



ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN PENERAPAN TERAPI SUPORTIF ASERTIF UNTUK MENURUNKAN NILAI PERILAKU KEKERASAN PASIEN SKIZOFRENIA

Rizka Gustin Ananda¹, Sekani Niriya²

^{1,2}Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hang tua Pekanbaru
rizkagustin2@gmail.com

Abstrak

Kondisi gangguan kesehatan mental bisa menjadi penyebab banyak masalah kesehatan, beberapa di antaranya sulit dikelola, termasuk skizofrenia. Skizofrenia ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku. Kekerasan adalah komunikasi maupun perilaku yang merugikan individu tersebut, individu lain, maupun lingkungannya. Kekerasan merupakan bentuk komunikasi yang dirancang untuk menyakiti diri sendiri dan orang lain, baik secara psikis maupun fisik. Perilaku kekerasan yang terjadi pada pasien perlu penanganan secara tepat, selain penanganan pengendalian perilaku dari diri pasien sendiri, juga harus mempertimbangkan lingkungan untuk semua pasien ketika mencoba mengurangi, mengendalikan atau menghilangkan perilaku kekerasan pasien. Salah satu upaya yang bisa dilakukan adalah terapi suportif asertif. Penulisan KIAN bertujuan untuk melakukan analisa praktik penerapan terapi suportif asertif untuk menurunkan nilai perilaku kekerasan pasien skizofrenia. Metode yang digunakan dalam penerapan ini adalah studi kasus. Hasil dari *penerapan Evidence Based Practice* pada 2 pasien risiko perilaku kekerasan didapatkan hasil bahwa penerapan komunikasi asertif mampu menurunkan nilai risiko perilaku kekerasan. saran bagi peneliti selanjutnya apabila ingin mengembangkan penelitian ini, diharapkan dapat melakukan pengembangan cara mengontrol emosi dengan latihan komunikasi asertif.

Kata Kunci: Risiko Perilaku Kekerasan, Terapi Suportif Asertif

Abstract

Mental health conditions can be the cause of many health problems, some of which are difficult to manage, including schizophrenia. Schizophrenia is characterized by changes in cognitive, emotional, perceptual and other aspects of behavior. Violence is communication or behavior that harms the individual, other individuals, or the environment. Violence is a form of communication designed to hurt oneself and others, both psychologically and physically. Violent behavior that occurs in patients needs to be handled appropriately, in addition to handling control of the patient's own behavior, the environment for all patients must also be considered when trying to reduce, control or eliminate the patient's violent behavior. One effort that can be done is assertive supportive therapy. Writing KIAN aims to analyze the practice of applying assertive supportive therapy to reduce the value of violent behavior in schizophrenic patients. The method used in this application is a case study. The results of the application of Evidence Based Practice in 2 patients at risk of violent behavior showed that the application of assertive communication was able to reduce the value of the risk of violent behavior. Suggestions for future researchers, if they want to develop this research, are expected to be able to develop ways to control emotions with assertive communication exercises.

Keywords: Risk of Violent Behavior, Assertive Supportive Therapy

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 20

✉Corresponding author :

Address : Universitas Hang Tua Pekanbaru

Email : rizkagustin2@gmail.com

Phone : 081365524493

ISSN 2580-2194 (Media Online)

PENDAHULUAN

Kondisi gangguan kesehatan mental bisa menjadi penyebab banyak masalah kesehatan, beberapa di antaranya sulit dikelola, termasuk skizofrenia. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), skizofrenia dialami oleh sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) secara global. 1 dari 222 orang dewasa (0,45%) mengalami skizofrenia sehingga membuat ini menjadi kejadian yang tidak umum seperti banyak gangguan mental lainnya. Di Indonesia, meningkatnya jumlah kasus gangguan jiwa akibat keragaman faktor biologis, psikologis dan sosial berdampak signifikan pada beban negara, mengurangi produktivitas manusia dalam jangka panjang. Menurut Kajian Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018, kasus gangguan jiwa meningkat, dan prevalensi rumah tangga penderita gangguan jiwa (ODGJ) meningkat menjadi 7 rumah tangga per sejuta jiwa. Artinya, setiap 1.000 rumah tangga memiliki 7 ODGJ, dengan total 450.000 ODGJ berat. Riskesdas 2018 menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia adalah 1,7 orang permil.

