

**PENGARUH *ASSERTIVENESS TRAINING* (AT) TERHADAP
PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN SKIZOPRENIA
DI RSUD BANYUMAS**

TESIS

Dyah Wahyuningsih
0706195301



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, 2009

**PENGARUH *ASSERTIVENESS TRAINING* (AT) TERHADAP
PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN SKIZOPRENIA
DI RSUD BANYUMAS**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Jiwa

Dyah Wahyuningsih
0706195301



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, 2009

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 13 Juli 2009

Dyah Wahyuningsih

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2009
Dyah Wahyuningsih

Pengaruh *Assertiveness Training* Terhadap Perilaku Kekerasan pada Klien Skizoprenia
xii + 111 hal + 23 tabel + 4 skema +14 lampiran

Abstrak

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik yang sering dijumpai pada Skizoprenia. Perilaku kekerasan adalah alasan masuk utama klien gangguan jiwa dibawa ke Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, dengan prosentase sebanyak 62 kasus (68%). Penelitian bertujuan mengetahui pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia. Desain penelitian *quasi eksperimen* pendekatan *pre post tes with control group*. Sampel penelitian adalah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berjumlah 72 yaitu 36 responden mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* dan 36 responden hanya mendapatkan terapi generalis, diambil secara *random sampling* Sampel penelitian adalah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan diukur melalui empat respon yaitu respon perilaku, sosial dan fisik yang diukur dengan observasi dan respon kognitif diukur dengan kuisioner. Perbedaan perilaku kekerasan kemudian dianalisis dengan *t test*. Salah satu terapi yang dapat diberikan pada klien yang mengalami masalah perilaku kekerasan yaitu *Assertiveness Training*. *Assertiveness Training* diberikan pada kelompok intervensi dipadu dengan terapi terapi generalis. Terapi ini dilakukan dalam lima sesi dengan *metode describing, modelling, role play, feedback* dan *transferring*. Hasil penelitian menunjukkan perilaku kekerasan pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* menurun secara bermakna pada respon perilaku, kognitif, sosial dan fisik (*p value* < 0,05) dan pada kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis menurun secara bermakna pada respon perilaku, kognitif dan fisik (*p value* < 0,05). Perilaku kekerasan kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* menurun lebih rendah secara bermakna dari pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis (*p value* < 0,05). Terapi generalis dan *Assertiveness Training* terbukti menurunkan perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia dan direkomendasikan diterapkan sebagai terapi perawatan dalam merawat klien dengan perilaku kekerasan.

Kata Kunci: *Assertiveness Training*, Perilaku Kekerasan, Skizoprenia
Daftar Pustaka 51 (1993-2009)

**POST GRADUATE PROGRAM
MAJORING IN PSYCHIATRIC NURSING
FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2009
Dyah Wahyuningsih

The influence of Assertiveness Training on violence behaviour of Schizophrenia at Banyumas Hospital

xi + 111 pages + 23 Table + 4 schemes+14 appendixes

Abstract

Violence behaviour was a behavioural form that hurt or do irreparable damage himself, someone else, or environment in a verbal or physical manner that found of Schizophrenia frequently. Violence behaviour was the mean reason why client with mental disorder should be admitted to Banyumas Hospital, with the 62 cases (68%). This study aimed to investigate the influence of Assertiveness Training toward violence behaviour of Schizophrenia. This study used Quasy experiment study design with pre and post test approach for intervention and control group. Respondent of this study were 72 Schizophrenia clients with violence behaviour which divided into 2 group using random sampling method. Thirthy six (36) respondents was given Assertiveness Training and 36 respondents was not given Assertiveness Training. Violence behaviour was measured through four responses namely behavioral, social and physical responses that was measured by observation, meanwhile cognitive respon was measured by using questionnaire. Then differences violence behaviour was analized by using t test One of therapy that can be given to client who suffers from violence behavior was Assertiveness Training. Assertiveness training was a therapy to train someone to perform asertif behaviour. This therapy was conducted for 5 session using describing, modelling, role play, feedback and transferring methods. The study result showed that violence behaviour at the group which given generalist therapy and Assertiveness Training was decreased significantly in behavioral, cognitive, social and physical responses (p value < 0,05). The group which given generalist therapy was decreased significantly in behavioral, cognitive and physical responses (p value < 0,05). Violence behavior at the group which given generalist therapy and Assertiveness Training was decreased more lower than the group which given generalist therapy (p value < 0,05). This result demonstrated that there was an impact of generalist therapy and Assertiveness Training in decreasing violence behaviour and recommended as nursing therapy used to treat client with violence behaviour .

Key words: Assertiveness Training, violence behavior, Schizophrenia,.
References : 51 (1993-2009)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karuniaNya sehingga tesis dengan judul : ***“Pengaruh Assertiveness Training Terhadap Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizoprenia di RSUD Banyumas”*** ini dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

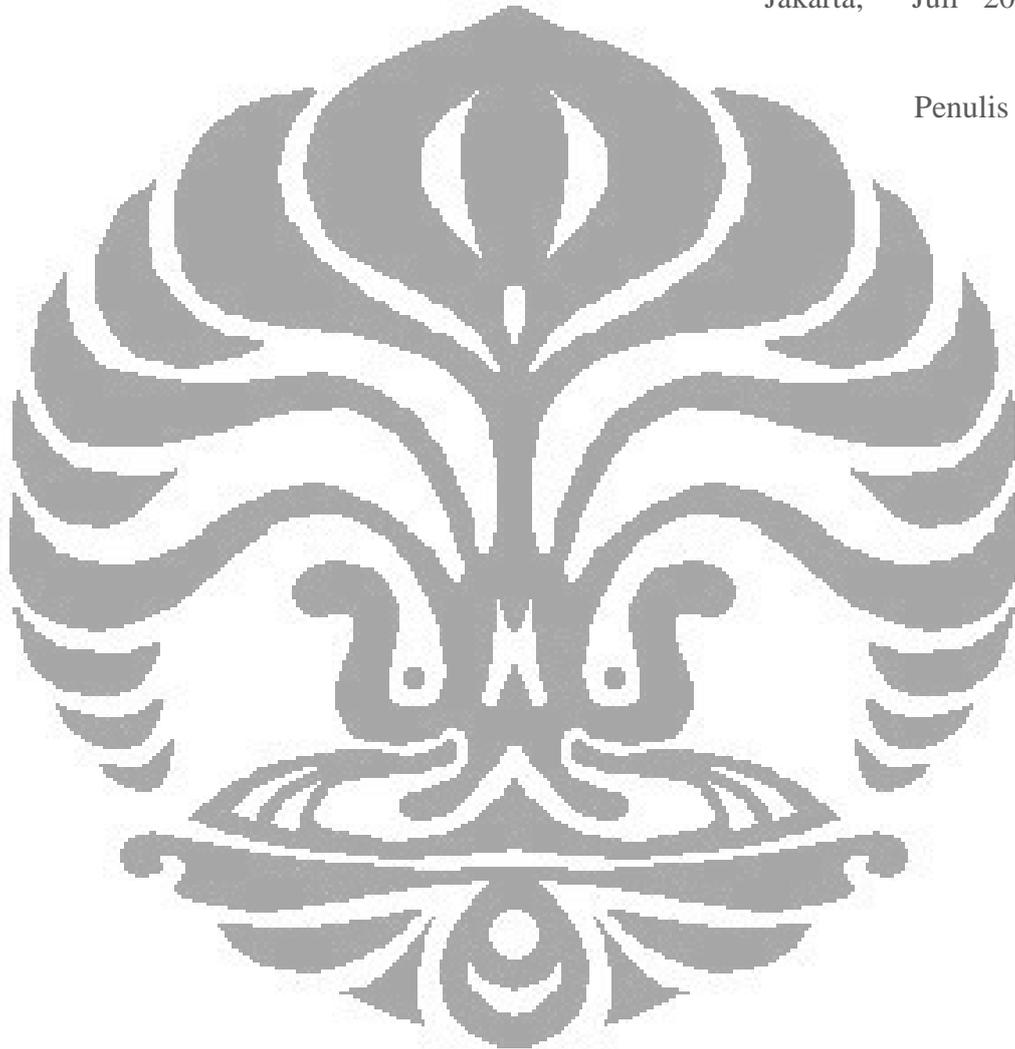
1. Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp,M.App.Sc selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.koordinator MA Tesis .
3. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc selaku pembimbing tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes selaku pembimbing tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
5. Ria Utami Panjaitan, S.Kp, M.Kep selaku asisten pembimbing tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
6. Direktur Rumah Sakit Banyumas yang telah memberi izin bagi penulis untuk mengumpulkan data dan melakukan intervensi keperawatan di rumah sakit yang beliau pimpin.
7. Kepala Ruang Yudistira dan Samiaji beserta staf yang telah banyak membantu dalam pengurusan perizinan penelitian
8. Suami dan anak-anakku tercinta yang senantiasa memberikan dukungan yang besar kepada peneliti

9. Rekan-rekan angkatan III Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.
10. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Semoga amal dan budi baik bapak serta ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Alloh SWT. Akhirnya penulis mengharapkan tesis ini dapat berguna untuk peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, Juli 2009

Penulis



DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
ABSTRAK	v
ABSTRACT.....	.vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I: PENDAHULUAN	
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah	8
C. Tujuan	9
D. Manfaat penelitian.....	10
BAB II: TINJAUAN PUSTAKA	
A. Skizoprenia.....	12
1. Definisi Skizoprenia.....	12
2. Penyebab Skizoprenia	12
3. Gejala Skizoprenia	14
4. Tipe Skizoprenia	15
5. Terapi Skizoprenia	16
B. Perilaku kekerasan	21
1. Definisi kerilaku kekerasan.....	21
2. Proses terjadinya perilaku kekerasan	21
3. Rentang perilaku kekerasan	28
4. Tanda gejala perilaku kekerasan dan asertif	29

5. Diagnosa keperawatan	31
C. Tindakan keperawatan perilaku kekerasan	32
D. <i>Assertiveness Training</i>	39
1. Definisi <i>Assertiveness Training</i>	39
2. Indikasi <i>Assertiveness Training</i>	40
3. Tujuan <i>Assertiveness Training</i>	41
4. Prinsip <i>Assertiveness Training</i>	41
5. Kriteria terapis	43
E. Teknik pelaksanaan <i>Assertiveness Training</i>	43
BAB III: KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN	
DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka teori	49
B. Kerangka konsep	52
C. Hipotesis penelitian	54
D. Definisi operasional	54
BAB IV: METODE PENELITIAN	
A. Desain penelitian	58
B. Populasi dan sampel	59
1. Populasi	59
2. Sampel	60
C. Tempat penelitian	61
D. Waktu penelitian	62
E. Etika penelitian	62
F. Alat pengumpulan data	63
G. Uji coba instrumen	66
H. Prosedur pengumpulan data	67
I. Analisis data	72
BAB V : HASIL PENELITIAN	
A. Proses pelaksanaan <i>Assertiveness Training</i> pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan	77

B. Karakteristik klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan.....	81
C. Perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia.....	84
D. Faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan.....	93

BAB VI:PEMBAHASAN

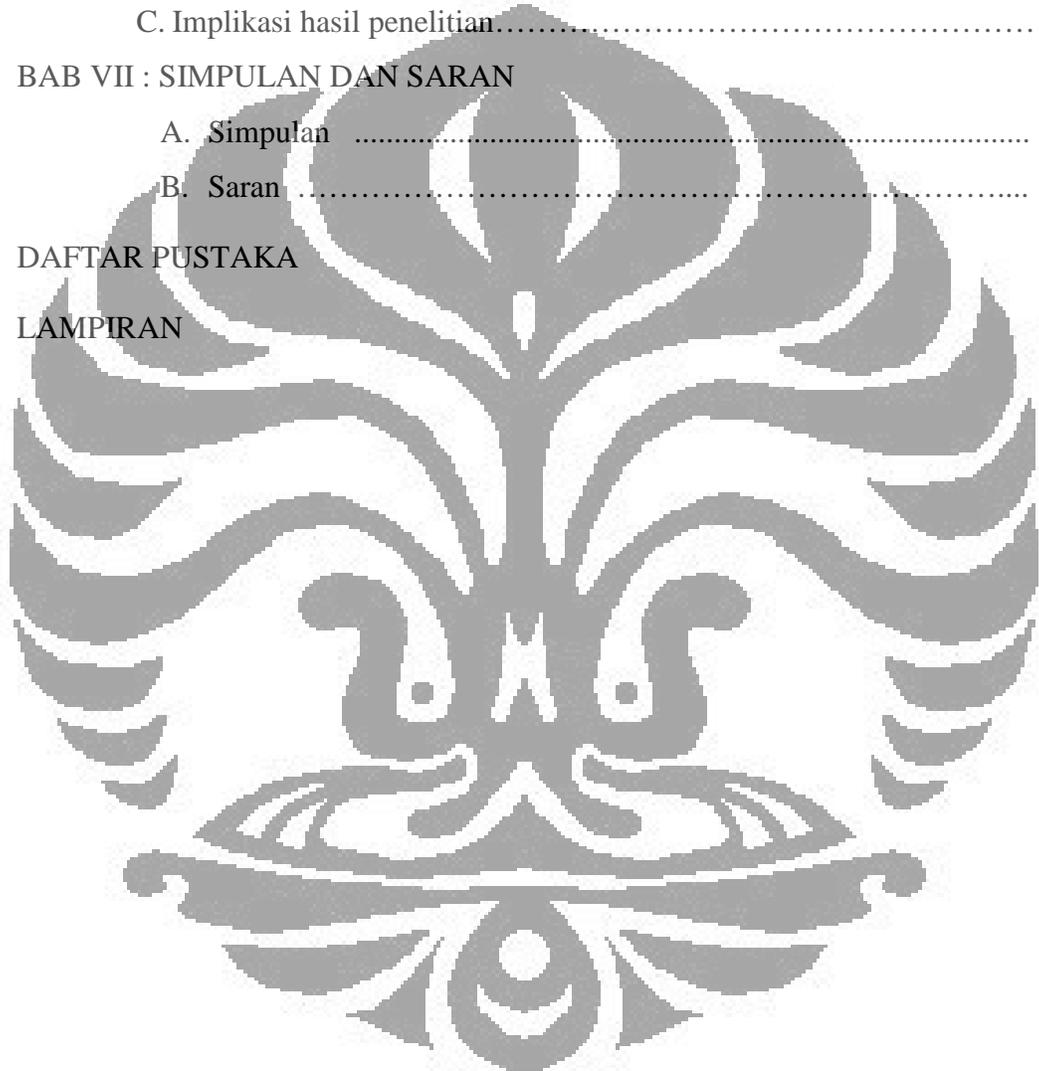
A. Pengaruh <i>Assertiveness Training</i> terhadap perilaku kekerasan.....	97
B. Keterbatasan penelitian	106
C. Implikasi hasil penelitian.....	107

BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	109
B. Saran	109

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

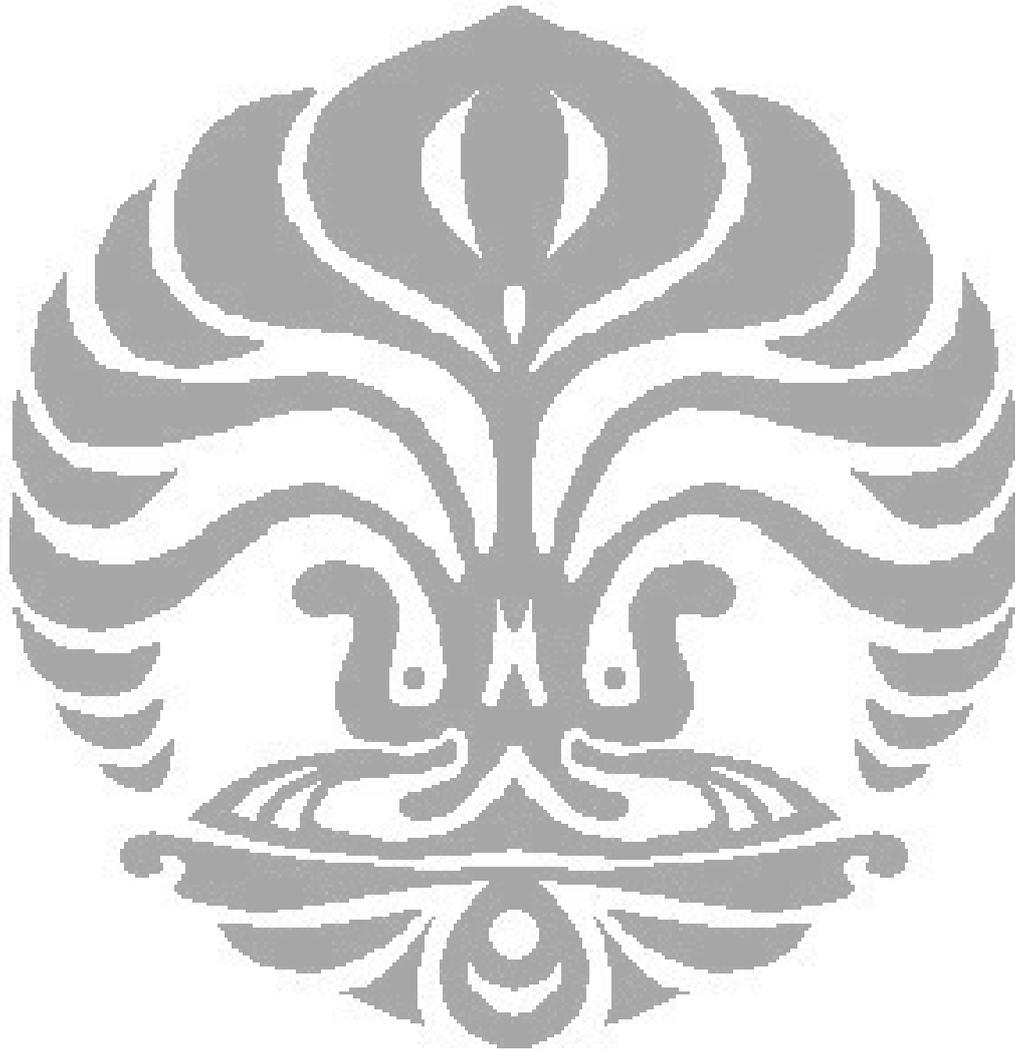


DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi operasional variabel dependen dan independen	72
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian <i>Pre-Post Test Control Group</i>	76
Tabel 4.2 Rancangan Pengambilan Sampel Penelitian.....	79
Tabel 4.3 Proses uji validitas instrumen penelitian.....	86
Tabel 4.4 Analisis variabel penelitian	98
Tabel 5.1 Distribusi klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan...106 jenis kelamin, tipe Skizoprenia, riwayat kekerasan dan frekuensi dirawat	
Tabel 5.2 Kesetaraan karakteristik klien perilaku kekerasan.....	107
Tabel 5.3 Analisis perilaku kekerasan berdasarkan respon perilaku, sosial,.....109 kognitif dan komposit perilaku kekerasan	
Tabel 5.4 Analisis perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik.....	109
Tabel 5.5 Analisis kesetaraan perilaku kekerasan berdasarkan respon.....110 perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan	
Tabel 5.6 Analisis kesetaraan perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik.....	111
Tabel 5.7 Analisis perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah112 <i>Assertiveness Training</i> berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan	
Tabel 5.8 Analisis perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah114 <i>Assertiveness Training</i> berdasarkan respon fisik	
Tabel 5.9 Perbedaan selisih mean perilaku kekerasan berdasarkan respon.....115 perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan	
Tabel 5.10 Perbedaan selisih mean perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik...116	
Tabel 5.11 Analisis perilaku kekerasan sesudah <i>Assertiveness Training</i>118 berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan.	
Tabel 5.12 Analisis perilaku kekerasan sesudah <i>Assertiveness Training</i>118 berdasarkan respon fisik	
Tabel 5.13 Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon perilaku.....	119
Tabel 5.14 Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon sosial.....	120
Tabel 5.15 Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon kognitif.....	121
Tabel 5.16 Analisis faktor yang berkontribusi terhadap komposit perilaku.....121 kekerasan	
Tabel 5.17 Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon fisik.....	122

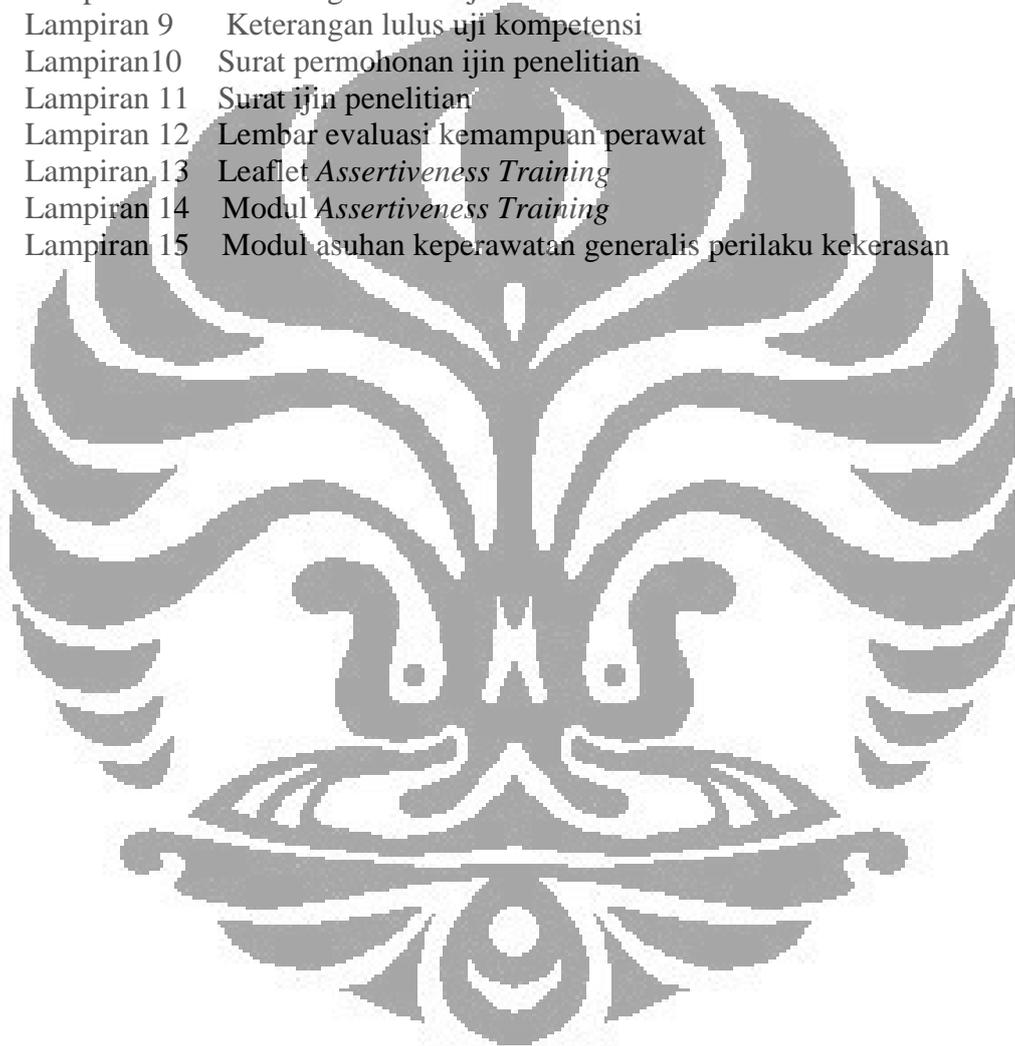
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Rentang respon marah	38
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian	67
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	70
Skema 4.1 Kerangka Kerja Pengaruh <i>Assertiveness Training</i>	93



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan tentang penelitian
Lampiran 2	Lembar persetujuan (<i>Informed Consent</i>)
Lampiran 3	Data sosiodemografi keluarga
Lampiran 4	Observasi respon perilaku
Lampiran 5	Kuesioner respon kognitif
Lampiran 6	Observasi respon sosial
Lampiran 7	Observasi respon fisik
Lampiran 8	Keterangan lolos uji etik
Lampiran 9	Keterangan lulus uji kompetensi
Lampiran 10	Surat permohonan ijin penelitian
Lampiran 11	Surat ijin penelitian
Lampiran 12	Lembar evaluasi kemampuan perawat
Lampiran 13	Leaflet <i>Assertiveness Training</i>
Lampiran 14	Modul <i>Assertiveness Training</i>
Lampiran 15	Modul asuhan keperawatan generalis perilaku kekerasan



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan jiwa merupakan kemampuan beradaptasi terhadap stressor dari lingkungan internal dan eksternal, berdasarkan fakta dan logika, perasaan dan perilaku yang cocok dan sama dengan norma serta budaya setempat. (Townsend, 2003). Jonshon (1997, dalam Townsend, 2003), mendefinisikan kesehatan jiwa yaitu suatu kondisi sehat emosional, psikologis dan sosial yang terlihat dari perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional. Dari uraian diatas dapat di katakan bahwa kesehatan jiwa yaitu kondisi emosional, psikologis dan sosial yang sehat serta kemampuan beradaptasi terhadap stressor, yang ditunjukkan dengan perilaku, coping dan emosi yang adaptif.

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental sejahtera yang memungkinkan seseorang hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan dengan ciri menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya, mampu menghadapi stress kehidupan yang wajar, mampu bekerja produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, menerima dengan baik apa yang ada pada dirinya dan merasa nyaman bersama dengan orang lain (Keliat dkk, 2005). Dari beberapa paparan tersebut dapat disimpulkan kesehatan jiwa yaitu kesejahteraan mental sehingga mampu menerima diri, beradaptasi dengan lingkungan dan produktif. Apabila

individu tidak mampu untuk memandang diri secara obyektif, tidak puas dalam hubungan interpersonal dan tidak mampu beradaptasi dengan lingkungan, dapat mengakibatkan gangguan jiwa.

Berdasarkan penggolongan *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision IV* (DSM-TR-IV), definisi gangguan jiwa adalah perubahan perilaku atau sindrom psikologi dihubungkan dengan adanya distress seperti respon negatif terhadap stimulus atau perasaan tertekan, ketidakmampuan (*disability*) seperti gangguan pada satu atau beberapa fungsi, dan meningkatnya resiko untuk mengalami penderitaan, kematian, atau kehilangan kebebasan (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Gangguan jiwa diartikan juga sebagai suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam menjalankan fungsi sosial (Keliat, dkk, 2005). Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa yaitu kondisi psikologis berupa distress, ketidakmampuan yang berakibat perubahan fungsi jiwa, penderitaan dan hambatan hubungan sosial.

Tanda dan gejala yang ditunjukkan pada individu yang mengalami gangguan jiwa yaitu kebingungan berpikir, kecemasan berlebihan, menarik diri dari lingkungan, menghindar dari masalah, marah berlebihan, keinginan bunuh diri dan penyalahgunaan obat atau alkohol (Frisch & Frisch, 2006). Dari penjelasan diatas dapat dikatakan bahwa tanda dan gejala gangguan jiwa yaitu gangguan

berpikir, cemas berlebihan, perilaku menarik diri dan menghindar, marah, destruktif diri, serta penyalahgunaan zat.

Dari data laporan rumah sakit menurut DepKes RI (1996, dalam Keliat, 2002) ditemukan prevalensi gangguan jiwa cenderung meningkat dari 1,9% pada tahun 1990, menjadi 2,0% pada tahun 1996. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa di Indonesia tahun 2007 sebesar 4,6%, sedangkan di Jawa Tengah 3,3% (Balitbangkes, 2008). Data diatas menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di Indonesia cenderung mengalami peningkatan yang cukup bermakna.

Data *American Psychiatric Association* (APA) tahun 1995 menyebutkan 1% dari populasi penduduk dunia menderita gangguan jiwa berupa Skizoprenia, jumlahnya tiap tahun makin bertambah dan menimbulkan dampak bagi keluarga dan masyarakat berupa ketergantungan (Kaplan & Saddock, 2005). Berdasarkan laporan WHO tahun 2001, menyebutkan bahwa Skizoprenia menyebabkan tingkat ketergantungan klien yang tinggi yaitu sebesar 2,5%. Dari data tersebut menunjukkan bahwa walaupun prevalensi Skizoprenia tidak begitu besar namun merupakan masalah yang cukup serius karena menimbulkan dampak bagi keluarga dan masyarakat berupa ketergantungan.

Skizoprenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan ciri gangguan perasaan afektif atau respon emosional dan hubungan antarpribadi (Anonim, 2009). Menurut Varcarolis, Carson dan Shoemaker (2006), Skizoprenia

merupakan penyakit kerusakan otak yang berdampak pada kemampuan berpikir, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan untuk merasakan realita secara akurat. Dari penjelasan diatas dapat dikatakan bahwa Skizoprenia yaitu gangguan jiwa akibat kerusakan otak yang mengakibatkan gangguan fungsi kognitif, afektif, bahasa, gangguan memandang terhadap realitas, dan hubungan interpersonal.

Gejala mayor Skizoprenia digolongkan menjadi dua yaitu gejala positif dan negatif. Gejala positif yang muncul yaitu : halusinasi, delusi, waham, perilaku agitasi dan agresif, serta gangguan berpikir dan pola bicara. Sedangkan gejala negatif yaitu : afek datar, alogia (sedikit bicara), apatis, penurunan perhatian dan penurunan aktifitas sosial (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Dari paparan diatas ditemukan bahwa perilaku agitasi dan agresif merupakan salah satu gejala yang ditemui pada klien Skizoprenia.

Perubahan perilaku merupakan salah satu gejala yang dijumpai pada Skizoprenia (Stuart & Laraia, 2005). Angka kejadian perilaku yang sering muncul pada klien Skizoprenia yaitu : motivasi kurang (81%), isolasi sosial (72%), perilaku makan dan tidur yang buruk (72%), sukar menyelesaikan tugas (72%), sukar mengatur keuangan (72%), penampilan yang tidak rapi/bersih (64%), lupa melakukan sesuatu (64%), kurang perhatian pada orang lain (56%), sering bertengkar (47%), bicara pada diri sendiri (41%), dan tidak teratur makan obat (40%) (Stuart & Laraia, 2005). Survey yang dilakukan oleh "The National Institute of Mental Nursing Health's Epidemiologic Catchment Area

terhadap 10.000 orang yang pernah melakukan perilaku kekerasan ditemukan 37,7% berhubungan dengan penyalahgunaan zat, 24,6% alkoholik, 12,7% Skizoprenia, 11,7% gangguan depresi berat, 11% gangguan bipolar dan 2,1% tanpa gangguan (Kaplan & Saddock, 1995 dalam Keliat, 2003). Dari data diatas mengindikasikan perilaku kekerasan merupakan salah satu perubahan perilaku yang cukup banyak ditemukan pada klien Skizoprenia.

