitung = Klien mampu berhitung dengan baik.
- 13) Kemampuan Penalaran = Klien mampu melakukan penalaran.
- 14) Daya Tahan diri = Klien mengakui dirinya, mengalami gangguan jiwa.
- 15) Tingkat konsentrasi = Klien mampu konsentrasi dengan baik.

Analisa data :

Tanggal	Data Refus	Diagnosis	Ref.
21 Jan 2018	Data Subjektif : - klien mengeluh mual, muntah, dan mual. Data Objektif : - kondisi mual muntah berat. - Data Subjektif : - klien mengeluh tidak bisa tidur dengan tenang karena berat badan. - klien mengeluh tidak mampu bangun dengan tenang sebangun. Data Objektif : - klien tampak mual, muntah, dan berat. Data Subjektif : - klien mengeluh tidak bisa bersuka-suka, dan merasa sedih karena rumah. Data Objektif : -	Resiko Rendah kelirisan Isolasi sosial Itung di rumah Rendah.	Ref. Ref. Ref.

Aspek Medis :

- Diagnosa Medis : P. 20.3.
- Terapi Medis :
 - Haloperidol
 - Chlorpromazine
 - Trihexis peridone

Implementasi dan evaluasi keperawatan.

Tgl / Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Rnc
21/Jan 2019 13.30	Risiko Penurunan keberesan	- Membina BTSP dengan klien - Mengajarkan SP1 mengenal penyebab, tanda dan gejala, akibat morok, teknik napas dalam. - Mengajarkan energi positif	S: Klien mengatakan sudah bisa melakukan teknik napas dalam dan mendapatkan energi positif dengan berdoa/moga O: Klien mampu menyebutkan penyebab, tanda gejala akibat morok. - Klien mampu mendemonstrasikan napas dalam dengan benar. A: Risiko penurunan keberesan P: Mengulangi kembali cara mengontrol morok dengan napas dalam dan ajarkan SP 2. mengontrol morok dengan minum obat	
22/Jan 2019 13.00	Risiko Penurunan keberesan	- Mengevaluasi cara mengontrol morok dengan napas dalam. - Mengajarkan 5 benar minum obat	S: Klien mengatakan paham tentang cara mengontrol penitela keberesan dengan cara minum obat. O: - Klien mampu menyebutkan 5 benar minum obat - Klien mampu menyebutkan akibat tidak minum obat A: Masalah Risiko penurunan keberesan teratasi P: Melakukan asuhan minum obat secara teratur. - Ajarkan SP 3 mengontrol morok dengan latihan batuk yang baik.	

Tgl / Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Berkas
13.00 23/	Resiko Paralel kelerosan	- Mengajarkan cara mengontrol marah dengan 5 benar minum obat. - Mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan bicara yang baik.	S: klien mengatakan bkenanya sudah baik dan tidak berburuk dengan nada tinggi O: - klien mampu menyebutkan 5 benar minum obat - klien mampu mendemonstrasikan cara berdiri, menoleh, dan mengungkapkan gigi marah dengan berbicara yang baik. A: Masukan Resiko parallel kelerosan teratasi P: Ajarkan Posisi cara mengontrol marah dengan 5 benar.	
24/ 13.30	Resiko Paralel kelerosan	- Mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan bicara yang baik. - Mengajarkan cara mengontrol marah dengan sikap baik: berdiri tegak, dada, dan berhitung.	S: klien mengatakan setelah mengalami gangguan jiwa tidak pernah sholat. Rendah karena lupa bacaan sholat pada saat gerakan sholat O: - klien hanya mampu berdiri tegak A: Masukan belum teratasi P: Berikan klien mengontrol marah dengan berdiri tegak - latihan kelerosan untuk mengontrol kembali bacaan sholat.	

RENCANA TINDAKAN KLIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Tgl	No Dx	Dx KEPERAWATAN	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
21/01/2019		Resiko Perilaku Kekerasan	TUM: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan. TUK: Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat - Wajah cerah tersenyum - Mau berkenalan - Ada kontak mata - Bersedia menceritakan perasaan	1. Bina hubungan saling percaya - Beri salam setiap berinteraksi - Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi - Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien - Tunjukkan rasa empati, jujur, dan menepati janji setiap kali berinteraksi - Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi - Buat kontrak interaksi - Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien
21/01/2019		Resiko Perilaku Kekerasan	Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang di lakukannya	2. Klien mampu menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya: Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik diri sendiri maupun lingkungan	2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya: - Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya - Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien
22/01/2019		Resiko Perilaku Kekerasan	Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan	3. Klien mampu menceritakan tamda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan: Tanda fisik: mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang, dan lain-lain	3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya: Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) Saat perilaku kekerasan terjadi

				– Tanda emosional: perasaan marah, bicara kasar, jengkel – Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan	– Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan – Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan
22/01/2019		Resiko Perilaku Kekerasan	4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya	4. klien mampu menjelaskan perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya	4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya – Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini dilakukannya – Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi – Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi
23/01/2019		Resiko Perilaku Kekerasan	5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	5. Klien mampu menjelaskan akibat tindak kekerasan yang di lakukannya – Diri sendiri: luka, dijaui teman teman, dll – Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll – Lingkungan: barang, atau benda rusak, dll	5. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada: – Diri sendiri – Orang lain/keluarga – Lingkungan
24/01/2019		Resiko Perilaku Kekerasan	6. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan	6. Klien mampu menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah	6. diskusikan dengan lien: – Apakah klien mau mengungkapkan rasa marah yang sehat – Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengngkapkan marah selain perilaku kekerasan yang di ketahui

					klien – Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah: • Cara fisik: nafas dalam , pukul bantal/kasur, olah raga • Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain • Sosial: latihan asertif dengan orang lain • Spiritual: sholat, do'a, dzikir, meditasi, dsb
24/01/2019		Resiko Perilaku Kekerasan	7. Klien dapan mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	7. Klien mampu memperagakan cara-cara mengontrol perilaku kekerasan: – Fisik: tarik nafas dalam, memukul kasur/ bantal, olahraga – Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti – Spiritual: dzikir, do'a, meditasi sesuai agamanya	7. 1. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan dianjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengngkapkan kemarahan 7.2. latih klien memperagakan cara yang dipilih: – Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih – Jelaskan cara manfaat cara tersebut – Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan – Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna 7.3. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilakukan
24		Resiko Perilaku Kekerasan	8. Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan	8.1. Klien mampu menjelaskan: – Manfaat minum obat – Kerugian tidak minum obat – Nama obat – Bentuk dan warna – Dosis yang di berikan	8.1. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan 8.2. Jelaskan kepada klien: – Jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat)

				kepadanya – Waktu pemakaian – Cara pemakaian – Efek yang dirasakan 8.2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program	– Dosis yang tepat untuk klien – Waktu pemakaian – Cara pemakaian – Efek yang dirasakan klien 8.3. Anjurkan klien: – Minta dan menggunakan obat tepat waktu – Lapor ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa – Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat
--	--	--	--	---	--



	INTERAKSI MENDISKUSIKAN CARA KONTROL PERILAKU KEKERASAN DENGAN MEMBANTU PASIEN MENGENAL PENYEBAB, TANDA DAN GEJALA, RESPON, LATIHAN FISIK 1 DAN 2 PADA KLIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN SP 1 RPK		
	Nomor Dokumen IK-UPT-KES-JIWA/00/002/024	Nomor revisi 01	Halaman 1 dari 2
PENGERTIAN			
TUJUAN	1. Menstandarkan cara melakukan interaksi dengan halusinasi TUK/SP 1 2. Supaya bisa dilakukan dengan baik 3. Supaya TUK dan SP pada pasien RPK tercapai		
KEBIJAKAN	ISO 9001:2000		
PETUGAS	1. Dosen Pengajar 2. Petugas Piket Laboratorium		
PERALATAN	Alat Tulis Kertas		
PROSEDUR	A. Fase Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik dan kenalan - Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien - Memanggil nama panggilan yang disukai - Menyampaikan tujuan interaksi (untuk membantu mengatasi masalah) 2. Melakukan evaluasi dan validasi data: - Menanyakan perasaan klien hari ini - Memvalidasi/evaluasi/mengklarifikasi masalah klien 3. Melakukan kontrak - Menyepakati topic yang akan dibicarakan - Menyepakati tempat yang akan dibicarakan - Menyepakati lamanya waktu yang akan dibicarakan B. Fase Kerja 1. Mendiskusikan dengan pasien tentang: - Penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu - Perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan - Perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah - Akibat perilakunya 2. Menjelaskan cara melakukan tarik nafas dalam dan penyaluran energi positif/olahraga 3. Melatih klien cara melakukan tarik nafas dalam dan penyaluran energi positif/olahraga 4. Membimbing klien cara memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 5. Memberikan <i>reinforcement</i> positif C. Fase Terminasi 1. Evaluasi Subyektif Menanyakan perasaan klien setelah berbincang-bincang		