Skizofrenia ditandai dengan perubahan fungsi kognisi, emosi, persepsi, serta perilaku lainnya (Kaplan dan Saddock, 2005). Berubahnya perilaku juga merupakan gejala dari skizofrenia, salah satunya adalah perilaku kekerasan. Kekerasan adalah komunikasi maupun perilaku yang merugikan individu tersebut, individu lain, maupun lingkungannya. Kekerasan merupakan bentuk komunikasi yang dirancang untuk menyakiti diri sendiri dan orang lain, baik secara psikis maupun fisik. Perilaku kekerasan tersebut secara verbal dapat merugikan diri pasien sendiri, orang disekitarnya, dan juga lingkungan, yang bisa disertai dengan tantrum dan kegelisahan yang tidak terkendali (Dermawan, 2013).

Persentase pasien yang terdiagnosis berisiko kekerasan, menurut temuan studi pendahuluan yang dilakukan oleh Amimi, Malfasari, Fetrina, dan Maulinda (2020) di RSUD Tampan, Provinsi Riau dari Januari 2018 hingga Januari 2019 jumlah pasien dengan risiko perilaku

kekerasan di Ruang Upip sebanyak (17,18 %), kuantan (18%), Indragiri (12,13%), Kampar (17,28%), Siak (20,14%), Sebayang (9,5%), Rokan (20,76%). Menurut hasil wawancara dengan klien yang didampingi perawat pada tanggal 12 Maret 2019, sebanyak 3 orang diruangan tersebut melakukan kekerasan, kaku, wajah memerah, merintih, dan klien mengaku sering diam karena perilaku kekerasannya sering muncul berulang-ulang, dan klien tidak ingin berinteraksi dengan teman yang lain. Namun di sisi lain, ada juga tanda serta gejala halusinasi, seperti tampak mondar-mandir, bicara-bicara sendiri, dan mencela diri sendiri.

Faktor pencetus terdiri dari 2 faktor yang memengaruhi terjadinya risiko perilaku kekerasan, yaitu faktor predisposisi dan presipitasi. Faktor

predisposisi merujuk pada perilaku kekerasan berkaitan dengan faktor psikis, sosial budaya serta faktor biologis. Menurut Wahyuningsih, D (2009), beberapa faktor psikologis yang menjadi pengaruh padaperilaku kekerasan yaitu faktor kehilangan, kegagalan yang berujung pada depresi, penguatan dan sistem dukungan terhadap perilaku kekerasan, dan riwayat perilaku kekerasan. Di saat bersamaan, faktor presipitasi yang mengarah pada perilaku kekerasan baik internal maupun eksternal. Ini termasuk hal intrinsik klien termasuk: kelemahan, keputusan, ketidakberdayaan, dan kurangnya sikap Asertif. Sedangkan agitasi dalam interaksi sosial, kehilangan barang berharga atau orang, dan konflik adalah faktor eksternal atau lingkungan yang mampu memicu perilaku kekerasan.

Tindakan kekerasan oleh pasien perlu ditangani secara baik untuk menghindari hal yang tidak diinginkan, karena kekerasan pasien dapat membahayakan pasien, orang lain dan lingkungan, seperti tindakan membunuh orang lain atau diri sendiri. Berdasarkan alasan ini, kontrol perilaku yang dilakukan pasien itu sendiri bukanlah satu-satunya hal yang harus dikelola; konteks semua pasien juga harus dipertimbangkan ketika berusaha untuk mengendalikan, meminimalisir dan menghilangkan perilaku tersebut. Salah satu cara yang dapat dilakukan merupakan latihan komunikasi asertif. Terapi ini ialah kombinasi dari terapi suportif dan juga latihan Asertif, yang mana pasien diajak bekerja bersama kelompok yang dimilikinya untuk mendukung perilaku asertif satu sama lain, hingga menghasilkan situasi serta dukungan yang terkondisi di dalam kelompok (Allgood, 2010).

Pengobatan suportif aktif terhadap pasien dilakukan dengan mengaplikasikan dua dukungan yang terhubung satu sama lain, yakni sistem personal (individu) dan sistem interpersonal (kelompok). Sistem personal (individual) adalah hal utama yang dilakukan pada sesi pertama dan kedua. Pada sesi pertama, perawat melakukan pelatihan cara mengontrol perilaku kekerasan, kemudian pada sesi kedua diadakan pelatihan komunikasi asertif. Usai kedua sesi dilakukan, pasien diharap memiliki self image yang positif, persepsi dan citra diri positif hingga akhirnya pasien mampu mewujudkan perilaku Asertif saat dihadapkan dengan stressor. Untuk sistem interpersonal (kelompok) pada sesi 3 dan 4, pasien dan kelompok diajak untuk saling mendukung dalam perilaku Asertif, membuat pasien lebih mudah beradaptasi dalam mengatasi stresor.