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku agresi atau kekerasan yang ditunjukkan secara verbal, fisik, atau keduanya kepada suatu obyek, orang atau diri sendiri yang mengarah pada potensial untuk destruktif atau secara aktif menyebabkan kesakitan, bahaya dan penderitaan (Djarmiko, 2008; Saladino, 2007). Perilaku kekerasan merupakan ekspresi kekuatan fisik dengan menyerang diri sendiri atau orang lain, serta pemaksaan keinginan seseorang kepada orang lain (Anonim, 2008). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan bentuk kekerasan dan pemaksaan secara fisik maupun verbal yang ditujukan kepada diri sendiri maupun orang lain.

Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003) menyebutkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarga untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena beresiko membahayakan bagi diri dan orang lain. Dari penjelasan tersebut didapatkan bahwa perilaku kekerasan dianggap oleh masyarakat merupakan salah satu tanda bahwa seseorang mengalami gangguan jiwa. Hal yang menjadi latar belakang bagi keluarga untuk merawat klien, jika anggota keluarga dengan gangguan jiwa melakukan perilaku kekerasan.

Tindakan yang dilakukan dalam merawat individu dengan perilaku kekerasan yaitu dengan strategi preventif, strategi antisipasi dan strategi pengekangan (Stuart & Laraia, 2005). Strategi preventif merupakan tindakan untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan, strategi antisipasi adalah tindakan untuk mengantisipasi berulangnya tindakan kekerasan pada klien yang masih beresiko tinggi. Sedangkan strategi pembatasan dilakukan pada kondisi akut dimana klien yang masih aktif menunjukkan gejala perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005). Dari penjelasan diatas didapatkan bahwa tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan dapat berupa tindakan pencegahan, antisipasi maupun manajemen krisis.

Strategi preventif untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan berupa peningkatan kesadaran diri perawat, edukasi klien dan *Assertiveness Training* (Stuart & Laraia, 2005). Peningkatan kesadaran diri dilakukan dengan meningkatkan kemampuan perawat sehingga mampu menggunakan diri secara terapeutik. Edukasi klien berisi latihan komunikasi dan cara yang tepat untuk mengekspresikan marah. *Assertiveness Training* merupakan salah satu terapi spesialis untuk melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi (Stuart & Laraia, 2005). Dari jabaran diatas disimpulkan bahwa strategi preventif pencegahan perilaku kekerasan yaitu peningkatan kemampuan perawat, edukasi kepada klien dalam berkomunikasi dan mengekspresikan marah, serta *Assertiveness Training* untuk meningkatkan kemampuan interpersonal dalam berbagai situasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003) tentang Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan (PKPPK) yang dilakukan dalam bentuk edukasi kepada klien dan keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan, didapatkan hasil bahwa kelompok yang mengikuti PKPPK mempunyai kemampuan mencegah perilaku kekerasan secara mandiri sebesar 86,6% dan bantuan 13,4%. Sedangkan pada kelompok yang tidak dilatih, tidak mempunyai kemampuan cara mencegah perilaku kekerasan secara mandiri. Penelitian Kirana (2007) tentang “Pengaruh Pelatihan Penanganan Klien Risiko Perilaku Kekerasan terhadap Kinerja Perawat dan Perubahan Perilaku Klien Risiko Perilaku Kekerasan”, menyatakan bahwa pelatihan penanganan klien risiko perilaku kekerasan kepada perawat sangat efektif meningkatkan kinerja perawat sehingga menurunkan frekuensi perilaku kekerasan yang biasanya dilakukan oleh pasien. Dari uraian diatas disimpulkan bahwa tindakan untuk menurunkan frekuensi perilaku kekerasan dilakukan dengan memberikan edukasi kepada klien dan keluarga serta kepada perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan.

Survey yang dilakukan pada delapan belas klien risiko perilaku kekerasan di Ruang Utari RS Marzuki Mahdi Bogor oleh Sulastris (2008), distribusi terapi spesialis yang diterapkan pada kasus perilaku kekerasan yaitu *Assertiveness Training* 13 orang (72,2%), terapi kognitif 10 orang (38,9%), terapi perilaku 8 orang (44,4%), *logotherapy* 7 orang (38,9%), *triangle therapy* 3 orang (16,7%) dan psikoedukasi keluarga 11 orang (61,1%). Hasil yang didapatkan yaitu dari

13 orang klien risiko perilaku kekerasan yang mendapatkan *Assertiveness Training* di tambah dengan terapi kognitif, *token economy*, *logotherapy*, psikoedukasi keluarga, *triangle therapy* menunjukkan peningkatan kemampuan berkomunikasi, perilaku yang baik, peningkatan kemampuan mencari pemecahan masalah dan perubahan pikiran menjadi positif. Dilaporkan juga bahwa 10 orang klien berhasil pulang. Dari data diatas menunjukkan bahwa pemberian kombinasi *Assertiveness Training* akan meningkatkan kemampuan klien risiko perilaku kekerasan.

Penelitian yang dilakukan oleh Vinick tahun 1983 yang berjudul "*The effects of assertiveness training on aggression and self concept in conduct disordered adolescents*", menunjukkan bahwa bahwa klien yang mendapatkan intervensi *Assertiveness Training* secara signifikan mengalami penurunan tingkat agresifitas dan peningkatan konsep diri (Vinick, 1983). Dari penelitian diatas, dapat disimpulkan salah satu terapi untuk klien dengan masalah perilaku kekerasan yaitu *Assertiveness Training*. Pemberian *Assertiveness Training* dapat mengurangi perilaku agresif klien yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Assertiveness Training merupakan program latihan perilaku untuk melatih seseorang menyampaikan kebutuhan, hak, dan menentukan pilihan tanpa mengabaikan hak orang lain (Forkas,1997). Menurut Stuart dan Laraia (2005) ketrampilan perilaku yang diajarkan yaitu ketrampilan interpersonal untuk berperilaku secara lansung pada orang lain, mengatakan tidak untuk permintaan

yang tidak rasional, mampu untuk menyampaikan keberatan dan mengekspresikan sesuatu dengan tepat. Dari paparan diatas disimpulkan bahwa *Assertiveness Training* akan melatih klien untuk menyampaikan kebutuhan dan hak secara terbuka dan proporsional.

Tahapan *Assertiveness Training*, menurut Stuart dan Laraia (2005) meliputi empat tahapan yaitu *describing, learning, practicing* dan *transferring* perilaku baru ke lingkungan klien. Penelitian yang dilakukan oleh Forkas (1997) berjudul "*Assertiveness Training with Individuals Who Are Moderatly and Mildly Retarded*" menyebutkan bahwa *Assertiveness Training* meliputi empat tahapan yaitu *instruction, modelling, (role playing* dan *feedback*. Sedangkan dalam penelitian yang dilakukan Vinick (1983) *Assertiveness Training* dapat dilakukan melalui tahapan *instruction, feedback, coaching, reinforcement, modelling* dan *behavioral rehearsal*. Dari penelitian diatas *Assertiveness Training* dapat dimodifikasi menjadi lima tahapan yaitu : (1) *describing* , (2) *modelling* , (3) *role playing* ,(4) *feedback* dan (5) *transferring*.

Penelitian terhadap klien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan akan dilakukan di RSUD Banyumas, Jawa Tengah. Profil Penduduk Jawa Tengah (2006) menunjukkan jumlah penduduk Jawa Tengah tahun 2006 sebanyak 32.177.730 jiwa . Dengan prevalensi gangguan jiwa di Jawa Tengah 3,3%₀, diperkirakan jumlah penduduk dengan gangguan jiwa yaitu sebanyak 106.187 jiwa. Untuk Kabupaten Banyumas dengan jumlah penduduk tahun 2006

sebesar 1.490.665 jiwa, diperkirakan terdapat 4919 penduduk dimasyarakat yang mengalami gangguan jiwa.

RSUD Banyumas merupakan rumah sakit pendidikan dan rumah sakit rujukan utama kasus gangguan jiwa diwilayah Jawa Tengah Selatan, dengan pelayanan psikiatri baik poliklinik maupun rawat inap . Bangsal Psikiatri yang ada di RSUD Banyumas yaitu Ruang Samiaji (ruang perawatan kelas III) dengan kapasitas 45 tempat tidur dan Yudistira (ruang perawatan kelas I, II dan VIP) dengan kapasitas 23 tempat tidur. Jumlah klien ruang Psikiatri selama empat bulan di tahun 2008 yaitu Maret (99 orang), April (101 orang), Mei (83 orang) dan Juni (79 orang) melebihi kapasitas terutama di Ruang Samiaji dengan BOR > 100%, dengan rata-rata lama rawat (*Length of Stay*) klien yang sudah pulang yaitu 500-2000 hari (RSUD Banyumas, 2008). Dari data tersebut diatas disimpulkan rata-rata tiap bulan jumlah klien yang dirawat di ruang Psikiatri RSUD Banyumas yaitu 91 orang, melebihi kapasitas ruang perawatan.

Pada bulan Januari 2009 klien yang dirawat di Ruang Psikiatri 90% terdiagnosis Skizoprenia (80 orang dari jumlah total 90 orang). Berdasarkan alasan masuk rumah sakit jumlah klien dengan perilaku kekerasan sebanyak 62 kasus (68%) ,halusinasi 22 kasus (36%) dan isolasi sosial 4 kasus (4,4%) (RSUD Banyumas, 2009). Dari 68% klien perilaku kekerasan setelah dirawat selama 8 hari, sebagian besar menunjukkan penurunan perilaku kekerasan namun belum mampu untuk mengontrol dan berperilaku secara adaptif dengan lingkungan. Pada keadaan klien dikategorikan dalam diagnosa keperawatan

risiko perilaku kekerasan. Berdasarkan data diatas, didapatkan bahwa sebagian besar klien dirawat dengan masalah keperawatan utama perilaku kekerasan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat di Ruang Psikiatri prosedur tetap penanganan klien dengan perilaku kekerasan pada fase krisis (4-5 hari) yaitu ECT (*Electro Convulsive Therapy*), psikofarmaka, pengekangan dan terapi generalis. Terapi generalis yang dilakukan menggunakan pendekatan *Nursing Intervention Criteria* (NIC), namun belum dilakukan secara optimal. Setelah fase krisis terlewati dilakukan Terapi Aktifitas Kelompok (TAK). Belum ada terapi spesialis yang diterapkan, termasuk terapi asertif. Berdasarkan kondisi realita diatas peneliti akan menerapkan *Assertiveness Training* pada klien dengan risiko perilaku kekerasan karena terapi ini belum pernah dilakukan, kasus perilaku kekerasan cukup banyak, RSUD Banyumas merupakan rumah sakit pendidikan dan terbuka untuk perubahan serta belum ada penelitian tentang *Assertiveness Training* pada klien perilaku kekerasan di Indonesia.

B. PERUMUSAN MASALAH

Perilaku kekerasan merupakan alasan masuk terbanyak klien dirawat di rumah sakit. Jumlah klien perilaku kekerasan yang dirawat di RSUD Banyumas perilaku kekerasan berjumlah 68 %. Belum ada terapi spesialis yang diterapkan termasuk *Assertiveness Training* untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan. Dalam rangka meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka akan dilakukan pemberdayaan klien melalui peningkatan perilaku asertif sehingga diharapkan

dapat mengurangi frekuensi perilaku kekerasan. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dapat disimpulkan beberapa masalah penelitian yaitu :

1. Terdapat 68% klien dirawat di RSUD Banyumas dengan alasan masuk perilaku kekerasan .
2. Belum diterapkannya *Assertiveness Training* terhadap klien perilaku kekerasan di RSUD Banyumas.
3. Belum diketahuinya sejauh mana pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia.

Berhubungan dengan apa yang akan dikerjakan untuk menyelesaikan masalah berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka pertanyaan penelitian yaitu :

1. Apakah *Assertiveness Training* berpengaruh terhadap terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia.
2. Apakah faktor yang berpengaruh terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia.

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini dibagi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus dengan jabaran sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian yaitu :

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden klien risiko perilaku kekerasan (jenis kelamin, tipe Skizoprenia, riwayat kekerasan dan frekuensi dirawat).
- b. Diketuainya perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia sebelum *Assertiveness Training*.
- c. Diketuainya perbedaan perilaku kekerasan klien Skizoprenia pada kelompok yang mendapat *Assertiveness Training*.
- d. Diketuainya perbedaan perilaku kekerasan klien Skizoprenia pada kelompok yang tidak mendapat *Assertiveness Training*.
- e. Diketuainya perbedaan perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia antara yang sudah mendapat *Assertiveness Training* dan yang tidak mendapat *Assertiveness Training*.
- f. Diketuainya faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia.

D. MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi berbagai pihak yang berperan dalam pengembangan pelayanan keperawatan jiwa khususnya perawatan klien dengan perilaku kekerasan.

1. Manfaat aplikatif

- a. Bagi pelayanan keperawatan diharapkan dapat menjadi salah satu pedoman asuhan keperawatan spesialis pada klien perilaku kekerasan dengan penerapan *Assertiveness Training* disamping terapi generalis.
- b. Meningkatkan kemampuan perilaku asertif pada klien perilaku kekerasan, yang diharapkan mampu memperpendek lama hari rawat, sehingga meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
- c. Sebagai dasar bagi perawat spesialis keperawatan jiwa dalam melaksanakan asuhan keperawatan atau praktik mandiri keperawatan spesialis.

2. Manfaat keilmuan

- a. Penelitian tentang penerapan terapi generalis pada klien perilaku kekerasan oleh Keliat (2003) didapatkan hasil terapi generalis mempunyai kemampuan mencegah perilaku kekerasan secara mandiri sebesar 86,6% dan bantuan 13,4%. Hasil ini dapat dijadikan *evidence based practice* tentang penggunaan terapi generalis dalam asuhan keperawatan klien perilaku kekerasan
- b. Penelitian tentang penanganan klien perilaku kekerasan dengan pemberian terapi generalis dipadu terapi spesialis *Assertiveness Training* belum pernah dilakukan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai *evidence based practice* penggunaan terapi generalis dan

Assertiveness Training dalam asuhan keperawatan klien perilaku kekerasan.

3. Manfaat metodologis

- a. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya dalam meningkatkan kemampuan perilaku lain dengan menggunakan *Assertiveness Training*.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong penelitian lainnya, sehingga dapat dilakukan generalisasi terhadap pengaruh *Assertiveness Training* pada klien perilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi : konsep Skizoprenia, konsep perilaku kekerasan, konsep *Assertiveness Training* dan tehnik pelaksanaan *Assertiveness Training*.

A. SKIZOPRENIA

Skizoprenia merupakan salah satu jenis gangguan jiwa yang heterogen dalam patofisiologi, faktor predisposisi, faktor presipitasi dan perubahan perilaku yang muncul (Stuart & Laraia, 2005).