	2. Evaluasi Obyektif Meminta klien untuk menjelaskan kembali inti pembicaraan yang telah dilakukan 3. Rencana Tindakan Lanjut Meminta klien untuk mengingat hal-hal tentang yang belum disebutkan dan meminta klien untuk menerapkan cara yang diajarkan 4. Kontrak yang akan dating a. Menyepakati topik yang akan dibicarakan b. Menyepakati tempat yang akan dibicarakan c. Menyepakati lamanya waktu yang akan dibicarakan D. Sikap Terapeutik 1. Berhadapan dengan mempertahankan kontak mata 2. Membungkuk kearah klien dengan sikap terbuka dan rileks 3. Mempertahankan jarak terapeutik E. Tehnik Komunikasi 1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti 2. Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat
DOKUMEN TERKAIT	Keliat, B.A. 1996. <i>Hubungan Terapeutik Perawat-Klien</i>. EGC: Jakarta Keliat, B.A. Dkk. 1997. <i>Proses Keperawatan Jiwa Edisi I</i>. EGC: Jakarta Nurjanah, I. 2005. <i>Komunikasi Keperawatan: Dasar-Dasar Komunikasi Bagi Perawat</i>. Mecomedika: Yogyakarta

	INTERAKSI MENDISKUSIKAN CARA KONTROL PERILAKU KEKERASAN DENGAN LATIHAN PATUH MINUM OBAT PADA KLIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN SP 2 RPK
---	--

	Nomor Dokumen IK-UPT-KES-JIWA/00/002/024	Nomor revisi 01	Halaman 1 dari 2
PENGERTIAN			
TUJUAN	1. Menstandarkan cara melakukan interaksi dengan halusinasi TUK/SP 2 2. Supaya bisa dilakukan dengan baik 3. Supaya TUK dan SP pada pasien RPK tercapai		
KEBIJAKAN	ISO 9001:2000		
PETUGAS	1. Dosen Pengajar 2. Petugas Piket Laboratorium		
PERALATAN	Alat Tulis Kertas		
PROSEDUR	A. Fase Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik dan kenalan - Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien - Memanggil nama panggilan yang disukai - Menyampaikan tujuan interaksi (untuk membantu mengatasi masalah) 2. Melakukan evaluasi dan validasi data: - Menanyakan perasaan klien hari ini - Memvalidasi/evaluasi/mengklarifikasi masalah klien 3. Melakukan kontrak - Menyepakati topic yang akan dibicarakan - Menyepakati tempat yang akan dibicarakan - Menyepakati lamanya waktu yang akan dibicarakan B. Fase Kerja 1. Mendiskusikan dengan pasien tentang: - Penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu - Perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan - Perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah - Akibat perilakunya 2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan patuh minum obat 3. Melatih klien cara 5 benar minum obat 4. Membimbing klien cara memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 5. Memberikan <i>reinforcement</i> positif C. Fase Terminasi 1. Evaluasi Subyektif Menanyakan perasaan klien setelah berbincang-bincang 2. Evaluasi Obyektif Meminta klien untuk menjelaskan kembali inti pembicaraan yang telah dilakukan 3. Rencana Tindakan Lanjut Meminta klien untuk mengingat hal-hal tentang yang belum disebutkan dan meminta klien untuk menerapkan cara yang diajarkan 4. Kontrak yang akan dating - Menyepakati topik yang akan dibicarakan - Menyepakati tempat yang akan dibicarakan		

	c. Menyepakati lamanya waktu yang akan dibicarakan D. Sikap Terapeutik 1. Berhadapan dengan mempertahankan kontak mata 2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks 3. Mempertahankan jarak terapeutik E. Teknik Komunikasi 1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti 2. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat
DOKUMEN TERKAIT	Keliat, B.A. 1996. <i>Hubungan Terapeutik Perawat-Klien</i>. EGC: Jakarta Keliat, B.A. Dkk. 1997. <i>Proses Keperawatan Jiwa Edisi I</i>. EGC: Jakarta Nurjanah, I. 2005. <i>Komunikasi Keperawatan: Dasar-Dasar Komunikasi Bagi Perawat</i>. Mecomedika: Yogyakarta



	INTERAKSI MENDISKUSIKAN CARA KONTROL PERILAKU KEKERASAN SECARA VERBAL PADA KLIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN SP 3 RPK		
	Nomor Dokumen IK-UPT-KES-JIWA/00/002/024	Nomor revisi 01	Halaman 1 dari 2
PENGERTIAN			
TUJUAN	1. Menstandarkan cara melakukan interaksi dengan halusinasi TUK/SP 3 2. Supaya bisa dilakukan dengan baik 3. Supaya TUK dan SP pada pasien RPK tercapai		
KEBIJAKAN	ISO 9001:2000		
PETUGAS	3. Dosen Pengajar 4. Petugas Piket Laboratorium		
PERALATAN	Alat Tulis		

	Kertas
PROSEDUR	A. Fase Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik dan kenalan a. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien b. Memanggil nama panggilan yang disukai c. Menyampaikan tujuan interaksi (untuk membantu mengatasi masalah) 2. Melakukan evaluasi dan validasi data: a. Menanyakan perasaan klien hari ini b. Memvalidasi/evaluasi/mengklarifikasi masalah klien 3. Melakukan kontrak a. Menyepakati topik yang akan dibicarakan b. Menyepakati tempat yang akan dibicarakan c. Menyepakati lamanya waktu yang akan dibicarakan B. Fase Kerja 1. Mendiskusikan dengan pasien tentang: a. Penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu b. Perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan c. Perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah d. Akibat perilakunya 2. Menjelaskan cara berbicara yang baik meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan kesal. 3. Melatih klien cara berbicara yang baik 4. Membimbing klien cara memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 5. Memberikan <i>reinforcement</i> positif C. Fase Terminasi 1. Evaluasi Subyektif Menanyakan perasaan klien setelah berbincang-bincang 2. Evaluasi Obyektif Meminta klien untuk menjelaskan kembali inti pembicaraan yang telah dilakukan 3. Rencana Tindakan Lanjut Meminta klien untuk mengingat hal-hal tentang yang belum disebutkan dan meminta klien untuk menerapkan cara yang diajarkan 4. Kontrak yang akan datang a. Menyepakati topik yang akan dibicarakan b. Menyepakati tempat yang akan dibicarakan c. Menyepakati lamanya waktu yang akan dibicarakan D. Sikap Terapeutik 1. Berhadapan dengan mempertahankan kontak mata 2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks 3. Mempertahankan jarak terapeutik E. Teknik Komunikasi 1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti 2. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat
DOKUMEN TERKAIT	Keliat, B.A. 1996. <i>Hubungan Terapeutik Perawat-Klien</i> . EGC: Jakarta

	Keliat, B.A. Dkk. 1997. <i>Proses Keperawatan Jiwa Edisi I</i>. EGC:Jakarta Nurjanah, I. 2005. <i>Komunikasi Keperawatan: Dasar-Dasar Komunikasi Bagi Perawat</i>. Mecomedika: Yogyakarta
--	---



	INTERAKSI MENDISKUSIKAN CARA KONTROL PERILAKU KEKERASAN DENGAN LATIHAN MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN SECARA SPIRITUAL PADA KLIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN SP 4 RPK		
	Nomor Dokumen IK-UPT-KES-JIWA/00/002/024	Nomor revisi 01	Halaman 1 dari 2
PENGERTIAN			
TUJUAN	1. Menstandarkan cara melakukan interaksi dengan halusinasi TUK/SP 4 2. Supaya bisa dilakukan dengan baik 3. Supaya TUK dan SP pada pasien RPK tercapai		
KEBIJAKAN	ISO 9001:2000		
PETUGAS	1. Dosen Pengajar 2. Petugas Piket Laboratorium		
PERALATAN	Alat Tulis Kertas		
PROSEDUR	A. Fase Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik dan kenalan a. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien b. Memanggil nama panggilan yang disukai c. Menyampaikan tujuan interaksi (untuk membantu mengatasi masalah)		