Berdasarkan penelitian Priyanto dan Permana (2019) yang berjudul "Pengaruh latihan Asertif terhadap mempersingkat waktu pengobatan dan mengurangi gejala risiko perilaku kekerasan", diperoleh respon perilaku kekerasan fisik kepada individu lain maupun lingkungan, sebelum menerapkan Asertif. komunikasi Kegembiraan kekerasan dan ketidakaktifan. Reaksi sosial berwujud kekerasan verbal terhadap orang lain maupun lingkungan, pelanggaran jarak pribadi (jarak

bicara 60 cm). Respon kognitif berwujud ketidakmampuan memecahkan masalah, pikiran tertekan, dan ketidakpahaman marah. Reaksi fisik berupa peningkatan laju pernapasan, denyut nadi, keringat berlebih, mata tajam, dan kemerahan. Penurunan skor perilaku lebih besar dalam kelompok yang menerima pelatihan komunikasi asertif (dari tinggi ke rendah), sehingga ada peluang pelatihan komunikasi asertif untuk secara signifikan mengurangi respons perilaku. Pelatihan komunikasi asertif yang diberikan oleh kelompok intervensi dalam hal memperpendek waktu pengobatan dan mengurangi gejala risiko perilaku kekerasan cukup besar. Pendekatan pelaksanaan latihan percaya diri sangat memotivasi klien untuk berperan aktif dalam memikirkan serta mempraktekkan keterampilan sosial atau bahasa yang dipelajari.

Mengikuti uraian peneliti, dan berdasarkan apa yang peneliti temukan dari penelitian kepustakaan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di RS Jiwa Tampan, Riau, terkait penggunaan komunikasi terapeutik dalam pengendalian halusinasi pada pasien skizofrenia. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini memiliki tujuan guna melakukan analisa praktik penerapan terapi suportif Asertif untuk menurunkan nilai perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

METODE

Metode penelitian ini adalah studi kasus dengan desain quasi eksperiment pre-post test with control group dan analisis univariat. Populasi/sampel pada penelitian ini adalah 2 orang, yang telah memenuhi syarat atau kriteria sampel: Usia 25-55 tahun, pasien mendapat minimal SP 1 praktik umum (membangun kepercayaan, mengidentifikasi penyebab kemarahan, tanda dan gejala yang dirasakan, kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengelolanya secara fisik), tanpa bobot yang menyertai penyakit, pasien yang bisa berkomunikasi secara verbal, dan pasien dapat membaca dan menulis. Alat yang digunakan dalam memberikan terapi kelompok suportif Asertif ini menggunakan modul atau pedoman untuk melaksanakan terapi kelompok suportif Asertif, yang dimodifikasi oleh peneliti dengan mempertimbangkan kebutuhan data dalam penelitian ini. Penelitian ini dilakukan selama 4 hari, pada hari pertama dilakukan pre-test dan diakhiri dengan post-test pada hari ke-4. Pada dasarnya bagian ini menjelaskan bagaimana penelitian itu dilakukan. Materi pokok bagian ini adalah: (1) rancangan penelitian; (2) populasi dan sampel (sasaran penelitian); (3) teknik pengumpulan data dan pengembangan instrumen; (4) dan teknik analisis data. Untuk penelitian yang menggunakan alat dan bahan, perlu dituliskan spesifikasi alat dan bahannya. Spesifikasi alat menggambarkan kecanggihan alat yang digunakan sedangkan spesifikasi bahan menggambarkan macam bahan yang digunakan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Kasus

Nn. L berusia 21 tahun berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan terakhir SMP, suku bangsa melayu, alamat di Taluk Kuantan. Pasien masuk pada tanggal 07 Mei 2022 jam 19.00 WIB, pasien masuk ke IGD karenaa menggelandang, melempar mobil orang yang lewat, teriak-teriak, bicara kacau, dan tidak nyambung. Pasien diamankan oleh polsek pangean kuansing dan di antar ke RSJ Tampan, pasien diantar ke pihak polsek dan puskesmas pangean. Pada saat pengkajian tanggal 27 Juni 2022, pasien tampak kooperatif, tenang, agitasi (+), mampu mengikuti instruksi, tampak raut muka merah dan kadang-kadang berbicara dengan nada keras dan kasar. Pasien mengatakan tidak lagi mendengar suarasuara, pasien mengatakan sering merasa kesal. Pasien penerapan dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu sudah mendapatkan terapi generalis SP 1 RPK (membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol marah secara fisik), tidak ada riwayat penyakit fisik berat yang menyertai, pasien dapat berkomunikasi verbal, dan mampu membaca serta menulis.

Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Nn. L berusia 21 tahun berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan terakhir SMP, suku bangsa melayu, alamat di Taluk Kuantan. Pasien masuk pada tanggal 07 Mei 2022 jam 19.00 WIB, pasien masuk ke IGD karena menggelandang, melempar mobil orang yang lewat, teriak-teriak, bicara kacau, dan tidak nyambung. Pasien diamankan oleh polsek pangean kuansing dan di antar ke RSJ Tampan, pasien diantar ke pihak polsek dan puskesmas pangean. Pada saat pengkajian pasien tampak kooperatif, tenang, agitasi (+), mampu mengikuti instruksi, tampak raut muka merah dan kadang-kadang berbicara dengan nada keras dan kasar. Pasien mengatakan tidak lagi mendengar suara-suara, pasien mengatakan sering merasa kesal. Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik. Pada faktor predisposisi pasien mengatakan pernah kejang pada umur 5 tahun, dan pernah mengalami trauma kepala. Pasien juga mengatakan saat disekolah pasien diejek oleh teman-temannya dan dipukul. Pasien mengatakan saat ia dipukul, ia memukul balik karena marah. Pasien anak ketiga dari tiga bersaudara. Pada pengkajian psikososial konsep diri, pasien mengatakan dirinya jelek, giginya jelek dan kotor. Pasien mengatakan dirinya sehat (pasien menyangkal halusinasi pada saat pengkajian), pasien mengatakan menyukai apapun yang ada pada dirinya, pasien mengatakan dirinya berperan sebagai anak. Penampilan umum pasien tampak rapi, perilaku normal, tampak agitasi (mondar-mandir), kontak mata ada. Pembicaraan normal, artikulasi

jelas, dan koheren.alam perasaan normal dan afek datar. Interaksi selama wawancara pembicaraan koheren, kontak mata ada, tidak defensif. Isi persepsi pasien mengatakan mendengar ada yang menyuruhnya pulang, suara tersebut suara perempuan dan datang pada siang hari. Tidak ada gangguan proses pikir, klien memiliki obsesi pulang saat dokter dpjp visite dan mendengar suara ambulance. Tidak disorientasi, tidak ada gangguan daya ingat, pasien mampu konsentrasi dan berhitung, pada daya tilik diri pasien menyangkal halusinasinya, pasien mengatakan ia dibawa ke RSJ karena marah-marrah.

b. Analisa Masalah dan Diagnosa Keperawatan

Setelah data-data terkumpul, kemudian dilakukan analisa masalah dengan mengelompokkan data subjektif dan objektif. Data subjektif yang didapatkan adalah pasien mengatakan sering kesal daan dibawa ke RSJ karena marah-marrah. Data objektif afek datar, pasien tampak agitasi (mondar-mandir). Dari data subjektif dan objektif tersebut maka penulis menegakkan diagnosa keperawatan yang mengacu pada buku SDKI yaitu risiko perilaku kekerasan.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan yang dibuat untuk Nn. L dibuat berdasarkan buku SIKI dan SLKI terkait diagnosa risiko perilaku kekerasan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan maka masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil verbalisasi ancaman kepada orang lain cukup menurun, verbalisasi umpatan cukup menurun, perilaku agresif/amuk cukup menurun, suara keras cukup menurun, bicara ketus cukup menurun. Rencana keperawatan yang dilakukan merupakan terapi generalis dan terapi tambahan yang diberikan pada pasien sesuai dengan EBN yaitu penerapan terapi komunikasi asertif.

Komunikasi asertif menjadi penguat dari terapi generalis dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Sebelum diberikan terapi, pasien dilakukan pre-test untuk mengetahui tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan berdasarkan 4 aspek, yaitu aspek perilaku, sosial, kognitif, dan fisik. Penerapan terapi komunikasi asertif dilakukan selama 4 sesi pertemuan. Setelah diberikan terapi pada hari terakhir pasien dilakukan post test untuk menilai apakah ada perubahan perilaku yang terjadi setelah diberikan penerapan.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan setelah intervensi keperawatan dibuat dengan baik. Implementasi keperawatan dilakukan mulai tanggal 27 Juni 2022 sampai dengan 30 Juni 2022. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dirancang yaitu melakukan terapi generalis dan terapi komunikasi asertif. Pada