1. Definisi Skizoprenia

Menurut Varcarolis, Carson dan Shoemaker (2006), Skizoprenia merupakan penyakit kerusakan otak yang berdampak pada kemampuan berpikir, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan untuk merasakan realita secara akurat. Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin yaitu salah satu sel kimia dalam otak dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respon emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi (Anonim, 2009). Sedangkan menurut Kaplan dan Saddock (2005), Skizoprenia adalah sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku. Dari penjelasan diatas dapat dikatakan bahwa Skizoprenia yaitu gangguan jiwa akibat kerusakan otak yang disebabkan

ketidakseimbangan dopamin sehingga berakibat gangguan fungsi kognitif, afektif, bahasa, menilai realitas dan hubungan interpersonal.

2. Penyebab Skizoprenia

Penyebab Skizoprenia bervariasi dan belum diketahui secara pasti. Faktor yang menjadi penyebab terjadinya Skizoprenia menurut Stuart dan Laraia (2005) yaitu :

a. Biologis

Termasuk dalam faktor biologis yaitu genetik, neurobiologi, neurotransmitter, perkembangan otak dan teori virus.

Faktor genetik yaitu adanya defek pada gen tertentu dapat menyebabkan Skizoprenia seperti mutasi DNA atau kromosom. Mutasi DNA terjadi ketika terjadi pengulangan gen lebih dari satu kali seperti yang terjadi pada kembar monozygot atau identik. (Stuart & Laraia, 2005). Studi terhadap keluarga menyebutkan faktor resiko genetik terhadap Skizoprenia yaitu pada orang tua 5,6%, saudara kandung 10,1%, anak-anak 12,8% dan penduduk secara keseluruhan 0,9%. Studi terhadap orang kembar (*twin*) menyebutkan pada kembar identik 59,20%; sedangkan kembar fraternal 15,2% (Yosep, 2008).

Faktor neurobiologi dan neurotransmitter yaitu lesi pada lobus frontal, temporal dan area limbik sehingga menyebabkan gangguan fungsi otak dan disregulasi neurotransmitter seperti dopamin, serotonin dan

glutamat (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006 ; Stuart & Laraia, 2005).

Faktor perkembangan otak dan teori virus yaitu adanya gangguan perkembangan otak fetus karena infeksi atau virus saat kehamilan menyebabkan gangguan kematangan otak masa kanak-kanak dan dewasa, berdampak pada mielinisasi, migrasi dan interkoneksi antar saraf. Kondisi ini berkontribusi terhadap kerusakan otak yang sering ditemui pada Skizoprenia (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006 ; Stuart & Laraia, 2005).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa faktor biologi yang berpengaruh terhadap kejadian Skizoprenia yaitu faktor keturunan, infeksi kehamilan dan kerusakan otak.

b. Psikologis

Kegagalan memenuhi tugas perkembangan, psikososial dan ketidakharmonisan keluarga meningkatkan resiko Skizoprenia (Stuart & Laraia, 2005). Kondisi psikologis yang berpengaruh yaitu orang tua dengan kecemasan, overprotektif atau terlalu dingin, konflik pernikahan dan keluarga. Ketidakmatangan atau fiksasi, yaitu kegagalan perkembangan individu dalam satu fase sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada tahap berikutnya. Untuk perkembangan psikologik dan pengalaman belajar sangat perlu bagi

perkembangan intelektual, emosional dan sosial yang norma. Hubungan orangtua-anak yang salah atau interaksi yang kurang harmonis dalam keluarga sering merupakan sumber terjadinya gangguan jiwa seperti gangguan kepribadian dan gangguan penyesuaian diri (Yosep, 2008).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa ketidakmampuan keluarga memenuhi tugas perkembangan psikologis anggota keluarga berpengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa termasuk Skizoprenia.

3. Gejala Skizoprenia

Gejala yang ditemukan pada klien Skizoprenia menurut Varcarolis, Carson dan Shoemaker (2006) dikategorikan menjadi dua yaitu gejala positif dan gejala negatif.

a. Gejala positif

Gejala positif yaitu bertambahnya atau distorsi dari fungsi normal tubuh, gejala ini sering responsif terhadap terhadap obat antipsikosis tipikal atau tradisional (Stuart & Laraia, 2005). Gejala ini mudah ditandai oleh orang lain. Gejala positif Skizoprenia yaitu halusinasi, delusi, perilaku *bizzare* (agresif, agitasi, repetisi, perilaku stereotip) dan disorganisasi bicara (Stuart & Laraia, 2005; Anonim, 2009). Survey yang dilakukan oleh "The National Institute of Mental Nursing Health's Epidemiologic Catchment Area terhadap 10.000 orang yang pernah melakukan perilaku kekerasan 11,7% terdiagnosis Skizoprenia (Kaplan & Saddock, 1995).

b. Gejala negatif

Gejala negatif yaitu berkurangnya atau hilangnya fungsi normal seseorang, sering kurang responsif terhadap antipsikotik tradisional dan lebih responsif terhadap antibiotik atipikal (Stuart & Laraia, 2005; Anonim, 2009). Gejala negatif Skizoprenia yaitu penurunan afek, alogia, kurang motivasi, anhedonia, penurunan interaksi sosial dan penurunan perhatian.

Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan perilaku maladaptif Skizoprenia yaitu penampilan yang buruk, berkurangnya kemampuan bekerja, perilaku stereotip, agitasi, agresif dan negativisme. *American Psychiatric Associations* (2000), menyebutkan beberapa penelitian melaporkan bahwa kelompok individu yang didiagnosa Skizoprenia mempunyai insiden lebih tinggi untuk melakukan perilaku kekerasan (APA (2000 dalam Saladino, 2007). Swanson, Swartz dan Vandom (2006, dalam Saladino, 2007) menyebutkan bahwa perilaku kekerasan meningkat resikonya pada klien Skizoprenia dengan gejala positif.

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah keperawatan yang muncul pada klien dengan diagnosa medis Skizoprenia terutama dengan gelala positif.

4. Tipe Skizoprenia

Menurut Varcarolis, Carson dan Shoemaker (2006), berdasarkan *Diagnostic And Staistical Manual of Mental Disorder Text Revision* (DSM-IV-TR) tipe-tipe Skizoprenia terbagi atas:

a. Skizoprenia paranoid

Ditemukan tanda dominan berupa halusinasi dan delusi. Tidak ada disorganisasi bicara, disorganisasi perilaku, katatonia atau afek tidak sesuai. Skizoprenia tipe ini umumnya bersikap sangat bermusuhan terhadap orang lain (Handayani, 2007).

b. Skizoprenia disorganisasi

Tanda dominan berupa disorganisasi bicara, perilaku, afek datar dan tidak sesuai.

c. Skizoprenia kataton

Ditemukan imobilitas motorik (stupor), aktifitas motorik berlebihan tanpa tujuan (agitasi), negativisme berlebihan, stereotip, beresiko melukai diri dan orang lain.

d. Skizoprenia residual

Tidak ditemukan gejala khas seperti delusi, halusinasi atau disorganisasi bicara dan perilaku. Namun muncul beberapa gejala positif dan negatif.

e. Tak tergolongkan (tipe campuran)

Memiliki gejala delusi, halusinasi atau disorganisasi bicara dan perilaku, namun tidak ada klinis dominan sehingga tidak digolongkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003), menyebutkan bahwa perilaku kekerasan lebih sering dilakukan pada klien dengan diagnosa Skizoprenia Paranoid sebanyak 57 responden (76%) dan 18 responden (24%) dengan diagnosa Skizoprenia yang lain. Sedangkan survey yang dilakukan oleh Sulastri (2008) terhadap 18 orang klien perilaku kekerasan, ditemukan 80% (14 orang) dengan diagnosis Skizoprenia paranoid, sedang sisanya termasuk Skizoprenia jenis yang lain.

Dari uraian diatas disimpulkan bahwa perilaku kekerasan lebih banyak ditemukan pada tipe Skizoprenia paranoid, namun dapat pula ditemukan pada tipe lain.

5. Terapi Skizoprenia

Perawatan Skizoprenia dengan berbagai gejala merupakan hal yang kompleks dan membutuhkan kerjasama dari berbagai pihak baik dari klien, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat untuk penanganan yang berkelanjutan. Terapi pada Skizoprenia yaitu farmakoterapi dan psikoterapi (Kaplan & Saddock, 2005).

a. Farmakoterapi

Terapi Skizoprenia diberikan untuk mengatasi gejala Skizoprenia. Munculnya gejala psikotik berupa gejala positif Skizoprenia yaitu halusinasi, perilaku *bizarre* (agresif, agitasi, repetisi, perilaku stereotip) diatasi dengan pemberian antipsikotik, sedangkan Skizoprenia yang disertai depresi diberikan antidepresan (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Kebanyakan obat Skizoprenia berefek sedatif, dan memblokir efek dari dopamin, zat kimia yang

bertanggung jawab membawa sinyal di antara sel otak. Obat Skizoprenia menginterupsi arus informasi yang mungkin terlalu tinggi pada penderita Skizoprenia (Anonim, 2009).

Jenis terapi yang diberikan pada Skizoprenia yaitu :

1) Antipsikotik

Obat-obat antipsikotik efektif mencegah penyebaran keadaan akut dan mencegah relaps. Terdapat dua macam obat antipsikotik yaitu antipsikotik tradisional (tipikal) dan antipsikotik atipikal (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Jenis antipsikotik atipikal merupakan generasi baru antipsikotik. Atipikal antipsikosis tidak hanya mengatasi gejala Skizoprenia tapi juga meningkatkan kualitas hidup. Jenis antipsikotik atipikal, merupakan antipsikotik generasi baru. Obat ini merupakan pilihan pertama karena memiliki karakteristik : efek ekstrapiramidal minimal, mengatasi gejala positif sebaik mengatasi mengatasi gejala negatif dan meningkatkan kemampuan neurokognitif (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Termasuk atipikal antipsikosis, yaitu *clozapine*, *risperidone*, *olanzapine* dan *quetiapine*.

Antipsikotik tradisional (tipikal) bekerja dengan cara melakukan blokade pada reseptor dopamin dalam mengatasi gejala Skizoprenia. Namun dengan cara kerja ini, antipsikotik tipikal

mempunyai efek ekstrapiramidal yang lebih besar dari pada jenis atipikal (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Efek ekstrapiramidal yang dimaksud yaitu : *akathisia*, *distonia*, parkinson dan *tardive diskenisia* (Stuart & Laraia, 2005). Termasuk jenis antipsikotik tipikal yaitu : antara lain *haloperidol*, *trifluorazine*, *chlorpromazine* (CPZ) dan *loxapine*..

Dari uraian diatas disimpulkan bahwa gejala-gejala Skizoprenia diatasi dengan antipsikotik atipikal maupun tipikal.

2) Anti manik

Skizoprenia disertai dengan gejala akut perilaku kekerasan diatasi dengan pemberian antimanik seperti lithium (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Lithium membantu menekan episode kekerasan pada Skizoprenia.

Dari uraian tersebut menjelaskan Skizoprenia dengan episode perilaku kekerasan diatasi dengan antimanik.

3) Antidepresan

Antidepresan diberikan pada skizoprenia yang disertai dengan depresi. Menurut Maslim (1999) sindrom depresi yaitu selama paling sedikit dua minggu mengalami rasa hati murung, hilang minat dan rasa senang serta kurang tenaga. Keadaan diatas disertai gejala penurunan konsentrasi dan perhatian, harga diri turun, pikiran berdosa dan bunuh diri, gangguan tidur dan nafsu makan

kurang. Termasuk dalam obat antidepresan yaitu *amitriptiline*, *amoxapine* dan *tianeptine*.

Dari uraian tersebut dapat dikatakan bahwa terapi pada Skizoprenia disertai depresi diberikan antidepresan.

4) Obat pencegahan efek ekstrapiramidal

Pemberian antipsikotik mempunyai efek sindrom ekstrapiramidal yaitu mulut kering, parkinson, reaksi distonik, *akathisia*, *tardive dyskinesia*. Jenis obat pencegahan sindrom ekstrapiramidal yaitu trihexyphenidil (THP), biperidin dan diphenhidramine hydrochloride (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa, efek ekstrapiramidal yang sering muncul pada pemberian antipsikotik diatasi obat pencegahan sindrom ekstrapiramidal yaitu *trihexyphenidil* (THP), *biperidin* dan *diphenhidramine hydrochloride*.

b. Psikoterapi

Pada individu dengan Skizoprenia pemberian beberapa jenis psikoterapi suportif sangat membantu. Individu dengan pasca Skizoprenia sering mengalami ketakutan dengan lingkungan, merasa sendiri dan terpisah dari orang lain. Sedangkan bagi keluarga dengan pasca Skizoprenia masalah yang sering muncul yaitu ketidaktahuan keluarga dalam menghadapi gejala-gejala yang terkadang masih muncul serta menghadapi pandangan negatif dari masyarakat (Kaplan & Saddock, 2005). Pemberian

psikoterapi ini sangat bermanfaat bagi individu dengan Skizoprenia, keluarga atau masyarakat.

Psikoterapi yang diberikan bagi penderita Skizofrenia yaitu terapi individu, terapi kelompok, terapi kelompok dan terapi lingkungan (Kaplan & Saddock, 2005). Terapi inividu berupa terapi perilaku (*Social Skill Training, Assertiveness Training*) dan *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)*. Terapi kelompok berupa terapi suportif, *Self Help Group* dan psikoterapi kelompok. Terapi lingkungan berupa *Assertive Community Therapy (ACT)*. Sedangkan terapi keluarga berupa *Familiy to Family Education Program (FFEP)*, Terapi Komunikasi dan Psikoedukasi Keluarga (Kaplan & Saddock, 2005).

Pemberian psikoterapi baik terapi individu, kelompok, keluarga maupun lingkungan bersifat suportif dengan memberi kesempatan pada klien untuk kontak sosial, mengurangi gejala Skizoprenia baik gejala negatif maupun positif seperti perilaku kekerasan dan menjalin hubungan bermakna bagi orang lain (Videbeck, 2008).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa terapi pada Skizoprenia berupa psikofarmaka dan psikoterapi terapi individu, kelompok, keluarga maupun lingkungan.

B. PERILAKU KEKERASAN

Perilaku kekerasan merupakan masalah yang sering terjadi terutama pada rumah sakit jiwa baik diruang gawat darurat maupun diruang perawatan. Perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarga untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena beresiko membahayakan bagi diri dan orang lain.

1. Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik (Stuart & Laraia, 2005). Citrome dan Volavka (2002, dalam Saladino, 2007) mengatakan perilaku kekerasan merupakan respon dan perilaku destruktif manusia dengan menunjukkan agresi fisik dari seseorang kepada orang lain. Perilaku kekerasan merupakan satu agresi fisik dari seseorang terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan, dan perilaku kekerasan terjadi bisa karena ada rasa curiga pada orang lain, halusinasi, reaksi kemarahan, dan karena ada keinginan yang tidak terpenuhi (Keliat,dkk, 2006). Morison (1993) membagi perilaku kekerasan menjadi perilaku kekerasan pada orang lain berupa serangan fisik, memukul dan melukai; perilaku kekerasan pada diri sendiri berupa ancaman melukai dan melukai diri; perilaku kekerasan pada lingkungan berupa merusak perabot rumah tangga, merusak harta benda dan membanting pintu dan perilaku kekerasan verbal berupa kata-kata kasar, nada suara tinggi dan bermusuhan.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan bentuk respon kemarahan, ketakutan, curiga, keinginan yang tidak terpenuhi dan halusinasi. Perilaku kekerasan terdiri atas perilaku kekerasan pada orang lain baik secara verbal atau fisik, perilaku kekerasan pada diri sendiri dan lingkungan.

2. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya perilaku kekerasan ini dapat diuraikan terlebih dahulu dari proses terjadinya gangguan jiwa itu sendiri yang dihubungkan dengan perilaku kekerasan. Stuart dan Laraia (2005) menggambarkan dua dimensi yang dapat menjelaskan proses terjadinya gangguan jiwa yaitu meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang dipengaruhi oleh jenis dan jumlah sumber risiko yang dapat menyebabkan individu mengatasi stres. Faktor predisposisi yang menjadi penyebab perilaku kekerasan dikaitkan dengan faktor biologis, psikologis dan sosial budaya (Stuart & Laraia, 2005; Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

1) Faktor Biologis

Faktor biologis menjelaskan kondisi biologis yang berpengaruh terhadap perilaku kekerasan. Faktor biologis yang berpengaruh terhadap munculnya perilaku kekerasan antara lain gangguan pada sistem limbik, lobus frontal, hipotalamus dan neurotransmitter (Stuart & Laraia, 2005).

Sistem limbik adalah area otak yang menjadi pusat emosi. Sistem limbik merupakan penengah dari dorongan dasar dan ekspresi dari emosi dan perilaku, seperti makan, agresif dan respon seksual (Djarmiko, 2008). Sistem limbik juga berfungsi untuk proses informasi dan daya ingat. Khususnya pada area *amygdala*, salah satu bagian dari sistem limbik, berfungsi sebagai penengah antara ekspresi takut dan amuk. Pengolahan informasi dari dan untuk area lain di otak berpengaruh terhadap pengalaman emosi dan perilaku. Perubahan pada sistem limbik dapat menyebabkan peningkatan atau penurunan resiko perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Lobus frontal merupakan bagian otak dimana alasan dan emosi berinteraksi (Stuart & Laraia, 2005). Lobus frontal memainkan peran yang penting seseorang memilih perilaku atau berpikir rasional. Menurut Townsend (2005), lobus frontal terlibat dalam dua fungsi serebral utama yaitu kontrol motorik gerakan voluntir termasuk fungsi bicara, fungsi fikir dan kontrol berbagai ekspresi emosi. Kerusakan pada lobus frontal mengakibatkan gangguan untuk membuat keputusan, perubahan personalitas, masalah dalam membuat keputusan dan perilaku agresif (Stuart & Laraia, 2005).

Hipotalamus adalah area yang terdapat pada batang otak. Berfungsi sebagai sistem alarm otak. yang akan mempengaruhi pengeluaran hormon steroid. Peningkatan hormon steroid akan menyebabkan potensi terjadinya kekerasan (Stuart & Laraia, 2005). Hipotalamus

akan meningkatkan stimulus untuk meningkatkan pengeluaran hormon steroid akibat adanya peningkatan stressor akibat berbagai keadaan misalnya riwayat perilaku kekerasan. Akibat stimulus berulang, sistem berespon lebih hebat. Hal ini dapat merupakan alasan mengapa trauma saat kanak-kanak dapat menetap sebagai salah satu faktor yang dapat meningkatkan resiko perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Neurotransmitter otak seperti serotonin, dopamin, norepineprin, dan acetylcholin berhubungan dengan perilaku kekerasan. Neurotransmitter merupakan zat kimia otak yang mentransmisikan dari dan ke neuron melewati sinaps, yang menyebabkan komunikasi antar struktur otak. Peningkatan atau penurunan substansi ini dapat mempengaruhi perilaku termasuk perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Dari penjelasan diatas faktor predisposisi biologis perilaku kekerasan yaitu gangguan pada sistem limbik, lobus frontal, hipotalamus dan neurotransmitter.

Penilaian terhadap adanya gangguan pada sistem limbik, lobus frontal dan neurotransmitter memerlukan peralatan khusus, biaya yang mahal dan waktu yang lama. Untuk itu faktor penyebab biologis dikaitkan dengan diagnosa medik dan gejala yang dialami oleh klien terkait dengan aspek biologis. Kerusakan sistem limbik, lobus frontal dan

ganglia basal mempunyai hubungan yang erat dengan diagnosis Skizoprenia (Kaplan & Saddock, 2005). Penelitian yang dilakukan terhadap otak individu dengan Skizoprenia ditemukan bahwa terdapat abnormalitas struktur anatomi otak, fungsi dan neurotransmitter (Stuart & Laraia, 2005). Perubahan perilaku termasuk perilaku agresif yang terjadi pada Skizoprenia dihubungkan dengan adanya lesi pada lobus frontal, temporal, sistem limbik dan disregulasi neurotransmitter (Stuart & Laraia, 2005).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan dan agresif yang terjadi pada Skizoprenia dihubungkan dengan adanya abnormalitas pada struktur, fungsi dan neurotransmitter otak.

Karakteristik biologis lain yang berhubungan dengan perilaku kekerasan yaitu riwayat penggunaan NAPZA dan frekuensi dirawat . Menurut Citrome & Volavka (2002, dalam Saladino, 2007) perilaku agresif dan perilaku kekerasan dipengaruhi oleh penggunaan alkohol, cocain, phencyclidine atau amphetamine. Penggunaan NAPZA berdampak pada fungsi otak, mempengaruhi terapi dan perawatan yang diberikan. Penelitian yang dilakukan oleh Soliman dan Reza (2001, dalam Stuart dan Laraia, 2005), menyebutkan bahwa prevalensi perilaku kekerasan 12 kali lebih besar pada pengguna alkohol dan ketergantungan, serta 16 kali lebih besar pada ketergantungan obat.

Frekuensi dirawat menunjukkan seberapa sering individu dengan perilaku kekerasan mengalami kekambuhan. Perilaku kekerasan pada Skizoprenia sering terjadi karena penyakit yang tidak terkontrol, putus obat, kecemasan karena kegagalan dalam mengerjakan sesuatu atau situasi yang mencetuskan perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan karakteristik biologis yang berhubungan dengan perilaku kekerasan yaitu riwayat penggunaan NAPZA dan frekuensi dirawat.

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu kehilangan (Keliat & Sinaga, 1991), kegagalan sehingga berakibat frustrasi (Stuart & Laraia, 2005), penguatan dan dukungan terhadap perilaku kekerasan (Townsend, 1996), korban kekerasan secara fisik dan terpapar perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Kehilangan adalah situasi dimana individu kehilangan sesuatu yang tadinya dimiliki, seperti kehilangan fungsi tubuh karena penyakit tertentu, kehilangan orang atau benda yang dicintai dan kehilangan peran sosial. Jika individu tidak berhasil menerima kehilangan dapat berakibat perilaku kekerasan.

Kegagalan adalah suatu upaya yang tidak mencapai tujuan , seperti kegagalan dalam sekolah, kegagalan pernikahan dan kegagalan dalam bekerja (PHK atau bangkrut dalam usaha). Kegagalan sering diartikan oleh individu dengan ketidakmampuan. Respon yang muncul pada individu yang mengalami kegagalan dapat berupa menyalahkan diri sendiri atau orang lain, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.

Penguatan atau dukungan terhadap perilaku kekerasan seperti memberikan pujian atau hadiah saat anak melakukan perilaku kekerasan, akan berdampak munculnya pemikiran bahwa perilaku kekerasan merupakan hal yang baik. Contohnya tindakan memberikan roti saat anak tempertantrum atau memuji anak jagoan setelah berkelahi.

Riwayat kekerasan dapat berupa korban perilaku kekerasan atau terpapar perilaku kekerasan. Korban perilaku kekerasan artinya mendapat perlakuan kekerasan seperti dipukul, dicubit, dibentak atau dihina. Terpapar perilaku kekerasan yaitu sering melihat perilaku kekerasan misalnya tontonan televisi dengan kekerasan, orang tua berkelahi didepan anak, informasi penuh kekerasan. Hal ini membuat individu belajar bahwa perilaku kekerasan merupakan solusi dalam pemecahan masalah.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa faktor predisposisi psikologis terjadinya perilaku kekerasan yaitu kehilangan, kegagalan,

penguatan dan dukungan terhadap perilaku kekerasan dan riwayat kekerasan.

3) Faktor sosialkultural spiritual

Faktor sosialkultural dan spiritual menjelaskan pengaruh lingkungan sosial, budaya dan nilai terhadap terjadinya perilaku kekerasan. Faktor sosial adalah aspek yang dimiliki individu yang terdiri dari konsep diri, hubungan interpersonal, peran, budaya lingkungan dan keluarga, sehingga dapat menjalankan fungsinya dalam masyarakat (Rawlins, William & Beck, 1993). Faktor spiritual yaitu nilai atau keyakinan individu terhadap ekspresi perilaku kekerasan (Keliat & Sinaga, 1991).

Kemampuan hubungan interpersonal yang tidak adekuat seperti saling tidak percaya, tidak mendapatkan dukungan, kemampuan komunikasi yang tidak lancar dalam lingkup keluarga maupun masyarakat akan meningkatkan kejadian kekerasan (Stuart & Sundeen, 1995).

Lingkungan masyarakat dan keluarga dengan budaya yang mendukung keterbukaan penyampaian marah disertai dengan pengalaman sebagai korban kekerasan, maka kekerasan dianggap sebagai cara yang diizinkan dalam mengungkapkan marah (Stuart & Sundeen, 1995).

Kepercayaan (spiritual), nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah individu (Keliat & Sinaga, 1991). Keyakinan akan membantu individu untuk memilih ekspresi kemarahan yang diperbolehkan.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa budaya marah, adanya riwayat perilaku kekerasan, kemampuan hubungan interpersonal dan kepercayaan yang diyakini merupakan aspek sosial budaya dan spiritual yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan.

Karakteristik sosial lain yang berhubungan dengan perilaku kekerasan yaitu jenis kelamin. Jenis kelamin didefinisikan dengan ciri-ciri fisik, karakter dan sifat yang berbeda (Stuart & Laraia, 2005). Laki-laki lebih sering melakukan perilaku agresif (Stuart & Laraia, 2005). Penelitian yang dilakukan Keliat (2003) menyebutkan karakteristik jenis kelamin berhubungan dengan kejadian perilaku kekerasan verbal (*p value* 0,001), dimana jenis kelamin laki-laki mempunyai risiko lebih besar melakukan perilaku kekerasan.

Dari uraian diatas disimpulkan bahwa jenis kelamin berhubungan dengan kejadian perilaku kekerasan, dan kejadiannya lebih sering pada laki-laki.

4) Faktor lingkungan rumah sakit

Perilaku kekerasan tidak hanya disebabkan aspek biopsikososiospiritual, tetapi dapat pula disebabkan oleh faktor yang ada di ruang rawat Rumah Sakit Jiwa. Nijman et al., (1999, dalam Stuart & Laraia, 2005) mengemukakan suatu model yang dapat dikembangkan bagi intervensi perilaku kekerasan di ruang rawat dengan menyertakan tiga faktor yang saling berhubungan sebagai

penyebab pasien berperilaku agresif di ruang rawat psikiatri, yaitu variabel ruangan, pasien, dan petugas.

a) Faktor ruangan (lingkungan)

Berada pada ruang yang terkunci, terpisah atau terikat, ruangan terlalu padat, tidak ada istirahat, tidak ada privasi dan kegiatan yang tidak terprogram dapat memicu terjadinya perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

b) Faktor pasien

Faktor ini disebabkan oleh klien lain di sekitar. Misalnya kata-kata yang membuat marah, memperebutkan barang, atau adanya agresi fisik dari pasien lain (Stuart & Laraia, 2005).

c) Faktor petugas (perawat)

Faktor petugas antara lain ketidaktahuan akan tujuan tindakan atau aturan-aturan ruangan, staf yang kurang berpengalaman, aturan ruangan yang tidak jelas (Stuart & Laraia, 2005).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap perilaku kekerasan yaitu kondisi lingkungan rumah sakit, stimulus dari klien lain, dan sikap petugas.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus (stressor) yang merubah atau menekan sehingga memunculkan gejala saat ini (Stuart & Laraia, 2005). Faktor ini meliputi empat hal yaitu sifat stresor, asal stresor,

waktu stresor yang dialami, dan banyaknya stresor yang dihadapi oleh seseorang.

Sifat stresor meliputi biologis, psikologis dan sosiokultural spiritual. Faktor penyebab atau predisposisi baik berupa biologis, psikologis, atau sosiokultural dan spiritual dapat menjadi stresor munculnya gejala saat ini. Dari sifat stresor ini kemudian dikaji asal stresor, waktu stresor yang dialami, dan banyaknya stresor yang dihadapi oleh seseorang.

Asal stresor untuk mengkaji asal stresor, dari internal atau eksternal internal yaitu stresor yang berasal dari internal individu, sedangkan stresor eksternal yaitu stresor yang berasal dari luar individu /lingkungan (Stuart & Laraia, 2005).

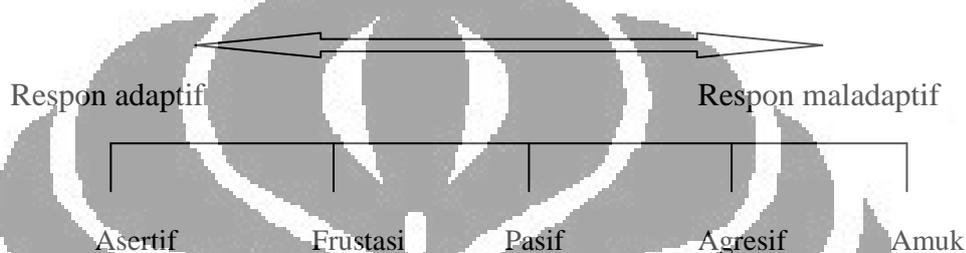
Jumlah stresor menggambarkan berapa banyak stresor yang dialami individu dalam suatu waktu, baik berupa stresor biologis, psikologis maupun sosialkultural dan spiritual (Stuart & Laraia, 2005). Waktu menggambarkan kapan, berapa lama, dan berapa kali individu terpapar stresor.

3. Rentang Perilaku Kekerasan

Setiap orang mempunyai kapasitas untuk menampilkan suatu bentuk perilaku ketika berhadapan dalam situasi yang menekan. Respon kemarahan dapat

berfluktuatif dalam rentang adaptif sampai maladaptif (Keliat & Sinaga, 1991). Rentang respon marah menurut Stuart dan Sundeen (1995) dijelaskan dalam skema 2.1 dimana amuk (perilaku kekerasan) dan agresif berada pada rentang maladaptif.