	2. Melakukan evaluasi dan validasi data: - Menanyakan perasaan klien hari ini - Memvalidasi/evaluasi/mengklarifikasi masalah klien 3. Melakukan kontrak - Menyepakati topik yang akan dibicarakan - Menyepakati tempat yang akan dibicarakan - Menyepakati lamanya waktu yang akan dibicarakan B. Fase Kerja 1. Mendiskusikan dengan pasien tentang: - Penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu - Perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan - Perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah - Akibat perilakunya 2.. Menjelaskan cara melakukan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual 3. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual 4. Membimbing klien cara memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 5. Memberikan <i>reinforcement</i> positif C. Fase Terminasi 1. Evaluasi Subyektif Menanyakan perasaan klien setelah berbincang-bincang 2.Evaluasi Obyektif Meminta klien untuk menjelaskan kembali inti pembicaraan yang telah dilakukan 3.Rencana Tindakan Lanjut Meminta klien untuk mengingat hal-hal tentang yang belum disebutkan dan meminta klien untuk menerapkan cara yang diajarkan 4. Kontrak yang akan datang - Menyepakati topik yang akan dibicarakan - Menyepakati tempat yang akan dibicarakan - Menyepakati lamanya waktu yang akan dibicarakan D. Sikap Terapeutik - Berhadapan dengan mempertahankan kontak mata - Membungkuk kearah klien dengan sikap terbuka dan rileks - Mempertahankan jarak terapeutik E. Tehnik Komunikasi - Menggunkan kata-kata yang mudah dimengerti - Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat
DOKUMEN TERKAIT	Keliat, B.A. 1996. <i>Hubungan Terapeutik Perawat-Klien</i>. EGC: Jakarta Keliat, B.A. Dkk. 1997. <i>Proses Keperawatan Jiwa Edisi I</i>. EGC:Jakarta Nurjanah, I. 2005. <i>Komunikasi Keperawatan: Dasar-Dasar Komunikasi Bagi Perawat</i>. Mecomedika: Yogyakarta

FORM PENGKAJIAN KLIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama :

Tempat :

Tanda dan Gejala		
Data Subyektif :	Ya	Tidak
1. Klien mengatakan benci kepada seseorang		
2. Klien mengatakan kesal kepada seseorang		
3. Klien suka membentak orang yang mengusiknya		
4. Klien suka menyerang orang yang mengusiknya jika kesal		
5. Klien mengatakan mempunyai riwayat perilaku kekerasan sebelumnya		
6. Klien mengatakan mempunyai riwayat gangguan jiwa lainnya		
Data Obyektif :	Ya	Tidak
1. Mata merah		
2. Wajah agak tegang dan merah		
3. Nada suara tinggi dan keras		
4. Berbicara keras/ berteriak/ bicara menguasai		
5. Ekspresi marah saat membicarakan orang		
6. Pandangan tajam		
7. Merusak dan melempar barang, memukul benda/ orang lain		
8. Mengancam secara verbal / fisik		
9. Jalan mondar mandir		

**LEMBAR OBSERVASI KEMAMPUAN KLIEN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

Nama :

Tempat :

NO	Aspek Penilaian	Tanggal Evaluasi							
		21		22		23		24	
I	Kemampuan	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1	Melakukan relaksasi nafas dalam								
2	Menyalurkan energi positif dengan Olahraga								
3	Meminta dengan baik								
4	Menolak dengan baik								
5	Mengungkapkan perasaan jengkel/marah pada orang lain dengan baik								
6	Meminta dan minum obat dengan prinsip 5 benar minum obat								
7	Mengontrol marah secara spiritual : berdo'a, istighfar, sholat								
Total Jumlah Kemampuan Klien									

Keterangan skor nilai :

Y= 1

T= 0

**FORM JADWAL KEGIATAN HARIAN KLIEN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

Nama :
Tempat :

NO	JAM	KEGIATAN	SENIN			SELAS			RABU			Kamis		
			M	B	T	M	B	T	M	B	T	M	B	T
1		Melakukan latihan tarik nafas dalam												
2		Menyalurkan energi positif dengan olahraga												
3		Meminta dengan baik												
4		Menolak dengan baik												
5		Mengungkapkan perasaan jengkel/marah pada orang lain dengan baik												
6		Meminta dan minum obat dengan 5 prinsip benar minum obat (OODWC)												
7		Mengontrol marah secara spiritual : berdo'a, istighfar, sholat												

Keterangan :

M : Mandiri

B : Bantuan

T : Tidak melakukan

LEMBAR OBSERVASI *PRE & POST*
TERAPI INDIVIDU MENURUNKAN TINGKAT PERILAKU
KEKERASAN PADA KLIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama :
Tempat :

No	Tanggal	Nama Kegiatan	Sebelum Diberi Terapi Individu	Sesudah Diberi Terapi Individu
1	21 Januari 2019	Latihan tarik nafas dalam dan penyaluran energi positif dengan olahraga		
2	22 Januari 2019	Meminta dengan baik		
3	22 Januari 2019	Menolak dengan baik		
4	22 Januari 2019	Mengungkapkan perasaan jengkel/marah pada orang lain dengan baik		
5	23 Januari 2019	Meminta dan minum obat dengan prinsip 5 benar minum obat (OODWC)		
6	24 Januari 2019	Mengontrol marah secara spiritual : berdo'a, istighfar, sholat		

**EVALUASI TANDA dan GEJALA, KEMAMPUAN KLIEN DENGAN
DIAGNOSA KEPERAWATAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

Nama Pasien :

Tempat :

NO	Aspek Penilaian	Tanggal Evaluasi							
		21		22		23		24	
		Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
Tanda dan Gejala									
Kognitif									
1	Tidak mampu mengontrol PK								
2	Punya pikiran negative								
3	Mendominasi pembicaraan								
4	Bawel								
5	Skrasme								
6	Fight of idea								
7	Perubahanisifikir								
8	Ingin memukul orang lain								
9	Meremehkan keputusan								
Jumlah									
Perilaku									
1	Mondar-mandir								
2	Melempar/mumukul benda/orang lain								
3	Merusak barang								
4	Sikap Bermusuhan								
5	Agresif/pasif								
6	Sinis								
7	Curiga								
8	Perilaku verbal ingin memukul								

9	Membrontak							
Jumlah								

Keterangan :

Y = 1

T = 0



PENGARUH LATIHAN ASERTIF DALAM MEMPERPENDEK FASE INTENSIF DAN MENURUNKAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN DI RUANG *INTENSIVE PSYCHIATRIC CARE UNIT (IPCU)* RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

Mochamad Ali Sodikin¹, Titin Andri Wihastuti², Lilik Supriati³

¹ Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

^{2,3} Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Perilaku kekerasan merupakan respon kemarahan maladaptif dalam bentuk perilaku menciderai diri, orang lain dan lingkungan, Perilaku kekerasan adalah alasan masuk yang utama di rumah sakit jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yaitu 538 kasus (53,01%) dengan rerata lama hari rawat di ruang intensif psikiatri 7 – 8 hari, lama hari rawat ditentukan oleh pemendekan fase intensif pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang *Intensive Psychiatric Care Unit (IPCU)* RSJ.dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Penelitian ini menggunakan desain “*Quasi experimental pre-post test with control group*”. Sample penelitian ini adalah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berjumlah 60 orang yang terdiri dari 30 orang kelompok perlakuan yang diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dan 30 orang kelompok kontrol yang hanya mendapatkan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa fase intensif pasien lebih cepat pada kelompok perlakuan daripada kelompok kontrol dengan nilai $p < 0.001$ dan didapatkan penurunan gejala perilaku kekerasan yang lebih besar pada kelompok perlakuan daripada kelompok kontrol dengan nilai $p < 0.001$. Dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dapat memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan pasien oleh karena itu direkomendasikan untuk diterapkan di ruang perawatan intensif psikiatri.

Kata kunci :Latihan asertif, fase intensif, perilaku kekerasan, ruang perawatan intensif psikiatri

ABSTRACT

Violence behavior is a maladaptive anger response in form of doing harm to self, other and environment. Violence behavior is the primary reason of why inmates have been put into dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Mental Hospital, as much as 538 cases (53,01%) with the average time on intensive psychiatric ward about 7 – 8 days, as the care time is determined by shortening of intensive phase. The Aim of this study was to understand the effects of assertiveness training in shortening intensive phase and decreasing of violence behaviour symptom in Intensive Psychiatric Care Unit (IPCU) ward of dr. Radjiman Wediodiningrat Mental Hospital of Lawang. Quasi experimental pre-post test with control group design was used in these study. Samples were involved in these study are 60 Schizophrenic clients with violence behavior that consist of 30 experimental group given assertiveness training and violence behavior nursing care standard and 30 control group given only violence behavior nursing care standard. Result showed that shorten intensive phase was found in experimental group rather than control group with value $p < 0.001$ and greater violence behavior symptom lowering was found in experimental group rather than control group with value $p < 0.001$. In conclusion giving assertiveness training can shortening intensive phase and decreasing of aggressive behavior symptom on client, so that it is surely recommended to be applied in intensive psychiatric ward.

Keywords :Assertiveness training, Intensive Phase, Intensive Psychiatric Care Unit, Violence Behavior .

Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol: 3, No. 2, November 2015; Korespondensi : M. Ali Sodikin.
Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Jl. Jend. A. Yani Lawang. Email
:alisodikin2410@gmail.com telp. 085604123823

PENDAHULUAN

Perilaku kekerasan adalah reaksi emosional yang menyebabkan terjadinya kemarahan atau perilaku yang bertujuan untuk menyebabkan kerusakan fisik terhadap seseorang atau properti (Fresan, 2007). Perilaku impulsif maupun agresif dapat terjadi pada fase akut maupun fase kronis pada pasien *schizophrenia*. (Lindenmayer, 2009). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana individu mengalami perilaku yang dapat membahayakan secara fisik baik pada diri sendiri maupun orang lain (Townsend, 2009). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan / kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart, 2013)

Studi pendahuluan yang penulis lakukan di 3 ruang (2 ruang laki – laki dan 1 ruang perempuan) *Intensive Psychiatric Care Unit* (IPCU) RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang terjadi peningkatan jumlah pasien yang masuk rumah sakit dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan. Jumlah pasien yang dirawat di ruang IPCU pada tribulan ketiga (Juli, Agustus, dan September) tahun 2014 adalah 898 pasien (649 laki – laki dan 249 perempuan) pasien yang masuk rumah sakit (MRS). Perilaku kekerasan merupakan diagnosa terbanyak pertama yaitu 482 pasien (53,67%) terdiri dari pasien laki – laki sebanyak 414 orang dan perempuan sebanyak 68 orang.

Jumlah pasien yang dirawat pada tribulan keempat (Oktober, November, dan Desember) 2014, terdapat 1015 pasien (727 laki – laki dan 288 perempuan) pasien yang MRS. Perilaku kekerasan merupakan diagnosa terbanyak pertama yaitu 538 pasien (53,01%) terdiri dari pasien laki – laki sebanyak 458 orang dan perempuan sebanyak 80 orang. Terjadi peningkatan jumlah pasien yang dirawat pada

tribulan keempat sebanyak 117 pasien (13%), dan peningkatan jumlah pasien dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan sebanyak 56 pasien (11,62%), dengan rata – rata hari rawat pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan adalah 7 - 8 hari (Bidper RSJ RW, 2014).

Ruang IPCU merupakan ruang perawatan untuk pasien dalam kondisi akut, perilaku kekerasan merupakan diagnosa keperawatan terbanyak di ruang IPCU. Apabila kondisi pasien yang dirawat sudah tenang (tidak akut) maka pasien tersebut akan dipindahkan ke ruang sub akut, selama ini rata – rata hari rawat pasien *schizophrenia* dengan diagnosa perawatan perilaku kekerasan adalah 7 – 8 hari, sementara standar pelayanan hari rawat di ruang intensif adalah 10 hari, sehingga terjadi penumpukan pasien dengan diagnosa perawatan perilaku kekerasan,

Ruang perawatan intensif psikiatri adalah ruangan untuk merawat pasien dengan kondisi psikiatri akut. Kondisi psikiatri akut ini meliputi tindakan yang membahayakan diri sendiri dan kegawatdaruratan psikiatri lainnya (Beer, 2008). Kondisi akut yang dimaksudkan di atas adalah kondisi pasien gangguan jiwa dengan kriteria : pasien yang mengalami gangguan jiwa yang berat dan biasanya kronis, pasien yang menunjukkan gangguan yang berat pada aspek kognitif, afektif dan persepsi, pasien beresiko mencederai diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan. secara total tergantung terhadap semua pemenuhan kebutuhan aktifitas hidup sehari-hari (*Activity of Daily Living*), membutuhkan 8 jam perawatan setiap hari, evaluasi *Global Assessment of Functioning* (GAF) : < 30, evaluasi perkembangan perilaku < 17 (Pokjakep. RSJ.RW. Lawang, 2011).

Selama ini tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan diagnosa

perawatan perilaku kekerasan di ruang IPCU RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang adalah standar asuhan keperawatan (SAK) perilaku kekerasan. Strategi preventif untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan berupa peningkatan kesadaran diri perawat, edukasi pasien dan latihan asertif (Stuart, 2013). Peningkatan kesadaran diri dilakukan dengan meningkatkan kemampuan perawat sehingga mampu menggunakan diri secara terapeutik. Edukasi pasien berisi latihan komunikasi dan cara yang tepat untuk mengekspresikan marah.

Latihan Asertif merupakan salah satu terapi spesialis untuk melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi (Stuart & Laraia, 2005). Dari jabaran di atas disimpulkan bahwa strategi preventif pencegahan perilaku kekerasan yaitu peningkatan kemampuan perawat, edukasi kepada pasien dalam berkomunikasi dan mengekspresikan marah, serta latihan asertif untuk meningkatkan kemampuan interpersonal dalam berbagai situasi (Wahyuningsih, 2009).

Latihan asertif bertujuan untuk membantu merubah persepsi untuk meningkatkan kemampuan asertif individu, mengekspresikan emosi dan berfikir secara adekuat dan untuk membangun kepercayaan diri (Linnet *al.* 2008). Pada pasien *schizophrenia* yang kronik latihan asertif terbukti meningkatkan perilaku asertif dan kemampuan berkomunikasi secara interpersonal dengan segera setelah intervensi diberikan (Lee, 2013)

Menurut Rezan (2009) pemberian latihan asertif dapat mengurangi perilaku agresif pasien yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Pada penelitian dengan subyek remaja yang diberikan latihan asertif, didapatkan perbedaan yang signifikan peningkatan level asertif antara kelompok

intervensi dan kelompok kontrol.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang IPCU RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi Eksperimen Pre-Post test With control Group*" dengan intervensi latihan asertif. Penelitian ini membandingkan perbedaan fase intensif dan gejala perilaku kekerasan pada pasien *schizophrenia* dengan diagnosa perawatan perilaku kekerasan. Pada kelompok perlakuan diberikan latihan asertif (**AT**) dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan (**SAK PK**) dan pada kelompok kontrol hanya diberikan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan (**SAK PK**) tanpa latihan asertif.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis univariat, bivariat menggunakan uji *t test*, *Wilcoxon*, *Mann-Whitney* untuk melihat perbandingan pemendekan fase intensif dan penurunan gejala perilaku kekerasan pada pasien.

HASIL

1. Karakteristik responden

Karakteristik dari 60 pasien yang dijadikan responden dalam penelitian ini rerata usia 31,50 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan tertua 54 tahun, jenis kelamin terbanyak laki – laki (66,7%), jenjang pendidikan terbanyak SD (35%), sebagian besar tidak bekerja (75%), sebagian besar tidak kawin (65%), rerata lama menderita gangguan jiwa 75,32 bulan dengan lama sakit terpendek 1 bulan dan terpanjang 240 bulan (2 tahun), rerata frekuensi dirawat adalah yang ke 2,47, jumlah responden yang

dirawat untuk pertama kali (pasien baru) merupakan yang terbanyak (43,3%), *Schizophrenia paranoid* merupakan diagnosa medis terbanyak (68,3%), terapi medis oral terbanyak kombinasi Typikal + Atpikal (30%)

dan mendapatkan terapi antipsikotik injeksi (60%), rerata lama hari rawat responden perlakuan adalah 3,57 hari dan responden perlakuan 5 hari

2. Hasil analisa pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala PK

Tabel5.1 pengaruh latihan asertif dalam memperpendekfase intensif dan menurunkan gejala PK