implementasi hari pertama sebelum dilakukan tindakan, dilakukan pretest kemudian dilakukan penerapan komunikasi asertif sesi pertama yaitu mengidentifikasi perilaku kekerasan. Pada implementasi hari kedua dilakukan sesi kedua yaitu melatih perilaku Asertif. Pada implementasi hari ketiga dilakukan sesi ketiga yaitu melatih komunikasi asertif menggunakan dukungan kelompok dengan perawat. Pada hari keempat dilakukan sesi keempat yaitu mengevaluasi pengalaman yang telah dipelajari berkaitan dengan latihan komunikasi asertif. Setelah sesi 4 selesai dilakukan post test untuk mengukur apakah terjadi perubahan nilai ririko perilaku kekerasan setelah diberikan terapi komunikasi asertif.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kasus ini sesuai yang diharapkan. Setelah diberikan terapi generalis, pasien mampu menerapkan terapi generalis secara mandiri dan terapi komunikasi asertif secara mandiri. Dari hasil penerapan latihan komunikasi asertif didapatkan perubahan nilai risiko perilaku kekerasan pada Nn. L yang semula klien memiliki risiko perilaku kekerasan sedang menurun menjadi risiko perilaku kekerasan ringan.

Tabel 1. Hasil Lembar Pengamatan Pre-Test dan Post-Test Terapi Komunikasi Asertif Pada Nn. L

Hasil Pengamatan	Pre-Test	
	Nilai	Kategori
Respon Perilaku	9	Ringan
Respon Sosial	6	Ringan
Respon Kognitif	12	Sedang
Respon Fisik	10	Tinggi
Total	37	Sedang
Hasil Pengamatan	Post-Test	
	Nilai	Kategori
Respon Perilaku	8	Ringan
Respon Sosial	5	Ringan
Respon Kognitif	8	Ringan
Respon Fisik	5	Ringan
Total	26	Ringan

Berdasarkan Tabel 1 pada Nn. L, dilakukan pre-test sebelum perlakuan pada senin 27 Juni 2022, didapatkan kategori ringan dengan skor 9 pada pengamatan perilaku, kategori ringan dengan skor 6 pada respon sosial, kategori sedang dengan skor 12 pada respon kognitif, dan kategori tinggi dengan skor 10 pada kategori fisik, berdasarkan akumulasi pretest didapatkan hasil 37 yang bermakna pasien merupakan risiko perilaku kekerasan sedang. Kemudian dilakukan intervensi selama 4 hari, dan dilakukan post test pada hari keenam yaitu sabtu 01 Juli 2022, dengan hasil skor 8 yaitu kategori ringan pada respon perilaku, skor 5 yaitu kategori ringan pada respon sosial, skor 8 yaitu kategori ringan pada respon kognitif, dan skor 5 yaitu kategori ringan pada kategori fisik, berdasarkan akumulasi post test

didapatkan hasil 26 yang bermakna pasien merupakan risiko perilaku kekerasan ringan. Dari hasil pretest dan post test menunjukkan penurunan nilai risiko perilaku kekerasan pada pasien sejumlah 11 poin yang menunjukkan bahwa komunikasi asertif efektif untuk menurunkan nilai risiko perilaku kekerasan.

PEMBAHASAN

A. Analisis Berdasarkan Konsep Kasus

Keliat (2011) mendefinisikan perilaku kekerasan sebagai wujud respon amarah yang disampaikan dengan mengancam, melukai orang lain, dan atau melakukan destruksi pada lingkungan. Perilaku ini bisa terwujud dalam dua bentuk, yakni saat sedang berlangsung atau riwayat perilaku kekerasan. Citrome & Volavka (dalam Nurhalimah 2016) mengungkapkan pendapat sejenis, di mana perilaku kekerasan adalah cara manusia merespon yang bertujuan merusak sebagai wujud agresif fisik yang dilakukan individu terhadap individu lain dan atau sesuatu.

Berdasarkan definisi tersebut terdapat kesesuaian tanda gejala antara klien yang di RSJ Tampan dengan teori, menurut teori pada data subjektif terdapat ungkapan berwujud ancaman, kata-kata kasar, ungkapan ingin melukai/memukul. Pada kasus klien kadang-kadang menyakiti orang lain dan kadang-kadang mengucapkan kata-kata kasar. Pada data objektif, klien tampak bicara kasar, wajah memerah dan tegang, suara tinggi/menjerit/berteriak, dan mondar-mandir. Perilaku ini tampak pada perilaku klien. Kemudian setelah diberikan terapi komunikasi asertif terjadi penurunan nilai risiko perilaku kekerasan yang diukur berdasarkan lembar pengamatan perilaku, sosial, kognitif, dan fisik. Hal ini dikarenakan tujuan dari terapi komunikasi asertif adalah untuk memberikan pelatihan kemampuan pasien mengekspresikan pendapatnya, perasaannya, sikapnya, serta haknya tanpa merasa cemas. Ini menunjukkan bahwa terapi komunikasi asertif berguna untuk menurunkan nilai perilaku kekerasan, ditinjau dari penurunan nilai risiko perilaku kekerasan yang dapat diperhatikan pada hasil pra dan pasca test dan respon perilaku pasien (Kaplan & Saddock, 2005).