Skema 2.1 Rentang respon marah menurut Stuart dan Sundeen (1995)



a. Asertif

Asertif merupakan ungkapan rasa tidak setuju atau kemarahan yang dinyatakan atau diungkapkan tanpa menyakiti orang lain sehingga akan memberikan kelegaan dan tidak menimbulkan masalah (Keliat & Sinaga, 1991). Asertif merupakan bentuk perilaku untuk menyampaikan perasaan diri dengan kepastian dan memperhatikan komunikasi yang menunjukkan respek pada orang lain (Stuart & Laraia, 2005).

b. Frustrasi

Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan yang tidak realistis atau hambatan dalam pencapaian tujuan (Stuart & Sundeen, 1995). Frustrasi merupakan kegagalan individu mencapai tujuan yang diinginkan (Rawlins, William & Beck, 1993).

c. Pasif

Pasif merupakan kelanjutan dari frustrasi, dalam keadaan ini individu tidak menemukan alternatif lain penyelesaian masalah, sehingga terlihat pasif dan tidak mampu mengungkapkan perasaan (Keliat & Sinaga, 1991; Stuart & Sundeen, 1995).

d. Agresif

Agresif adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak destruktif tapi masih terkontrol. Perilaku yang tampak berupa muka masam, bicara kasar, menuntut, kasar (Keliat & Sinaga, 1991). Agresif yaitu perilaku mengancam dan memusuhi orang lain serta lingkungan (Rawlins, William & Beck, 1995).

e. Amuk (Perilaku kekerasan)

Amuk atau perilaku kekerasan yaitu perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri, sehingga individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Keliat & Sinaga, 1991).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku asertif berada dalam rentang adaptif sedangkan perilaku kekerasan berada dalam rentang maladaptif. Untuk memahami lebih lanjut tentang perilaku kekerasan dan asertif perlu dikaji tentang tanda dan gejala kedua perilaku tersebut.

4. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan dan Perilaku Asertif.

Dalam mengkaji individu dengan perilaku kekerasan dan perilaku asertif perlu dipahami tentang tanda dan gejala kedua perilaku, yang dapat dilihat secara kognitif, psikomotor, sosial dan fisik. :

a. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Menurut Stuart dan Laraia (2005), respon kognitif, psikomotor, sosial dan fisik perilaku kekerasan yaitu ;

1) Kognitif

Tanda kognitif ditemui adanya bingung (Stuart & Laraia, 2005), Tidak mampu memecahkan masalah, mendominasi, (Keliat & Sinaga, 1991), supresi pikiran (Boyd & Nihart, 1998).

2) Perilaku

Perilaku yang ditampilkan klien perilaku kekerasan yaitu agitasi motorik berupa bergerak cepat, tidak mampu duduk tenang, mengepalkan tangan, kata-kata menekan, memerintah, suara keras, (Stuart & Laraia, 2005), kekerasan fisik terhadap diri dan orang lain dan lingkungan (Morison, 1993).

3) Sosial

Tanda sosial perilaku kekerasan yaitu kata-kata menekan, memerintah, suara keras, (Stuart & Laraia, 2005), menyalahkan orang lain, membicarakan kesalahan orang, berkata kasar dan menolak hubungan dengan orang lain, mengejek, melanggar batas jarak personal saat interaksi (Rawlins, William & Beck, 1993), kekerasan verbal terhadap orang lain dan lingkungan (Morison, 1993).

4) Fisik

Respon fisik dari rasa marah dapat ditunjukkan dari adanya ketegangan tubuh, muka merah, dan sorot mata yang tajam (Rawlins, William & Beck, 1993), peningkatan nadi, nafas, dan tekanan darah, tatapan mata tajam, berkeringat (Boyd & Nihart, 1998).

b. Tanda dan Gejala Perilaku Asertif

Menurut Stuart dan Laraia (2005), respon kognitif, psikomotor, sosial dan fisik perilaku kekerasan yaitu :

1) Kognitif

Berpikir rasional, tidak ragu-ragu (Stuart & Laraia, 2005; Keliat & Sinaga, 1991), membuat alasan terhadap keputusan (Hunziker, 1977).

2) Sosial

Berbicara secara langsung pada orang lain, mampu menyampaikan permintaan dan menolak permintaan yang tidak rasional (Stuart & Laraia, 2005; Hunziker, 1977), mengekspresikan perasaan, mengekspresikan rasa setuju dan tidak setuju, mengekspresikan kemarahan secara konstruktif (Keliat & Sinaga, 1991), menyapa orang lain dan mengatakan “mengapa” (Hunziker, 1977). dan memperhatikan norma jarak personal (Stuart & Laraia, 2005).

3) Perilaku

Menyalurkan marah secara konstruktif (Vinick, 1971), berespon dengan segera (Hunziker, 1997).

4) Fisik

Kontak mata yang tepat, ekspresi wajah sesuai dengan pembicaraan (Hunziker, 1977), postur tubuh tegak dan relaks (Stuart & Laraia, 2005). Tanda vital normal (tekanan darah turun, respirasi normal), keringat tidak berlebihan.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa respon perilaku kekerasan dan perilaku asertif dapat dilihat dari tanda dan gejala secara kognitif, psikomotor (perilaku), fisik dan sosial.

5. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan

Diagnosa keperawatan merupakan kesimpulan klinis tentang individu, keluarga atau masyarakat dalam berespon terhadap stress (Stuart & Laraia, 2005). Menurut Nanda (2008), rumusan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi dua yaitu :

a. Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri.

Yang dimaksud dengan risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri yaitu individu beresiko untuk memunculkan perilaku yang membahayakan diri sendiri secara fisik, emosional dan atau seksual disebut dengan masalah risiko perilaku kekerasan terhadap diri Nanda (2008).

b. Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain.

Yang dimaksud dengan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain yaitu perilaku individu yang menunjukkan bahwa dia dapat secara fisik, emosi dan atau seksual berbahaya pada orang lain (Wilkinson, 2007).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan ditegakkan jika individu masih memunculkan tanda-tanda yang mengarah perilaku kekerasan, sedangkan jika tanda-tanda perilaku kekerasan kekerasan sudah aktual maka diagnosa yang ditegakkan adalah perilaku kekerasan.

C. TINDAKAN KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN

Menurut Stuart dan Laraia (2005) , tindakan yang dilakukan untuk mencegah dan mengelola perilaku agresif pada individu dengan perilaku kekerasan berada dalam suatu rentang.

1. Rentang Penanganan Perilaku Kekerasan

Rentang tindakan dimulai dari strategi preventif yaitu peningkatan kesadaran diri, edukasi klien dan Assertiveness Training. Strategi antisipasi yaitu strategi komunikasi, pengelolaan lingkungan, strategi perilaku, dan psikofarmakologi. Sedangkan strategi pengkekangan meliputi manajemen krisis, pengkekangan dan restrain (Stuart & Laraia, 2005).

a. Strategi preventif

Strategi preventif merupakan tindakan untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan. Strategi ini terdiri atas :

1) Peningkatan Kesadaran Diri

Penting bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan penggunaan diri untuk menolong orang lain. Perawat perlu mengenali stress personal yang dapat mempengaruhi kemampuan komunikasi secara

terapeutik. Kondisi seperti kelelahan, kecemasan, marah, kelelahan menghambat untuk memahami masalah klien dan akan mengurangi energi (Stuart & Laraia, 2005). Kesadaran akan keadaan dan kemampuan diri meningkatkan kemampuan perawat untuk menggunakan diri secara terapeutik.

2) Edukasi Klien

Melatih klien tentang cara komunikasi dan cara mengekspresikan marah secara tepat merupakan salah satu cara untuk mencegah perilaku agresif. Hal yang dilatih dalam edukasi yaitu membantu pasien mengidentifikasi marah, menyampaikan perasaan marah, melatih ekspresi marah, melatih ekspresi marah pada situasi riil, mengidentifikasi cara alternatif mengekspresikan marah, konfrontasi dengan sumber marah (Stuart & Laraia, 2005). Tindakan ini seperti yang dilakukan dalam terapi generalis perilaku kekerasan.

Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003) tentang Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan (PKPPK), menghasilkan standar terapi generalis pada klien dengan perilaku kekerasan. Standar terapi yang dimaksud yaitu dalam bentuk edukasi kepada klien dan keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan. Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan (PKPPK) memberi kemampuan melaksanakan empat cara mencegah terjadinya perilaku kekerasan yaitu dengan cara fisik, sosial, spiritual dan patuh obat (Keliat, 2003).

Pencegahan perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu pengetahuan dan kegiatan klien tentang pencegahan perilaku kekerasan secara fisik yang ditampilkan berupa nafas dalam serta memukul kasur dan bantal. Pencegahan dengan cara sosial yaitu pengetahuan dan kegiatan klien tentang pencegahan perilaku kekerasan secara sosial yang ditampilkan berupa cara meminta dan menolak permintaan orang lain dengan baik. Pencegahan dengan cara spiritual yaitu pengetahuan dan kegiatan klien tentang pencegahan perilaku kekerasan secara spiritual yang ditampilkan dengan melakukan minimal 2 kegiatan ibadah. Sedangkan pencegahan perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat yaitu pengetahuan dan kegiatan klien tentang pencegahan perilaku kekerasan dengan cara makan obat sesuai jenis, dosis, waktu dan cara.

3) *Assertiveness Training*

Melatih ketrampilan komunikasi asertif merupakan hal yang penting. Frustrasi interpersonal sering menyebabkan peningkatan perilaku agresif karena klien tidak mampu untuk membentuk perilaku asertif. Menurut Stuart dan Laraia (2005), yang termasuk dalam kemampuan perilaku asertif yaitu :

- a) Berkomunikasi secara langsung dengan orang lain.
- b) Mengatakan 'tidak' untuk permintaan yang tidak rasional.
- c) Mempunyai kemampuan untuk menyatakan ketidaksetujuan (komplain).

d) Mengekspresikan penghargaan secara tepat.

Dari uraian diatas menjelaskan bahwa *Assertiveness Training* termasuk salah satu strategi preventif yang dilakukan untuk klien mencegah terjadinya perilaku kekerasan kembali.

Selain *Assertiveness Training*, terapi spesialis yang diterapkan sebagai strategi preventif perilaku kekerasan yaitu terapi kognitif (*Cognitive Therapy*) dan *Cognitive Behavioral Therapy* (Wheeler, 2008).

Beck dan Weishar (1986 dalam Wheeler, 2008), mendefinisikan terapi kognitif sebagai proses kolaboratif menggali kondisi empiris, menguji realita dan pemecahan masalah antara terapist dan klien. Pada klien perilaku kekerasan yang mengalami distorsi kognitif diperlukan terapi kognitif untuk memahami bagaimana struktur pikiran klien.

Menurut Beck dan Weishar (1986 dalam Wheeler, 2008), *Cognitif Behavioral Therapy* (CBT) yaitu suatu jenis psikoterapi yang didasarkan pada struktur individu berbeda dalam merasakan, berpikir dan berperilaku (Wheeler, 2008). Terapi ini dapat digunakan untuk memahami bagaimana struktur pikiran dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa strategi preventif perilaku kekerasan yaitu peningkatan kesadaran diri perawat, edukasi, dan terapi spesialis *assertiveness training*, terapi kognitif dan CBT

b. Strategi Antisipasi

1) Strategi Komunikasi

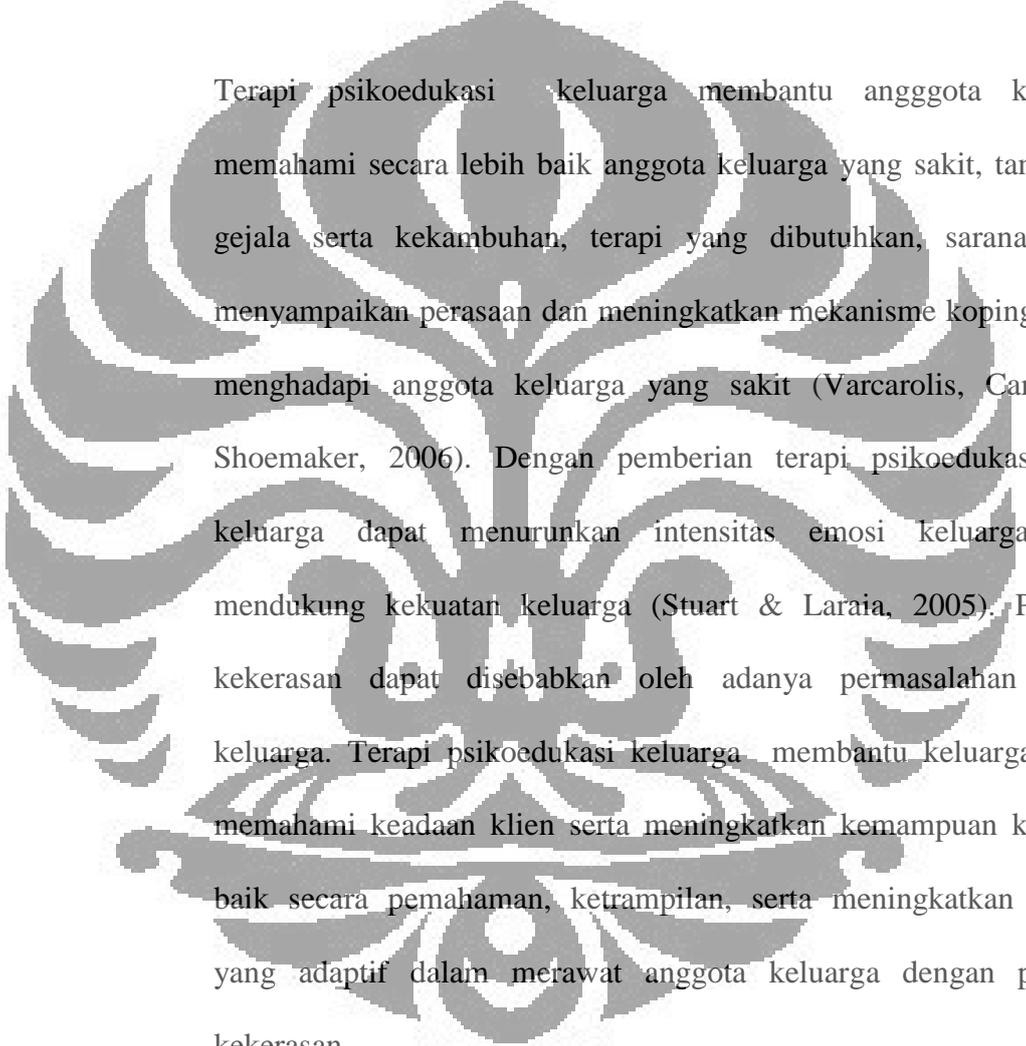
Pencegahan situasi krisis dapat dilakukan strategi komunikasi verbal dan nonverbal yang tepat. Berbicara dengan lembut dan suara rendah dapat membantu mengurangi agitasi. Komunikasi nonverbal berperan besar dalam perawatan seperti postur yang lembut dan relaks, kedua tangan terbuka tidak dimasukkan dalam saku menunjukkan perawat siap membantu, berdiri setara pasien, dan atur jarak aman dengan pasien minimal 1 – 3 kaki (Stuart & Laraia, 2005). Dari uraian tersebut mengindikasikan penerapan kemampuan komunikasi yang tepat mengurangi agresif.

2) Pengelolaan Lingkungan

Lingkungan yang dimaksud yaitu lingkungan rumah sakit maupun lingkungan keluarga. Lingkungan rumah sakit dapat menjadi stimulasi untuk berperilaku agresif seperti banyak rumah sakit jiwa yang menyediakan ruang makan yang terlalu penuh atau ruang perawatan yang terlalu penuh (Stuart & Laraia, 2005). ANA (2000, dalam Saladino, 2007) menyebutkan intervensi lingkungan pada klien perilaku kekerasan yaitu : menyeleksi ruang perawatan yang tepat dan

tidak terlalu ramai dan membuat jadwal kegiatan sehingga aktifitas menjadi teratur.