Variabel	Kelompok kontrol (N=30)				Nilai p (uji)	Kelompok perlakuan (N=30)				Nilai p (uji)	Nilai p (uji)	
	Pre test		Post test			Pre test		Post test			Perlakuan vs Kontrol	
	Min-Max	Mean-SD	Min-Max	Mean-SD		Min-Max	Mean-SD	Min-Max	Mean-SD		Pre test	Post test
SkormGAF-R	14 - 21	16,90 - 2,107	31 - 37	33,37 - 1,450	<0.001 1 (W)	14 - 21	17,47 -2,46	33 - 38	35,47 - 1,961	<0.001 1 (W)	0,213 (MW)	0.001 (MW)
Pemendekan fase intensif (Jam)			71 - 212	121,07 - 30,61				73 - 112	89,60 - 11,49		<0.001 (T2) MD 41,467 IK 95% 19,37 - 43,56	
Skor Gejala PK	81 - 94	86,77 - 3,692	49 - 62	56,33 - 3,356	<0.001 (T1) MD 30,43 SD 5,13	80 - 95	86,53 - 3,848	39 - 48	43,87 - 2,623	<0.001 (T1) MD 42,67 SD 5,16	0,405 (T2) MD 0,2 IK 1,7-2,2	<0.001 (T2) MD 12,5 IK 10,9-14,02
a. Respon perilaku	15 - 20	17,07 - 1,639	9 - 14	10,9 - 1,517	<0.001 1 (W)	15 - 20	17,30 - 1,368	5 - 10	7,53 - 1,456	<0.001 1 (W)	0,203 (MW)	<0.001 (MW)
b. Respon sosial	15 - 20	17,33 - 1,493	9 - 13	10,73 - 1,285	<0.001 1 (W)	15 - 20	17,10 - 1,647	5 - 10	7,70 - 1,393	<0.001 1 (W)	0,261 (MW)	<0.001 (MW)
c. Respon kognitif	15 - 20	17,33 - 1,561	9 - 14	11 - 1,486	<0.001 1 (W)	15 - 20	16,90 - 1,539	5 - 10	8 - 1,462	<0.001 1 (W)	0,137 (MW)	<0.001 (MW)
d. Respon fisik	8 - 10	8,57 - 0,728	5 - 7	5,80 - 0,714	<0.001 1 (W)	8 - 10	8,60 - 0,770	5 - 6	5,30 - 0,466	<0.001 1 (W)	0,457 (MW)	0.002 (MW)
e. Skor PANSS - EC	25 - 28	26,47 - 1,106	15 - 20	17,90 - 1,561	<0.001 1 (W)	25 - 28	26,63 - 1,129	14 - 17	15,33 - 0,994	<0.001 1 (W)	0,280 (MW)	<0.001 (MW)
Uji korelasi pemendekan fase intensif dengan penurunan skor gejala PK					0,282 (P) r = 0,203					0.067 (P) r = -0,338		

Ket :

W = Wilcoxon

MW = Mann-Whitney

T2 = Independent T test

T1 = Dependent T test

MD = Mean Different

SD = Standard Deviation

P = Pearson

r = korelasi

PEMBAHASAN

Fase intensif pasien sebelum pemberian AT dan SAK PK pada kelompok perlakuan dan sebelum pemberian SAK PK pada kelompok kontrol

Berdasarkan hasil penelitian skor mGAF-R (*Modified Global Assessment of Function – Revised*) pada kelompok perlakuan sebelum diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dan kelompok kontrol sebelum diberikan standar asuhan keperawatan tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan nilai $p = 0,213$ dan memiliki skor minimum dan maksimum yang sama yaitu 14 – 24 hal ini menunjukkan bahwa semua responden baik dari kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol berada dalam kondisi akut / intensif (skor mGAF-R < 30), hampir semua pasien yang dijadikan responden masuk rumah sakit dengan alasan melakukan tindakan kekerasan terutama yang diarahkan kepada orang lain atau lingkungan.

Skor mGAF-R 11 – 20 merupakan kondisi dimana pasien menunjukkan menderita akibat pengabaian atau dalam bahaya mencederai diri sendiri dan orang lain. Skor mGAF-R 21 – 30 merupakan kondisi dimana pasien menunjukkan ketidakmampuan fungsional pada hampir seluruh area (Vyllder, 2012 ; Werbeloff, 2015).

Pasien yang masuk rumah sakit jiwa seringkali berada dalam kondisi krisis dan tidak dapat berpikir dengan jernih, sehingga mekanisme koping pasien menjadi maladaptif, kondisi distress yang dialami pasien dapat menyebabkan perilaku agresif. Perawat yang bekerja di unit emergensi maupun ruang intensif psikiatri seringkali menjadi korban dari perilaku agresif pasien, sehingga perawat yang bekerja di ruang intensif harus mampu

mengkaji pasien yang beresiko melakukan perilaku kekerasan, menangani dengan efektif pasien perilaku kekerasan sebelum, selama dan sesudah perilaku kekerasan berlangsung. (Stuart, 2013).

Fase intensif pasien setelah pemberian AT dan SAK PK pada kelompok perlakuan dan setelah pemberian SAK PK pada kelompok kontrol

Skor mGAF-R setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan mengalami peningkatan nilai $p < 0.001$ begitu pula dengan kelompok yang hanya mendapatkan standar asuhan perawatan perilaku kekerasan tanpa latihan asertif juga mengalami peningkatan skor mGAF-R dengan nilai $p < 0.001$. Pemberian latihan asertif memberikan dampak yang lebih signifikan dan bermakna dengan nilai $p = 0.001$ (nilai $p < 0.05$) dengan rerata rangking mGAF-R perlakuan 38,62 dan kelompok kontrol 22,38. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Vinick (1983), Lee (2013), Rezan (2009) bahwa pemberian latihan asertif dapat menurunkan tingkat agresifitas yang diarahkan pada diri sendiri maupun pada lingkungan.

Latihan asertif memberikan hasil yang signifikan dan bermakna terhadap pemendekan fase intensif dengan nilai $p < 0.001$ dengan perbedaan rerata 31,467. Dan pada IK 95% pemberian latihan asertif dapat memperpendek fase intensif pasien antara 19,373 jam sampai dengan 43,560 jam. Pada beberapa responden perlakuan didapatkan lama hari rawat yang kurang dari 4 hari yaitu 2 hari (1 responden), 3 hari (15 responden) sedangkan pada responden kontrol didapatkan 4 responden yang memiliki hari rawat 3 hari.

Skor mGAF-R > 30 menunjukkan pasien sudah tidak berada dalam fase intensif / fase akut sehingga pasien dapat dipindahkan ke ruang

sub akut / ruang perawatan non intensif.(Pokjakep.RSJ.RW. Lawang, 2011).*Global Assessment of Functioning* (GAF) merupakan alat ukur utama untuk menilai gejala psikiatrik dan fungsi individu yang mengalami *schizophrenia*, hal – hal yang dinilai dalam GAF scale meliputi gejala psikologis, fungsi sosial dan fungsi pekerjaan (*occupational functioning*) (Smithet *al.* 2011; Monrad, 2011; Urbanoski *et al.* 2014).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu kondisi kedaruratan psikiatri dimana pasien tersebut beresiko untuk menciderai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Winkler, 2011). Salah satu penyebab dari perilaku kekerasan adalah harga diri rendah, individu dengan harga diri rendah akan mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan interpersonal sehingga dalam melakukan hubungan sosial individu tersebut seringkali berespon atau berperilaku maladaptif. Latihan asertif akan melatih individu berperilaku asertif dalam menjalin hubungan sosial, pada studi yang dilakukan Shiinaet *al.*,(2005) pemberian latihan asertif terbukti secara signifikan ($p < 0.05$) dapat meningkatkan harga diri pasien dan menurunkan kecemasan sosial pada pasien *schizophrenia*.

Lama hari perawatan pasien di ruang intensif merupakan waktu (hari sejak pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien dipindahkan ke ruang sub akut non intensif) pasien dapat dipindahkan apabila skor mGAF-R > 30 . Pemendekan fase intensif adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mencapai skor mGAF-R > 30 . Didapatkan pemendekan fase intensif responden perlakuan mempunyai rerata 89,60 jam dengan waktu minimal adalah 73 jam dan waktu maksimal 112 jam, sedangkan pemendekan fase intensif pada kelompok kontrol mempunyai rerata 121,07 jam dengan

waktu minimal 71 jam dan waktu maksimal 212 jam.

Menurut Badriah *et al.* (2013), salah satu hal yang mempengaruhi lama hari rawat pada pasien di ruang intensif (akut) adalah mGAF-R. Peningkatan dan pemendekan nilai dari skor mGAF-R dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, hal ini sesuai dengan pendapat dari Warnkeet *al.* (2011) yang mengatakan bahwa salah satu prediktor dari kualitas hidup pasien gangguan jiwa adalah penilaian fungsi global pasien. Hal senada juga disampaikan oleh Kohigashi (2013) yang menyatakan bahwa peningkatan skor *Global Assesment of Function* akan berdampak pada perbaikan *Insight* pasien dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Lama hari rawat merupakan indikator dari tingkat efektifitas, efisiensi serta kualitas dari perawatan yang diberikan kepada pasien yang dirawat (Jiménez *et al.* 2004), standar pelayanan minimal yang diterapkan di ruang ICU RSJ. dr. Radjiman Wediodiningrat lawang adalah < 10 hari pasien dapat dipindahkan ke ruang sub akut (non intensif). Lama hari perawatan pasien juga dapat dijadikan salah satu indikator bahwa pasien tersebut beresiko tinggi untuk mengalami kekambuhan (Gaebel dan Riesbeck, 2014).