Menurut faktor penyebab perilaku kekerasan dibagi menjadi faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Pada Nn. L ia pernah mengalami riwayat kejang dan trauma kepala pada saat ia berumur 5 tahun, hal ini sesuai dengan teori pada faktor biologis bahwa terdapat rekam historis penyakit atau trauma kepala menjadi bagian dari faktor terjadinya perilaku kekerasan (Sutejo, 2017). Selain itu, adapula faktor sosial budaya. Faktor ini menunjukkan bahwa lingkungan sosial memiliki pengaruh besar pada cara individu bersikap saat mengungkapkan kemarahannya, temuan ini selaras dengan apa yang disampaikan klien di mana saat sekolah dulu ia pernah mengalami perilaku bullying dimana ia diejek

oleh teman-temannya dan dipukul oleh temannya. Kemudian respon yang diberikan oleh pasien adalah ia memukul balik temannya, hal ini sejalan dengan norma budaya individu tersebut yang mendukung individu tersebut untuk berespon asertif atau agresif (Sutejo, 2017). Dalam hal ini, pasien berespon agresif.

B. Analisis Berdasarkan Penerapan Intervensi

Terapi komunikasi asertif merupakan terapi yang melatih pasien guna mewujudkan perilaku asertif (Kaplan & Saddock, 2005). Terapi komunikasi asertif bisa memberikan pelatihan bagi individu mengekspresikan pendapatnya, perasaannya, sikapnya, serta haknya tanpa merasa cemas (Forkas, 1997). Terapi ini membantu individu untuk mempelajari cara komunikasi tentang, penolakan atas permintaan, dan menyampaikan perasaan positif dan negatif secara terbuka, jujur, langsung sebagaimana dengan pemahamannya. Hal ini dibuktikan dengan hasil penerapan sebagai berikut.

Tabel 2. Hasil lembar Pengamatan Pre-Test dan Post-test Terapi Komunikasi Asertif Pada Nn. L dan ny. R

No	Nama Pasien	Respon Perilaku		Respon Sosial	
		Pre	Post	Pre	Post
1.	Nn. L	9	8	6	5
2.	Ny. R	9	6	11	7

	Nama Pasien	Respon Kognitif		Respon Fisik	
		Pre	Post	Pre	Post
1.	Nn. L	12	8	10	5
2.	Ny. R	13	8	10	5
	Total	Pre		Post	
1.	Nn. L	37		26	
2.	Ny. R	43		26	

Berdasarkan Tabel 1 pada Nn. L berusia 21 tahun, dilakukan pre-test sebelum perlakuan pada senin 27 Juni 2022, didapatkan kategori ringan dengan skor 9 pada pengamatan perilaku, kategori ringan dengan skor 6 pada respon sosial, kategori sedang dengan skor 12 pada respon kognitif, dan kategori tinggi dengan skor 10 pada kategori fisik, berdasarkan akumulasi pretest didapatkan hasil 37 yang bermakna pasien merupakan risiko perilaku kekerasan sedang. Kemudian dilakukan intervensi selama 4 hari, dan dilakukan post test pada hari keenam yaitu sabtu 01 Juli 2022, dengan hasil skor 8 pada respon perilaku, 5 pada respon sosial, 8 pada respon kognitif, dan 5 pada kategori fisik, berdasarkan akumulasi post test didapatkan hasil 26 yang bermakna pasien merupakan risiko perilaku kekerasan ringan. Dari hasil pretest dan post test menunjukkan penurunan nilai risiko perilaku kekerasan pada pasien sejumlah 11 poin yang menunjukkan bahwa komunikasi asertif efektif

untuk menurunkan nilai risiko perilaku kekerasan.

Berdasarkan hasil pre test dan post test Nn. L ditemukan perubahan respon perilaku yang semula klien kadang-kadang merusak benda disekitarnya dan kadang-kadang menyakiti orang lain secara fisik, setelah dilakukan penerapan komunikasi asertif menjadi tidak pernah merusak benda disekitarnya dan menyakiti orang lain. Pada hasil pre test respon sosial pasien kadang-kadang mengucapkan kata-kata kasar, setelah dilakukan penerapan komunikasi asertif klien tidak pernah lagi mengucapkan kata-kata kasar. Pada hasil pre test respon kognitif klien mengatakan setuju pada pernyataan bahwa orang lain memusuhinya, pasien berpikir orang lain menyebalkan, dan pasien berkata kasar pada orang lain sebagai pelampiasan kekesalannya, setelah dilakukan penerapan komunikasi asertif pernyataan klien berubah menjadi tidak setuju. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi perubahan pada respon perilaku, sosial, kognitif, dan fisik, dimana setelah mendapatkan terapi komunikasi asertif klien mampu berpikir lebih rasional sehingga mampu mengontrol marahnya.