Strategi antisipasi lingkungan keluarga dilakukan dengan penerapan terapi spesialis psikoedukasi keluarga dan terapi *triangle*.



Terapi psikoedukasi keluarga membantu anggota keluarga memahami secara lebih baik anggota keluarga yang sakit, tanda dan gejala serta kekambuhan, terapi yang dibutuhkan, sarana untuk menyampaikan perasaan dan meningkatkan mekanisme koping dalam menghadapi anggota keluarga yang sakit (Vaccarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Dengan pemberian terapi psikoedukasi pada keluarga dapat menurunkan intensitas emosi keluarga serta mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005). Perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya permasalahan dalam keluarga. Terapi psikoedukasi keluarga membantu keluarga untuk memahami keadaan klien serta meningkatkan kemampuan keluarga baik secara pemahaman, ketrampilan, serta meningkatkan koping yang adaptif dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan.

Prinsip dari terapi *triangle* yaitu memandang bahwa hubungan dalam keluarga dipandang sebagai sistem segitiga yang saling berhubungan (*interlocking*) yaitu orang tua, anak, dan teman (orang ketiga). Jika ketegangan antar dua orang meningkat, maka diperlukan orang

ketiga untuk menurunkan ketegangan (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Pada klien perilaku kekerasan yang mengalami konflik dengan keluarga, mediasi perawat melalui terapi *triangle* diperlukan untuk mencari pemecahan masalah bersama sehingga ketegangan menurun.

3) Aktifitas penghilangan (*Cathartic Activity*)

Terdapat dua tipe aktifitas penghilangan yaitu secara fisik dan emosional. Secara fisik contohnya dengan latihan kerja atau olahraga. Secara emosional contohnya dengan menulis perasaan, nafas dalam, latihan relaksasi atau bercerita tentang perasaan (Stuart & Laraia, 2005).

4) Strategi Perilaku

Terapi perilaku (*behaviour therapy*) yaitu terapi suatu terapi yang ditujukan untuk membentuk pola perilaku baru, dengan meningkatkan ketrampilan perilaku yang sudah ada dan mengurangi perilaku yang tidak diinginkan (Stuart & Laraia, 2005). Beberapa prinsip manajemen perilaku untuk pasien dengan perilaku agresif yaitu : pembatasan perilaku, kontrak perilaku, pembatasan waktu, dan *token economy* (Stuart & Laraia, 2005).

Pembatasan perilaku dilakukan dengan cara klien diminta mengatakan perilaku yang diterima dan tidak diterima, kemudian perawat menjelaskan secara tepat rasional dan konsekuensi tindakan. Kontrak

perilaku dilakukan dengan cara perawat menyampaikan informasi secara detail perilaku yang diterima dan tidak diterima, serta konsekuensi bila kontrak tidak dilakukan.

Sedangkan *token economy* diberikan dengan cara memberikan hadiah atau penghargaan jika klien melakukan tindakan positif untuk mengurangi perilaku kekerasan. Penelitian oleh Le Page (1999 dalam Stuart & Laraia, 2005), menunjukkan bahwa pasien yang dirawat di rumah sakit dengan diberikan terapi *token economy*, secara signifikan menunjukkan penurunan signifikan terhadap perilaku kekerasan.

Dengan terapi perilaku ini, perilaku klien yang maladaptif dalam mengekspresikan kemarahan dikurangi dan ditingkatkan perilaku yang adaptif.

5) Psikofarmaka

Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan obat-obatan yang digunakan untuk mengatasi perilaku agresif yaitu antiansietas, sedatif, antidepresan, *mood stabilizer* dan antipsikotik. Hal yang penting dilakukan perawat untuk mempertimbangkan dalam membuat keputusan tentang cara memberikan pendidikan kesehatan pada klien atau keluarga tentang obat, cara pemberian obat dan efeknya serta berdiskusi dengan dokter (Boyd & Nihart, 1998).

Antipsikotik merupakan obat yang sering digunakan untuk perawatan agresi. Pada keadaan emergensi antipsikotik haloperidol dikombinasikan dengan benzodiazepam lorazepam. Kedua obat ini efektif untuk menurunkan agitasi dan dapat diberikan secara injeksi untuk menghasilkan aksi yang cepat (Stuart & Laraia, 2005 ; Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Pada keadaan ini peran perawat yaitu memberikan penjelasan pada klien tentang medikasi yang diberikan, yakinkan klien dalam keadaan aman dan sehingga obat dapat diberikan dengan aman pula, lakukan komunikasi dengan suara lembut, jelas dan terkontrol (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Pemberian antipsikotik tipikal mempunyai efek ekstrapiramidal yaitu mulut kering, parkinson, reaksi distonik, *akathisia*, *tardive dyskinesia*. Peran perawat dalam hal ini yaitu mendeteksi munculnya gejala ekstrapiramidal, memberikan penjelasan pada klien atau keluarga tentang kondisi yang dialami, mencegah efek lanjut dari sindrom ekstrapiramidal, serta mendiskusikan dengan medis untuk memberikan obat pencegahan sindrom ekstrapiramidal yaitu *trihexyphenidil* (THP), *biperidin* dan *diphenhidramine hydrochloride* (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perawat mempunyai peran yang penting dalam pemberian psikofarmaka yaitu memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tentang terapi tentan terapi (jenis obat, cara kerja, cara pemberian/cara minum dan efek

samping yang mungkin muncul), memberikan obat secara aman, dan mendeteksi munculnya efek samping obat .

c. Strategi Pembatasan

1) Isolasi dan restrain

Isolasi (*seclusion*) adalah pengasingan secara tidak disadari dimana klien ditempatkan sendiri dalam suatu ruangan yang dapat mencegah klien dari melarikan diri. Restrain fisik yaitu metode manual atau fisik atau mekanik untuk membatasi gerak pasien, sehingga pasien tidak bebas menggerakkan anggota tubuhnya. Restrain kimiawi yaitu dengan medikasi untuk membatasi gerak pasien yang dilakukan dalam kondisi darurat. Isolasi dan restrain menyebabkan pengekangan serta dapat membahayakan baik bagi pasien maupun staf yang melakukan sebaiknya tindakan ini hanya dilakukan sebagai intervensi darurat dan dipastikan keamanan pasien maupun staf terjaga (Stuart & Laraia, 2005).

2) Manajemen Krisis

Dalam kondisi krisis penanganan pasien perlu dilakukan dalam team baik perawat , medis maupun staf lain. Dalam tahap yang aktif manajemen krisis yang dilakukan yaitu restrain medikasi dan isolasi dan staf harus berespon cepat terhadap perilaku klien (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Dari uraian diatas didapatkan bahwa dalam menghadapi klien yang aktif melakukan perilaku kekerasan membutuhkan kerjasama tim dan ketrampilan dengan tetap memperhatikan keamanan klien.

D. ASSERTIVENESS TRAINING (AT)

1. Definisi Assertiveness Training

Keasertifan merupakan bertindak sesuai pilihan, berekspresi secara jujur dan nyaman, tanpa dan tanpa kecemasan (Kaplan & Saddock, 2005). Bregman (1984, dalam Fortinash, 2003) menyebutkan keasertifan yaitu jujur, langsung, ekspresi sesuai nilai diri, perasaan dan opini termasuk menggunakan bahasa tubuh yang sesuai, kontak mata, volume suara, dan postur tubuh yang mendukung.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa keasertifan yaitu merupakan perilaku sesuai pilihan, berekspresi secara langsung, jujur, tanpa kecemasan dengan menggunakan bahasa tubuh yang mendukung.

Assertiveness Training merupakan tindakan untuk melatih seseorang mencapai perilaku asertif (Kaplan & Saddock, 2005). *Assertiveness Training* merupakan program latihan perilaku untuk melatih seseorang menyampaikan kebutuhan, hak, dan menentukan pilihan tanpa mengabaikan hak orang lain (Forkas,1997). Menurut Hopkins (2005), *Assertiveness Training* yaitu terapi untuk melatih kemampuan seseorang untuk mengungkapkan pendapat, perasaan, sikap dan hak tanpa disertai adanya perasaan cemas. *Assertiveness Training* merupakan komponen dari terapi perilaku dan suatu proses dimana

individu belajar mengkomunikasikan kebutuhan, menolak permintaan dan mengekspresikan perasaan positif dan negatif secara terbuka, jujur, langsung, dan sesuai dengan pemahaman. Individu yang menggunakan respon asertif mempertahankan haknya dan respek terhadap hak dan harkat orang lain (Fortinash, 2003).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa *Assertiveness Training* merupakan terapi untuk melatih seseorang membentuk keasertifan sehingga mampu berperilaku asertif.

2. Indikasi *Assertiveness Training* (AT)

Assertiveness Training dapat diterapkan di beberapa seting baik di rumah sakit maupun dimasyarakat, pada berbagai kondisi.

Assertiveness Training diberikan pada kondisi individu tertekan, manipulatif dan agresif (Hopkins, 2005), keadaan depresi, marah, frustrasi, kecemasan, keterbatasan hubungan sosial, masalah fisik dan masalah dalam pola asuh (Barnette, 2008), riwayat perilaku kekerasan, kecemasan sosial (Kaplan & Sadok's, 2008) dan konsep diri rendah (Vinick, 1983).

Dari uraian diatas dapat dikatakan bahwa agresif, marah, frustrasi, riwayat perilaku kekerasan merupakan indikasi diberikannya *assertiveness training*.

Individu agresif dan perilaku kekerasan mengalami penurunan ketrampilan hubungan interpersonal, tidak mampu mengidentifikasi hak personal dan orang lain, dan mengalami hambatan untuk berperilaku asertif karena pikiran yang tidak rasional dan kemarahan (Vinick, 1983). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Vinick (1983), menyatakan bahwa pemberian *assertiveness*

training berpengaruh menurunkan perilaku agresif, sehingga perilaku asertif meningkat.

3. Tujuan *Assertiveness Training* (AT)

Tujuan akhir yang diharapkan pada pemberian *Assertiveness Training* yaitu membentuk rentang perilaku yang adaptif yaitu perilaku asertif (Kaplan & Saddock, 2005). Tujuan *Assertiveness Training* yaitu meningkatkan penilaian terhadap diri dan orang lain, meningkatkan harga diri, mengurangi kecemasan, meningkatkan kemampuan dalam membuat keputusan hidup, mengekspresikan sesuatu secara verbal dan nonverbal (Hopkins 2005), mengekspresikan kebutuhan dan hak (Forkas, 1997), melatih ketrampilan interpersonal dasar seseorang (Stuart & Laraia, 2005), mempelajari prosedur kognitif, afektif dan perilaku untuk meningkatkan kemampuan interpersonal, mengurangi penghalang secara kognitif dan afektif untuk berperilaku asertif seperti kecemasan, pikiran tidak rasional, perasaan bersalah dan marah. (Vinick, 1983).

Penelitian yang dilakukan Doyal, Ferqueson dan Rockwood (1971, dalam Vinick, 1983), berhasil menurunkan perilaku agresif dengan program kognitif *assertiveness training*, dimana program ini membantu individu memahami :

- (1) bahwa agresif merupakan bentuk perilaku yang harus dipahami, diterima, dimodifikasi dan dikontrol,
- (2) ekspresi marah untuk satu situasi belum tentu tepat untuk situasi yang lain dan
- (3) metode untuk mengatasi perilaku agresif dapat digunakan untuk menurunkan agresif secara lebih baik.

4. Prinsip *Assertiveness Training* (AT)

Prinsip yang diperhatikan dalam *Assertiveness Training* yaitu ketrampilan yang dilatih dan tehnik komunikasi yang digunakan.

a. Ketrampilan yang dilatih

Ketrampilan yang dilatih dalam *Assertiveness Training* yaitu melatih individu memahami perilaku asertif dan agresif, membantu mengidentifikasi hak personal dan orang lain, meningkatkan ketrampilan asertif melalui praktek secara langsung (Vinick, 1983), melatih kemampuan berkomunikasi secara langsung pada orang lain, mengekspresikan sesuatu dengan tepat (Stuart & Laraia, 2005), menyampaikan perasaan dan keinginan, mengekspresikan kemarahan (Forkas, 1997), mengatakan tidak untuk permintaan yang tidak rasional, kemampuan untuk menyampaikan komplain, opini dan kontradiksi (Stuart & Laraia, 2005; Forkas, 1997).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan ketrampilan yang dalam *Assertiveness Training* yaitu kemampuan memahami dan mengekspresikan sesuatu baik pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginan; mengekspresikan kemarahan, bagaimana berkata 'tidak', menyampaikan opini dan kontradiksi (ketidaksetujuan), serta mempraktekan perilaku dalam situasi yang nyata.

b. Tehnik Komunikasi

Tehnik komunikasi yang diperhatikan dalam pelaksanaan *Assertiveness Training* yaitu: gunakan bahasa tubuh yang asertif, menggunakan

pernyataan "saya" pernyataan ini berfokus pada problem bukan menyalahkan orang lain seperti "saya menyukai untuk menyampaikan cerita saya tanpa interupsi", menggunakan fakta bukan kesimpulan sepihak seperti "kamu membutuhkan kegiatan yang terencana", mengekspresikan pikiran, perasaan dan opini yang kita miliki, membuat penjelasan, berkata langsung dan meminta (Barnette, 2008).

Bahasa tubuh asertif yang perlu dilatih dalam *Assertiveness Training* yaitu kontak mata yang tepat, ekspresi wajah sesuai dengan pembicaraan (Hunziker, 1977) volume bicara sesuai (bermodulasi), postur tubuh tegak dan relaks, memperhatikan jarak terapeutik (Stuart & Laraia, 2005).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa dalam *Assertiveness Training* perlu diperhatikan kemampuan komunikasi nonverbal dan pilihan kata.

5. Kriteria Terapis

Assertiveness Training merupakan kombinasi dari latihan kognitif dan perilaku yang dilakukan perawat jiwa klinik lanjut (spesialis) (Wheeler, 2008). Sebelum melakukan *Assertiveness Training*, terapis harus memahami tentang perilaku asertif, agresif dan pasif. Dari pemahaman tentang hal tersebut dijadikan sebagai dasar menunjukkan model perilaku asertif, membantu klien pada sesi *role playing* dan meningkatkan ketrampilan sangat mempraktekkan perilaku asertif pada situasi yang lebih kompleks (Wheeler, 2008).

Dari uraian diatas menyebutkan bahwa kriteria terapis yang dapat melakukan *Assertiveness Training* yaitu perawat jiwa klinik lanjut (spesialis).

E. TEHNIK PELAKSANAAN ASSERTIVENESS TRAINING (AT)

Menurut Stuart dan Laraia (2005), klien dengan penurunan kemampuan perilaku asertif dapat berlatih secara individu maupun dalam program kelompok secara terstruktur. Dalam setting ini pasien dapat melihat contoh dari perawat kemudian melatih ketrampilan tertentu. Perawat memberikan umpan balik pada kemampuan pasien. Tugas mandiri atau latihan mandiri diberikan supaya pasien dapat berlatih ketrampilan yang diajarkan dengan pasien yang lain.