Latihan asertif (Assretiveness Training) mengajarkan pasien untuk berperilaku asertif yang dilakukan dalam 4 sesi pertemuan, pada sesi 1 pasien dilatih untuk dapat mengenali diri merubah pikiran dan perasaan serta latihan berperilaku asertif, sesi 2 pasien dilatih untuk mengungkapkan keinginan dan kebutuhan serta cara memenuhinya, pada sesi 3 pasien dilatih untuk menjalin hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhannya, pada sesi 4 pasien dilatih untuk mempertahankan perubahan perilaku asertif dalam berbagai situasi. Salah

satu unsur dalam penilaian GAF (Global Assessment of Function) adalah fungsi sosial, pada sesi 3 diajarkan melatih pasien membina hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhannya, melatih pasien menyelesaikan masalah terkait kebutuhan dan keinginan (problem solving) serta melatih pasien menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien dan orang lain (conflict resolution).

Teknik pelaksanaan latihan asertif menggunakan metode describing (penjelasan / menggambarkan mengenai perilaku baru yang akan dilatih), modeling (pemberian contoh perilaku yang dilatih), role playing (berlatih perilaku yang dicontohkan dengan kelompok atau orang lain), feedback (memberikan umpan balik terhadap perilaku baru yang telah dipraktekkan, mana yang baik, dan mana yang perlu ditingkatkan), transferring (mempraktekan dalam kehidupan sehari-hari). Dengan menggunakan metode diatas pasien dilatih untuk meningkatkan kemampuannya secara menyeluruh tidak hanya berfokus pada perilaku kekerasan yang dilakukan pasien.

Pemendekan fase intensif dan lama hari rawat kurang dari 4 hari (lama pemberian latihan asertif 4) pada responden perlakuan diperkirakan terjadi karena respon yang berbeda dari pasien terhadap latihan asertif yang diberikan. Pada sesi 1 latihan asertif pasien dilatih untuk mengenali diri, mengubah pikiran, perasaan dan latihan perilaku asertif, sesi 2 melatih kemampuan mengungkapkan keinginan dan kebutuhan serta cara memenuhinya sedang sesi 3 melatih kemampuan menjalin hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhan. Respon yang berbeda ini sesuai dengan pendapat Jiménez (2004) dimana respon terhadap tindakan (*treatment*) merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap lama hari rawat dengan nilai p

<0.001.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dapat memperpendek fase intensif dan memperpendek lama hari rawat pasien. Dengan pemendekan fase intensif dan lama hari rawat yang pendek dapat meningkatkan kualitas hidup (*Quality of Live*) pasien gangguan jiwa serta dapat mengurangi atau mencegah kekambuhan pasien. Untuk itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui kekambuhan (*relaps*) pada pasien yang telah diberikan latihan asertif.

Komposit gejala perilaku kekerasan sebelum pemberian AT dan SAK PK pada kelompok perlakuan dan sebelum pemberian SAK PK pada kelompok kontrol

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa skor komposit gejala perilaku kekerasan (penjumlahan respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan PANSS-EC) sebelum pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan pada kelompok perlakuan dan pemberian standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan saja tanpa latihan asertif pada kelompok kontrol tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan nilai p 0,405 (>0.05). Masing masing dari hasil observasi gejala perilaku kekerasan sebelum intervensi juga tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna, dari respon perilaku didapatkan nilai p 0,203; respon sosial nilai p 0,261; respon kognitif nilai p 0,137; respon fisik nilai p 0,457 dan skor PANSS-EC(*Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component*) nilai p 0,280.

Rerata skor komposit gejala perilaku kekerasan sebelum pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan pada kelompok perlakuan adalah 86,53 dengan nilai

minimal 80 dan maksimal 95 dan rerata pada kelompok kontrol adalah 86,77 dengan nilai minimal 81 dan maksimal 94. Tingginya gejala perilaku kekerasan akan mengakibatkan perilaku kekerasan yang merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Keliat *et al.* 2011). Semakin tinggi skor perilaku kekerasan menunjukkan bahwa gejala perilaku kekerasan semakin berat hal ini berdampak juga terhadap memanjangnya lama hari rawat dan angka kekambuhan (*relaps*) pasien (Zhang, 2011).

Perilaku kekerasan adalah reaksi emosional yang menyebabkan terjadinya kemarahan atau perilaku yang bertujuan untuk menyebabkan kerusakan fisik terhadap seseorang atau properti (Fresan, 2007). Perilaku impulsif maupun agresif dapat terjadi pada fase akut maupun fase kronis pada pasien *schizophrenia*. (Lindenmayer, 2009). Perilaku kekerasan pada gangguan jiwa merupakan kegawatan psikiatri yang memerlukan penanganan yang cepat agar tidak membahayakan pasien, orang lain maupun petugas kesehatan dan lingkungannya. American Association psychiatric (2000) menyebutkan bahwa beberapa penelitian melaporkan bahwa kelompok individu yang didiagnosa *schizophrenia* mempunyai insiden yang lebih tinggi untuk mengalami perilaku kekerasan (APA, 2000 dalam Saladino, 2007).

Perilaku kekerasan menjadi alasan masuk yang paling utama pasien gangguan jiwa di RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang pada bulan Oktober – Desember 2014 yaitu sebanyak 538 pasien (53,01%) dari 1015 pasien yang masuk rumah sakit (MRS). Perilaku kekerasan merupakan kasus yang cukup banyak

dijumpai dan menjadi alasan utama keluarga untuk merawat anggota keluarga dan gangguan jiwa ke rumah sakit jiwa karena membahayakan bagi pasien, orang lain maupun lingkungan.

Komposit gejala perilaku kekerasan sesudah pemberian AT dan SAK PK pada kelompok perlakuan dan sesudah pemberian SAK PK pada kelompok kontrol

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari skor komposit gejala perilaku kekerasan (penjumlahan respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan PANSS-EC) baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. skor gejala perilaku kekerasan kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai rerata 86,3 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai rerata 43,87 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$. Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$ dan selisih rerata 30,433.

Dari hasil penelitian juga didapatkan perbedaan skor komposit gejala perilaku kekerasan yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol (nilai $p < 0.001$) dengan perbedaan rerata 12,467 dimana pada selang kepercayaan 95 % pemberian latihan asertif dapat menurunkan skor gejala perilaku kekerasan pasien antara 10,910 sampai dengan 14,023. Hasil penelitian ini juga selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2009) dimana didapatkan perbedaan yang bermakna nilai komposit perilaku kekerasan nilai $p < 0.005$. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Alini (2010) dihasilkan

perbedaan yang bermakna skor komposit perilaku kekerasan dengan nilai $p < 0.05$.

Perilaku kekerasan merupakan kondisi kedaruratan yang harus ditangani dengan segera, tindakan untuk mengatasi kondisi tersebut adalah dengan melakukan pengikatan (*restrain*) dan pengobatan tanpa persetujuan pasien (*involuntary medication*), saat ini dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan lebih ditekankan pada metode yang tidak memaksa (*noncoercive*) dengan tujuan : 1) menjamin keselamatan staff, pasien dan lingkungan, 2) membantu pasien agar dapat mengontrol emosi dan perilakunya, 3) sedapat mungkin menghindari pengikatan (*restrain*), 4) menghindari intervensi atau tindakan yang bersifat memaksa (*coercive*) yang dapat membuat kondisi pasien menjadi agresif. (Richmond *et al.* 2012).

Pasien atau individu yang masuk rumah sakit jiwa menunjukkan individu tersebut berada dalam kondisi distress dan memiliki respon koping yang maladaptif, perawat yang bekerja di ruang emergensi maupun ruang intensif psikiatri seringkali dihadapkan dengan pasien – pasien yang berperilaku agresif yang berpotensi dapat membahayakan pasien sendiri, staff, pasien lain maupun lingkungan, sehingga pencegahan dan penanganan perilaku agresif merupakan kemampuan klinis yang harus dikuasai oleh perawat yang bekerja di ruang intensif. (Stuart, 2013)

Berdasarkan hasil penelitian dan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif secara bermakna dapat menurunkan gejala perilaku kekerasan yang lebih besar pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol. Berikut ini akan dijelaskan hasil penelitian dari variabel – variabel gejala perilaku kekerasan.

Indikator respon perilaku

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari indikator respon perilaku baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor indikator respon perilaku kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 15 dan maksimal 20, setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$. Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$.

Pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan memberikan hasil penurunan skor indikator respon perilaku yang bermakna dibandingkan dengan kelompok yang hanya mendapatkan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dengan nilai $p < 0.001$ dengan nilai median 8 pada kelompok perlakuan dan 10,50 pada kelompok kontrol. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2009) dan Alini (2010) yang menyatakan bahwa latihan asertif dapat menurunkan respon perilaku pada pasien perilaku kekerasan dengan nilai $p < 0.05$.