Pada Ny. R berusia 30 tahun, dilakukan pretest sebelum perlakuan pada senin 04 Juli 2022, didapatkan kategori ringan dengan skor 9 pada respon perilaku, kategori sedang dengan skor 11 pada respon sosial, kategori sedang dengan skor 13 pada respon kognitif, dan kategori tinggi dengan skor 10 pada respon fisik. Berdasarkan akumulasi skor pretest didapatkan hasil 43 yang bermakna pasien merupakan risiko perilaku kekerasan sedang. Kemudian dilakukan intervensi dan dilakukan post test pada jumat 08 Juli 2022, dengan hasil skor 6 pada respon perilaku, 7 pada respon sosial, 8 pada respon kognitif, dan 5 pada kategori fisik, berdasarkan akumulasi post test didapatkan hasil 26 yang bermakna pasien merupakan risiko perilaku kekerasan ringan. Dari hasil pretest dan post test menunjukkan penurunan nilai risiko perilaku kekerasan pada pasien sejumlah 17 poin yang menunjukkan bahwa komunikasi asertif efektif untuk menurunkan nilai risiko perilaku kekerasan.

Berdasarkan hasil pre test dan post test pada ny. R, ditemukan perubahan pada respon perilaku yang semula klien kadang-kadang menyakiti orang lain secara fisik, tidak bisa duduk dengan tenang, berinteraksi dengan jarak sampai dekat kurang dari 60 cm, dan menunjukkan ketegangan wajah dan anggota gerak. Setelah dilakukan penerapan komunikasi asertif klien sudah tidak pernah menyakiti orang lain secara fisik, mampu duduk dengan tenang, tidak pernah berinteraksi dengan jarak sampai dekat kurang dari 60 cm, meskipun kadang-kadang masih memperlihatkan rasa tegang pada wajah serta anggota gerak. Pada hasil pretest respon sosial klien tampak sering mengucapkan kata-kata kasar, sering menghina orang lain, dan sering berkata atau memerintah dengan suara keras, setelah dilakukan penerapan komunikasi asertif klien tidak pernah lagi mengucapkan kata-kata

kasar, dan kadang-kadang masih menghina orang lain dan memerintah dengan suara keras. Pada hasil pre test respon kognitif klien menyatakan setuju bahwa klien berpikir orang lain menyebalkan dan setuju bahwa klien berkata kasar pada orang lain untuk melampiaskan kekesalannya, setelah dilakukan penerapan komunikasi asertif klien mengatakan tidak setuju pada pernyataan klien berpikir orang lain menyebalkan dan berkata kasar pada orang lain sebagai pelampiasan kekesalannya. Hal ini menunjukkan perubahan pada respon perilaku, sosial, kognitif, dan fisik, dimana setelah mendapatkan terapi komunikasi asertif klien mampu berpikir lebih rasional sehingga mampu mengontrol marahnya.

Menurut penelitian Ambarwati dan Susilaningih (2020), tentang diterapkannya teknik verbal asertif sebagai upaya penurunan kemarahan pada pasien perilaku kekerasan, pada pertemuan pertama kali yang didapatkan saat wawancara terlihat pasien kurang senang jika diberi pertanyaan seputar kegiatan apa yang akan dilakukannya. Pasien menjawab dengan ketus serta mata melotot, pada saat pertemuan kedua, subjek mengatakan sudah mampu menerapkan dengan teknik verbal asertif. Hal ini selaras dengan temuan pada Ny. R di mana pada saat pre-test ny. R masih tampak sering mengucapkan kata-kata kasar, menghina orang lain, dan menggunakan suara keras saat mengatakan sesuatu atau memberikan perintah namun dengan bahasa asertif. Setelah dilakukan perlakuan dan didapatkan hasil post test ny. R sudah tidak pernah mengucapkan kata-kata kasar meskipun kadang-kadang masih menghina orang lain dan memerintah dengan suara keras. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terjadi perubahan perilaku dari sebelumnya klien yang menunjukkan perilaku kekerasan hingga mampu menyampaikan marah dengan asertif.