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan memberikan hasil penurunan skor respon perilaku yang bermakna daripada hanya diberikan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan, sehingga perlu adanya peningkatan kualitas sumber daya perawat dalam pelaksanaan latihan asertif, hal ini sejalan

dengan pendapat Lindenmayer (2009) bahwa penanganan pasien dengan perilaku kekerasan saat ini lebih mengedepankan terapi perilaku dan terapi non farmakologis.

Indikator respon sosial

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari indikator respon sosial baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor indikator respon sosial kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 15 dan maksimal 20 dengan rerata 17,10 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10 dengan nilai median 8 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$. Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$ dan memiliki nilai terendah 9 dan tertinggi 14. Didapatkan perbedaan skor indikator respon sosial yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol dengan nilai $p < 0.001$.

Penurunan skor indikator respon sosial setelah diberikan latihan asertif juga selaras dengan pendapat Lee (2013) dimana hasil dari penelitiannya menyatakan pada pasien schizophrenia yang kronik Assertive Training terbukti meningkatkan perilaku asertif dan kemampuan berkomunikasi secara interpersonal dengan segera setelah intervensi diberikan. Penurunan respon sosial setelah diberikan latihan asertif juga didapatkan pada penelitian yang dilakukan Wahyuningsih (2009) dimana latihan asertif menurunkan respon sosial dengan nilai $p < 0.005$ dan selisih nilai

rerata respon sosial sebelum dan sesudah latihan asertif 8,86. Demikian juga penelitian yang dilakukan Alini (2010) didapatkan hasil penurunan respon sosial dengan nilai $p < 0.05$.

Dari hasil penelitian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dapat menurunkan skor indikator respon sosial pada pasien dengan perilaku kekerasan sehingga kemampuan melakukan hubungan interpersonal pasien juga meningkat.

Indikator respon kognitif

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari indikator respon kognitif baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor indikator respon kognitif kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 15 dan maksimal 20 dengan rerata 16,90 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10 dengan nilai median 8 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$. Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$ dan memiliki nilai terendah 9 dan tertinggi 14. Didapatkan perbedaan skor indikator respon kognitif yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol dengan nilai $p < 0.001$.

Pemberian latihan asertif Penurunan gejala perilaku terjadi secara signifikan karena pasien selama terapi telah diajarkan mengubah keyakinan irasional yang selama ini dipertahankan pasien sehingga mencetuskan

perilaku marah menjadi pikiran yang sesuai dengan kenyataan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Wahyuningsih (2009) dimana didapatkan hasil yang bermakna dengan nilai $p < 0.005$ dengan rerata selisih skor respon kognitif sebelum dan sesudah latihan asertif sebesar 7,50. Dominic (2003) juga mengemukakan bahwa yang perlu diubah oleh individu untuk mengatasi masalah emosi maupun perilakunya adalah adanya keyakinan irasional yang dikembangkan oleh dirinya.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dapat menurunkan skor indikator respon kognitif yang bermakna, sehingga perlu peningkatan kualitas sumber daya perawat dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan dan pelaksanaan latihan asertif.

Indikator respon fisik

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari indikator respon fisik baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor indikator respon fisik kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 8 dan maksimal 10 dengan rerata 8,60 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 5 dan maksimal 6 dengan nilai median 5 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$. Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$ dan memiliki nilai terendah 5 dan tertinggi 7 dengan nilai median 6.

Dari hasil penelitian juga didapatkan perbedaan

skor indikator respon fisik yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol (nilai $p < 0.001$) dengan rerata rangking responden perlakuan 24,75 dan responden kontrol 36,25. Hal ini selaras dengan penelitian Wahyuningsih (2009) dimana didapatkan penurunan respon fisik yang bermakna ($p < 0.005$) dengan rerata selisih 3,39 antara skor respon fisik sebelum dan sesudah latihan asertif. Hasil penurunan respon fisik yang bermakna dengan nilai $p < 0.05$ juga ditemui pada penelitian yang dilakukan oleh Alini (2010) yang mengkombinasikan latihan asertif dengan relaksasi otot progresif.

Respon fisik merupakan gejala yang dapat ditemukan atau dapat diobservasi dengan mudah pada pasien dengan perilaku kekerasan. Berdasarkan penjelasan dan penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan secara signifikan dapat menurunkan indikator respon fisik pada pasien dengan perilaku kekerasan, oleh karena itu perlu peningkatan kualitas sumber daya perawat dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan dan pelaksanaan latihan asertif.

Skor PANSS – EC

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari skor PANSS - EC baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor PANSS - EC kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 25 dan maksimal 28 dengan rerata 26,63 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 14 dan maksimal 17 dengan nilai median 15 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang

signifikan dengan nilai $p < 0.001$. Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai $p < 0.001$ dan memiliki nilai terendah 15 dan tertinggi 20 dengan nilai median 18.

Dari hasil penelitian juga didapatkan perbedaan skor PANSS - EC yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol (nilai $p < 0.001$) dengan rerata rangking responden perlakuan 18,23 dan responden kontrol 42,67. Pemberian latihan asertif melatih pasien untuk dapat mengekspresikan kemarahannya tanpa menyakiti orang lain, latihan asertif juga melatih pasien untuk berperilaku asertif, hasil penelitian diatas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hayakawa (2009) yang menyatakan bahwa latihan asertif yang diberikan pada pasien dengan gangguan kepribadian dapat menurunkan perilaku agresif yang diarahkan pada diri sendiri, hal senada juga disampaikan oleh Rezan (2009), Lee (2013) bahwa pemberian latihan asertif (*Assertiveness training*) dapat menurunkan tingkat agresifitas yang diarahkan pada diri sendiri maupun pada lingkungan.

Berdasarkan hasil penelitian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dapat menurunkan skor PANSS – EC pada pasien sehingga diharapkan perawat – perawat yang bertugas di rumah sakit jiwa, utamanya yang bertugas di ruang emergensi maupun ruang perawatan intensif dapat meningkatkan kemampuannya dalam memberikan asuhan perawatan dan pemberian latihan asertif.

Hubungan pemendekan fase intensif dan penurunan skor gejala perilaku kekerasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada

hubungan antara pemendekan fase intensif dengan skor gejala perilaku kekerasan pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan (nilai $p > 0.05$). Pada kelompok perlakuan menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan korelasi lemah ($0,2 - < 0,4$). Pada kelompok kontrol menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi lemah ($0,2 - < 0,4$). Pemendekan fase intensif adalah waktu yang dibutuhkan responden untuk mencapai skor mGAF-R (Modified Global Assesment of Function – Revised) > 30 yang berarti pasien sudah tidak berada dalam fase intensif / fase akut sehingga pasien dapat dipindahkan ke ruang sub akut / ruang perawatan non intensif. (Pokjakep.RSJ.RW. Lawang, 2011).

Skor gejala perilaku kekerasan yang tinggi menunjukkan bahwa pasien tersebut masih berada dalam kondisi intensif dan beresiko menciderai diri sendiri maupun lingkungan (Stuart, 2013). Pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol mengalami penurunan skor gejala perilaku kekerasan. Berdasarkan penjelasan diatas tidak adanya hubungan antara pemendekan fase intensif dengan skor gejala perilaku kekerasan (nilai $p > 0.05$) serta kekuatan hubungan yang sangat lemah (tidak ada) dimungkinkan karena penurunan gejala perilaku kekerasan juga dipengaruhi oleh terapi baik oral maupun injeksi yang diterima oleh responden perlakuan maupun kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sifat hubungan (korelasi) negatif pada responden perlakuan dimana harusnya semakin cepat pasien berada dalam kondisi tidak intensif (skor mGAF-R > 30) diikuti oleh penurunan gejala perilaku kekerasan. Hasil penelitian yang menunjukkan korelasi negatif bertentangan dengan pendapat dari Zhanget *al.* (2011) dimana pemendekan fase intensif akan diikuti

oleh penurunan gejala perilaku kekerasan dan gejala perilaku kekerasan yang tinggi akan beresiko memanjangnya lama hari rawat dan beresiko untuk mengalami perawatan kembali (*readministration*). Korelasi negatif pada responden perlakuan dimungkinkan juga karena respon terhadap pengobatan yang diterima oleh responden perlakuan berbeda. Respon yang berbeda ini sesuai dengan pendapat Jimenes (2004) dimana respon terhadap tindakan (*treatment*) merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pemendekan fase intensif dan lama hari rawat.

KESIMPULAN

Pemberian latihan asertif terbukti secara signifikan dalam memperpendek fase intensif

dan menurunkan gejala perilaku kekerasan pasien. Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) perilaku kekerasan perlu tetap dipertahankan dan ditingkatkan serta perlu dilakukan pelatihan latihan asertif pada perawat yang bekerja di tatanan pelayanan keperawatan jiwa agar pelayanan keperawatan pada pasien dapat lebih optimal. Perlu dioptimalkan fungsi perawat kesehatan jiwa dimasyarakat agar jumlah pasien yang dirawat di rumah sakit jiwa tidak mengalami overload. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh latihan asertif pada pasien perilaku kekerasan dengan desain longitudinal untuk mengikuti perkembangan pasien sampai pasien pulang, kemampuan pasien di rumah, lama pasien di rumah (tidak terjadi kekambuhan / relaps).

DAFTAR PUSTAKA

- Alini. (2010). *Pengaruh Terapi Assertiveness training dan Progressive Muscle Relaxation Terhadap Gejala dan Kemampuan Klien Dengan Perilaku Kekerasan Di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.. text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Badriah, F., Takeru Abe, Yoshihiro Nabeshima, Kouji Ikeda, Kenji Kuroda, Akihito Hagihara., (2013). Predicting the length of hospital stay of psychiatry patients using signal detection analysis. *Psychiatry Research* **210**, 1211–1218.
- Beer, M.D., Pareira, S.M., Paton. C (2008). *Psychiatric Intensive Care (second Edition)*. Cambridge University Press.
- Bidper RSJ.RW., (2014) Laporan sensus penderita rawat inap tahun 2014 Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- Carlsson, C, Dahlberg, K., & Drew, N (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Nursing*, **21**(5):533-545
- Daffren, Howells & Ogloff, in Press; Nicolls, Ogloff, J., & Douglas, K., (2004), Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients; the HCR-20, PCL:SV, and Mc Niel & Binder's Screening measure, *Behavioral Sciences and the law*. **22**: 27-158.
- Dominic. J., (2003), *Effects of Trait Anger and*

Negative Attitudes Towards Women on Physical Assaults in Dating Relationships, Journal of Family Violence, Vol **18**, No.5

- Fresan,A., DeLaFuente-SandovalC,Loyzaga C., Meyenberg N., García-Anaya M., Nicolini H., Apiquian R., (2005). Sociodemographic features related to violent behaviour in schizophrenia. *Actas ESP Psiquiats***33** : 188-193
- Gaebel.W., Riesbeck.M., (2014). Are there clinically useful predictors and early warning signs for pending relapse? *Schizophrenia Research* **152**, 469–477.
- Hayakawa, M. (2009). How Repeated 15-Minute Assertiveness training Sessions Reduce Wrist Cutting In Patients With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, **63**(1).
- Jiménez, Rosa E., Rosa M. Lam, Milagros Marot and Ariel Delgado., (2004). Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Services Research* **4**(4).
- Keliat, B.A., Akemat., Novy Helena C.D., Heni Nurhaeni, (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN Basic Course*. Jakarta: EGC.
- Kohigashi, M., Yurinosuke Kitabayashi, Aiko Okamura, Mitsuo Nakamura, Arihiro Hoshiyama, Masanori Kunizawa, Katsumi Futori, Masaki Kitabayashi, Jin Narumoto, Kenji Fukui, (2013). Relationship between patients' quality of life and coercion in psychiatric acute wards.*Psychiatry Research***208**, 88 - 90.
- Lee, T.Y., Chang S.C., Chu H., Yang C.Y., Ou K.L., Chung M.H., Chou K.R., (2013). The effect of assertiveness training in patients with schizophrenia : a randomized, single - blind, controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, **69** (11):2549 -2559.
- Lin, Y.R, Wu M.H., Yang C.I., Chen T.H., Hsu C.C., Chang Y.C., Tzeng W.C., Chou Y.H., Chou K.R., (2008). *Evaluation of Assertiveness Training for Psychiatric Patient*.*Journal of Clinical Nursing*. <http://www.proquest.com>. Diaksespadatanggal 30 Agustus 2014.
- Lindenmayer.J.P, Kanellopoulou.I.(2009). Schizophrenia with Impulsive and Aggressive Behaviors.*PsychiatrClin N Am***32** : 885–902doi:10.1016/j.psc.2009.08.006
- Monrad, (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *AasAnnals of General Psychiatry*,**10**:2 <http://www.annals-general-psychiatry.com>
- Pokjakep.RSJ.RW.Lawang, (2011).DokumenAkreditasi RSJ. Dr. RadjimanWediodiningratLawang.
- Rezan, A & Zengel, M. (2009).*Elementary Education Online*, **8**(2), 485-492 <http://ilkogretim-online.org.tr>.
- Richmond.J.S, Jon S. Berlin, Avrim B. Fishkind, Garland H. Holloman Jr., Scott L. Zeller, Michael P. Wilson, Muhamad Aly Rifai, Anthony T. Ng., (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: ConsensusStatement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, **8**(1).
- Saladino.,(2007),www.proquestumi.com/pqdw

eb?index, diperoleh tanggal 30 Agustus 2014)

- Shiina A., Nakazato M., Mitsumori M., Koizumi H., Shimizu E., Fujisaki M. & Iyo M., (2005) An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* **59**, 690–696.
- Smith, G.N., Ehmann T.S., Flynn S.W., MacEwan G.W., Tee K., Kopala L.C., Thornton A.E., Schenk C.H., Honer W.G., (2011). The Assessment of Symptom Severity and Functional Impairment With DSM-IV Axis V. *Psychiatric Services* **62** (4):411–417
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th edition). St Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10 ed.). St Louis, Missouri: Mosby.
- Townsend, M. C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence - Based Practice* (6 ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (6 ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Urbanoski, K.A., Henderson C., Castel S., (2014). Multilevel analysis of the determinants of the global assessment of functioning in an inpatient population. *BMC Psychiatry*, **14**:63 doi:10.1186/1471-244X-14-63
- Vylder, J. E. D., Ben-David S., Schobel S.A., Kimhy D., Malaspina D., Corcoran C.M., (2012). Temporal association of stress sensitivity and symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press doi:10.1017/S0033291712001262
- Vinick (1983) *The effect of assertiveness training on aggression and self concept in conduct disorder adolescent*, diunduh tanggal 6 Maret 2015)
- Wahyuningsih, D. (2009). *Pengaruh Assertiveness training (AT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di RSUD Banyumas*. Universitas Indonesia, Tesis FK-UI. Tidak Dipublikasikan
- Warnke, I., Wulf Rössler and Uwe Herwig, (2011). Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services. *BMC Psychiatry* **11**(120).
- Werbeloff N., Dohrenwend B.P., Yoffe R., van Os J., Davidson M., Weiser M., (2015) The Association between Negative Symptoms, Psychotic Experiences and Later Schizophrenia: A Population-Based Longitudinal Study. *PLoS ONE* **10**(3).
- Winkler D., Naderi-Heiden A., Strnad A., Pjrek E., Scharfetter J., Kasper S., Frey R., (2011). Intensive care in psychiatry. *European Psychiatry* **26** : 260–264 doi:10.1016/j.eurpsy.2010.10.008.
- Zhang, J., Harvey, C., Andrew, C., (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **45**, .



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Roy Mahardika
 NIM : A01602261
 NAMA PEMBIMBING : Tri Sumarsih S.Kep.Ns.,MNS

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	8/10 2018.	latar belakang, Perubahan topik dari penerapan ke Asuhan	
2	18/10 2018.	latar belakang, rumusan masalah, penulisan, nonpost scriptum.	
3	28/10 2018.	Bab I, II, III, Fenomena di puskesmas, teori dan instrumen, pengumpulan data	
4	28/10 2018.	Teori dan fenomena.	
5	30/10 2018.	- Bab I dan II - Kriteria seleksi - Pengumpulan data, instrumen - Ekuivalen - Daftar pustaka.	

6.	8/11 2018	Bab I Bab II (Instrumen, metode pengumpulan data, analisis, instrumen, daftar pustaka)	
7	9/11 2018	- Definisi Operasional - Metode pengumpulan data - Daftar pustaka	
8.	19/11 2018.	ACC dg pembahasan metode pengumpulan data & PO PPT lu	
9.	11/12 2018	- Fenomena dekomposisi - Kriteria inklusi - Metode pengumpulan data - Definisi operasional - Etika	
10	22/02 2019	Bab IV, V Pembahasan penulisan	
11	25/02 2019.	- Pembahasan hasil penulisan - Kesimpulan	

12.	28/02 2019	Pembahasan , host (table)	
13.	29/02 2019	ACC dengan Pembahasan Pembahasan .	
14.	29/06 2019	- Pembahasan Abstrak . - Kesimpulan sesuaikan dg tujuan - Pembahasan - Daftar Pustaka .	
15.	02/07 2019	- Abstrak - Daftar Pustaka	
16.	29/07 2019	ACC dg Pembahasan Abstrak .	

Mengetahui
 Ketua Program Studi DIII Keperawatan

 Nurhidayah S.Kep.NS.M.Kep)