Berdasarkan penelitian Martini, Endriyani, & Febriani (2021), tentang manajemen pengendalian marah melalui latihan asertif klien skizofrenia dengan masalah perilaku kekerasan, yang mana kedua subjek menunjukkan perubahan perilaku dimana klien mampu mengontrol emosinya dan memperagakan cara mengungkapkan marah dengan baik, meminta, dan menolak dengan baik. Hal ini sejalan dengan hasil post test pada Nn. L dimana setelah latihan komunikasi asertif klien sudah tidak pernah mengucapkan kata-kata kasar, menghina orang lain, berkata atau memerintah dengan suara keras, mengancam secara verbal dan lingkungan. Hal ini karena latihan asertif mampu membuat keadaan saat klien bersama orang lain menjadi lebih tenang dan suasana hati menjadi lebih baik sehingga risiko perilaku kekerasan menurun.

SIMPULAN

Terapi suportif Asertif dilakukan pasien pasien melalui dua sistem yang saling berinteraksi yakni sistem personal (individu) dan sistem interpersonal (kelompok). Sistem personal (individu)

dipakai khususnya saat sesi pertama dan kedua. Sesi pertama diadakan untuk pelatihan bagi pasien terkait cara pengendalian perilaku kekerasan. Sesi kedua untuk pelatihan bagi pasien bersikap Asertif. Usai sesi pertama dan kedua dijalankan, pasien diharapkan memiliki persepsi serta citra diri yang positif agar mampu mewujudkan perilaku Asertif saat dihadapi stressor. Sistem interpersonal (kelompok) dilakukan pada sesi ketiga dan keempat, di mana pasien diajak bersama dengan kelompok kecilnya untuk bersikap suportif satu sama lain dalam berperilaku Asertif agar pasien lebih adaptif saat dihadapi stressor. Berdasarkan penerapan Evidence Based Practice pada 2 pasien risiko perilaku kekerasan didapatkan hasil bahwa penerapan komunikasi asertif mampu menurunkan nilai risiko perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. and Tomey, A. M. (2010) *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby.
- Ambarwati, N., & Susilaningsih, I. (2020). Penerapan Teknik Verbal Asertif untuk Menurunkan Kemarahan pada Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 21–31
- Azhari, N. K., Hamid, A. Y. S., & Wardani, I. Y. (2021). Penerapan Terapi Spesialis Assertiveness Training pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy: Laporan Kasus. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 9(3), 675–684.
- Dermawan, R., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Kaplan & Sadock. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry 6h Edition [konkur.in]*. (n.d.).
- Khamida, K. (2015). Terapi Kelompok Suportif Asertif Menurunkan Nilai Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Berdasarkan Model Keperawatan Interaksi King. *Journal of Health Sciences*, 6(2), 1–10. <https://doi.org/10.33086/jhs.v6i2.32>
- Kusumaningtyas, K. P. (2018). Penerapan Tindakan Asertif Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Bangsal Maintenance Rsj Grhasia Yogyakarta Kharisma. In *Karya Tulis Ilmiah*. http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2112/1/karya_tulis_ilmiah.pdf
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Martini, S., Endriyani, S., Febriani, A., Kesehatan Kemenkes Palembang, P., & Selatan, S. (2021). Manajemen pengendalian marah melalui latihan asertif klien skizofrenia dengan masalah perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Merdeka*, 1(2), 302–308. <https://jurnal.poltekkespalembang.ac.id/index.php/jkm/article/view/1013>
- Priyanto, B., & Permana, I. (2019). Pengaruh latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan dan menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan. *Health Sciences and Pharmacy Journal*, 3(3), 91. <https://doi.org/10.32504/hspj.v3i3.166>
- Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1–200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Sodikin, M. A., Titin Andri Wihastuti, Supriati, & Lilik. (2018). PENGARUH LATIHAN ASERTIF DALAM MEMPERPENDEK FASE INTENSIF DAN MENURUNKAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN DI RUANG INTENSIVE PSYCHIATRIC CARE UNIT (IPCU) RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 3(2), 2. <https://jik.ub.ac.id/index.php/jik/article/view/45>
- Suharsono, Murti W, D. A., & Hidayah, N. (2014). Perilaku Kekerasan Pada Klien Riwayat Perilaku Kekerasan Di Rsj Prof . Dr . Soeroyo. VI(02), 8–15.
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.Univeritas Indonesia. (2015). Modul Terapi.
- Wahyuningsih, D. (2009). Pengaruh assertiveness training (AT) terhadap perilaku kekerasan pada klien skizoprenia di RSUD Banyumas= The influence of assertiveness training on <http://lontar.ui.ac.id/detail?id=124678&lokasi=lokal>