Menurut Skinner (1953, dalam Stuart & Laraia, 2005) untuk membentuk sebuah perilaku baru diperlukan tahapan-tahapan sehingga memberikan kesempatan kepada individu untuk mempelajari perilaku tersebut. Perilaku baru dapat dibentuk melalui meningkatkan perilaku yang diinginkan dan mengurangi perilaku yang tidak diinginkan. Meningkatkan perilaku yang diinginkan dengan tehnik reinforcement. Pengurangan perilaku dilakukan dengan tiga tehnik untuk mengurangi frekuensi perilaku yaitu dengan hukuman, akibat respon (misalkan dengan denda) dan penghilangan.

Dalam membentuk suatu perilaku asertif, tahapan yang digunakan menurut Stuart dan Laraia (2005) meliputi empat tahap yaitu :

- a. *Describing*, yaitu menggambarkan perilaku baru untuk dipelajari.

- b. *Learning*, yaitu belajar perilaku baru melalui petunjuk dan demonstrasi.
- c. *Practicing*, yaitu mempraktekkan perilaku baru dengan umpan balik.
- d. *Transferring*, menerapkan perilaku baru kedalam lingkungan yang nyata.

Sedangkan menurut Forkas (1997) tahapan *Assertiveness Training* meliputi empat tahapan yaitu :

- a. *Instruction* yaitu menjelaskan tujuan latihan dan perilaku.
- b. *Modelling* yaitu mencontohkan perilaku yang akan dilatih.
- c. *Role playing* yaitu berlatih perilaku yang dicontohkan dengan kelompok atau orang lain.
- d. *Feedback*, memberikan umpan balik terhadap perilaku baru yang telah dipraktekkan, mana yang baik, dan mana yang perlu ditingkatkan.

Sedangkan *Assertiveness Training* yang dilakukan dalam penelitian Vinick (1983) menggunakan lima tehnik yaitu :

- a. *Instruction, feedback* dan *coaching*

Instruction merupakan penjelasan secara verbal atau strategi yang akan digunakan. *Feedback* merupakan umpan balik kepada individu terhadap kemampuan verbal maupun nonverbal. Komponen nonverbal kontak mata, ekspresi wajah, volume suara, postur tubuh, dan jarak bicara. *Coaching* merupakan kombinasi *instruction* dan *feedback*, dimana therapist menyampaikan strategi, tehnik komunikasi dan *feedback*.

- b. *Reinforcement*, dengan memberikan reinforcement dapat meningkatkan perilaku positif melalui penguatan eksternal.

- c. *Modeling* disebut juga belajar melalui observasi, individu belajar perilaku baru tanpa tindakan aktual. Dengan belajar melalui melihat individu dapat berlatih perilaku baru.
- d. *Behavioral rehearsal*, yaitu individu akan berlatih mengulang perilaku baru.

Pelaksanaan *Assertiveness Training* dikembangkan berdasarkan prinsip ketrampilan yang harus dimiliki dalam *Assertiveness Training*. Berdasarkan penerapan *Assertiveness Training* yang telah dikembangkan sebelumnya, yaitu dari Forkas (1997), Stuart dan Laraia (2005) dan Vinick (1983), maka teknik pelaksanaan *Assertiveness Training* meliputi lima yaitu *Describing, modelling, role playing, feedback, transferring*.

Pembagian sesi-sesi pelaksanaan *Assertiveness Training* yang dikembangkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Vinick (1983) yaitu sesi satu : melatih klien memahami asertif, agresif dan kesopanan, sesi dua : membantu klien mengidentifikasi hak personal dan hak orang lain, sesi tiga : mengurangi hambatan kognitif dan afektif untuk perilaku asertif seperti kecemasan, marah, perasaan bersalah dan pikiran irasional serta sesi empat : meningkatkan ketrampilan perilaku asertif dalam situasi yang nyata dan mengobservasi model.

Sedangkan pembagian sesi-sesi pelaksanaan *Assertiveness Training* yang dikembangkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Forkas (1997) terbagi menjadi empat sesi yaitu:

- a. Sesi satu : menyampaikan perasaan, kebutuhan dan keinginan. Tujuannya yaitu untuk melatih klien memilih situasi dan menyampaikan makna secara tepat saat mengekspresikan perasaan, keinginan dan pilihan.
- b. Sesi dua : mengekspresikan kemarahan. Tujuannya yaitu melatih klien cara mengekspresikan marah secara tepat yang meliputi bagaimana, mengapa dan alternatif.
- c. Sesi tiga : mengatakan "tidak" untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan opini.
- d. Sesi empat : keterbukaan diri untuk membentuk autoritas. Tujuan yang diharapkan yaitu mengurangi ketakutan untuk melakukan keterbukaan diri.

Pelaksanaan *Assertiveness Training* yang dikembangkan dan diterapkan oleh mahasiswa spesialis keperawatan jiwa angkatan 1 dan 2 tahun 2008 dan 2009 meliputi empat sesi yaitu :

- a. Sesi satu : Meningkatkan adaptasi klien mengkomunikasikan perasaan, pikiran, dan kebutuhan terhadap situasi (cara meminta yang baik dan benar).
- b. Sesi dua : Perubahan asertif (cara menolak yang baik terhadap permintaan yang tidak logis).
- c. Sesi tiga : Perubahan asertif (cara mengekspresikan hal yang disukai dan yang tidak disukai secara asertif).
- d. Sesi empat : Mempertahankan perubahan asertif.

Survey yang dilakukan pada delapan belas klien risiko perilaku kekerasan di Ruang Utari RS Marzuki Mahdi Bogor oleh Sulastri (2008), *Assertiveness*

Training diterapkan pada 13 orang (72,2%). Hasil yang didapatkan yaitu dari 13 orang klien risiko perilaku kekerasan yang mendapatkan *Assertiveness Training* di tambah dengan terapi kognitif, *token economy*, *logotherapy*, psikoedukasi keluarga, *triangle therapy* menunjukkan peningkatan kemampuan berkomunikasi, perilaku yang baik, peningkatan kemampuan mencari pemecahan masalah dan perubahan pikiran menjadi positif, serta 10 orang klien berhasil pulang. Dari data diatas menunjukkan bahwa pemberian kombinasi *Assertiveness Training* akan meningkatkan kemampuan klien risiko perilaku kekerasan. Namun belum diketahui bagaimana pengaruh penerapan *Assertiveness Training* dengan terapi generalis perilaku kekerasan tanpa ditambah terapi spesialis yang lain.

Dari teori yang ada didapatkan bahwa *Assertiveness Training* dilakukan untuk melatih mengekspresikan kemarahan (Forkas, 1997), menerima diri sebagai orang yang mengalami marah, mengeksplorasi dalam menemukan alasan marah dan menyalurkan energi marah secara konstruktif (Keliat & Sinaga, 1996). Sehingga perlu ditambahkan sesi yang melatih kemampuan klien dalam mengekspresikan marah secara tepat.

Adapun tehnik pelaksanaan untuk masing-masing sesi perlu dilakukan secara bertahap tidak hanya *role playing* dan *modeling*, karena individu memerlukan tahapan untuk melakukan perubahan perilaku. Menurut Notoatmodjo (2003), tingkatan praktek terdiri dari: (1) persepsi, yaitu mengenal dan memilih obyek sehubungan dengan tindakan, hal ini dapat dilakukan dengan memberikan penjelasan dan gambaran tentang perilaku baru (*describing*) dan *modelling*; (2) respon terpimpin, yaitu kemampuan melakukan sesuatu dengan urutan yang

benar hal ini dapat dilakukan dengan *role playing*; (3) mekanisme, yaitu apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar dan secara otomatis ; (4) adaptasi, yaitu suatu praktek atau tindakan yang sudah baik dan dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan hal ini dilakukan melalui pemberian feedback dan transferring perilaku baru kedalam situasi nyata.

Dari uraian diatas dapat di ambil suatu kesimpulan bahwa untuk melakukan perubahan perilaku baru perlu tahapan menjelaskan, mencontohkan, berlatih, memberikan umpan balik dan menerapkan perilaku baru dalam situasi nyata.

Dimodifikasi dari penelitian dan teori Forkas (1997), Stuart dan Laraia (2005) dan Vinick (1983) serta *Assertiveness Training* yang dikembangkan dan diterapkan oleh mahasiswa spesialis keperawatan jiwa angkatan 1 dan 2 tahun 2008 dan 2009 diatas, maka pelaksanaan *Assertiveness Training* yang dilakukan dalam penelitian ini dibagi menjadi lima sesi yaitu :

a. Sesi satu : melatih kemampuan mengungkapkan pikiran dan perasaan.

Tujuannya : klien mampu mengidentifikasi pikiran dan perasaan dan mengungkapkan pikiran, perasaan dengan cara yang tepat. Pelaksanaan melalui tehnik *describing, modelling, role playing, feedback, transferring*.

b. Sesi dua: melatih kemampuan mengungkapkan keinginan dan kebutuhan.

Tujuannya : klien mampu mengidentifikasi kebutuhan (sesuatu yang memang diperlukan oleh klien) dan keinginan (sesuatu yang diinginkan tapi kurang diperlukan oleh klien) dan mampu mengungkapkan dengan cara yang

tepat. Pelaksanaan melalui teknik *describing, modelling, role playing, feedback, transferring*.

c. Sesi tiga : mengekspresikan kemarahan.

Tujuannya yaitu: mengidentifikasi penyebab marah, alasan, ekspresi marah yang biasa dilakukan dan dampaknya serta melatih klien cara mengekspresikan marah secara tepat yang meliputi bagaimana, mengapa dan alternatif. Pelaksanaan melalui teknik *describing, modelling, role playing, feedback, transferring*.

d. Sesi empat : mengatakan "tidak" untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan alasan.

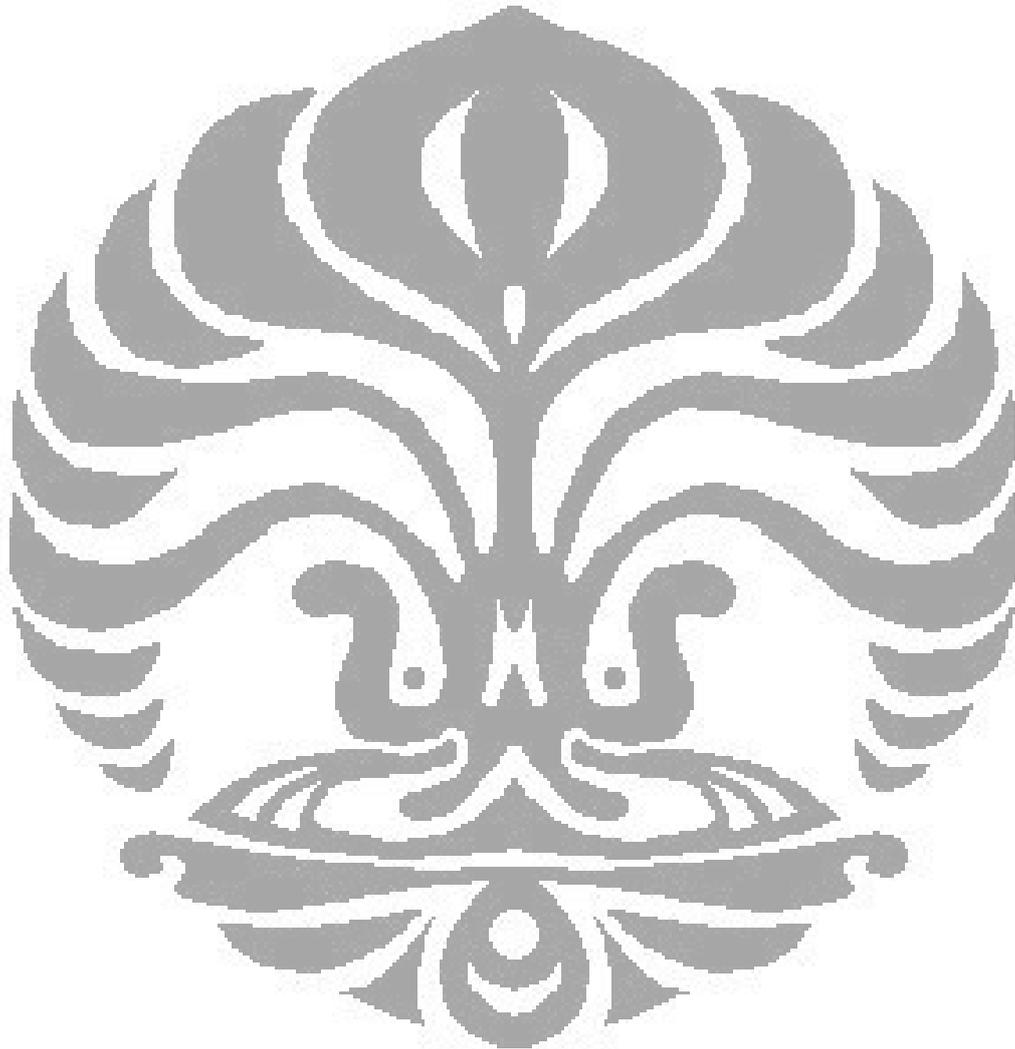
Tujuannya: melatih klien mengidentifikasi permintaan yang tidak rasional dan alasannya, mengidentifikasi cara biasa klien menolak dan dampaknya, mengatakan "tidak" untuk permintaan yang tidak rasional dan alasan secara asertif. Pelaksanaan melalui teknik *describing, modelling, role playing, feedback, transferring*.

e. Sesi lima : mempertahankan perubahan asertif dalam berbagai situasi.

Tujuannya: klien memahami perilaku asertif yang telah dilatih, memahami hambatan perilaku asertif, memahami manfaat perilaku asertif dan mempertahankan perilaku asertif pada situasi yang lain. Pelaksanaan melalui teknik *describing, transferring* dan *feedback*.

Evaluasi *Assertiveness Training* dilakukan pada tiap sesi untuk menilai kemampuan klien sesuai tujuan masing-masing sesi. Evaluasi meliputi penilaian

aspek verbal maupun non verbal. Evaluasi kemampuan klien pada tiap sesi didokumentasikan oleh perawat. Jika dari hasil evaluasi dan dokumentasi, klien mampu menyelesaikan satu sesi, maka akan dilanjutkan dengan sesi berikutnya. Secara lengkap pelaksanaan *Assertiveness Training* dijabarkan dalam modul *Assertiveness Training* pada lampiran 15.



BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam BAB ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

A. KERANGKA TEORI

Kerangka teori merupakan landasan penelitian. Kerangka teori disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB II. Kerangka teori terdiri dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi baik biologis, psikologis dan sosialkultural yang dapat menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005; Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Faktor predisposisi biologis perilaku kekerasan yaitu gangguan pada sistem limbik, lobus frontal, hipotalamus dan neurotransmitter (Stuart & Laraia, 2005; Djatmiko, 2008). Faktor psikologis yaitu kehilangan (Keliat & Sinaga, 1991), kegagalan (Stuart & Laraia, 2005), penguatan dan dukungan terhadap perilaku kekerasan (Townsend, 1996) dan riwayat kekerasan (Stuart & Laraia, 2005). Faktor sosial budaya dan spiritual yaitu budaya marah, adanya riwayat kekerasan, kemampuan hubungan interpersonal dan kepercayaan yang diyakini. Faktor lingkungan yaitu kondisi lingkungan rumah sakit, stimulus dari klien lain, dan sikap perawat (Stuart & Laraia, 2005).

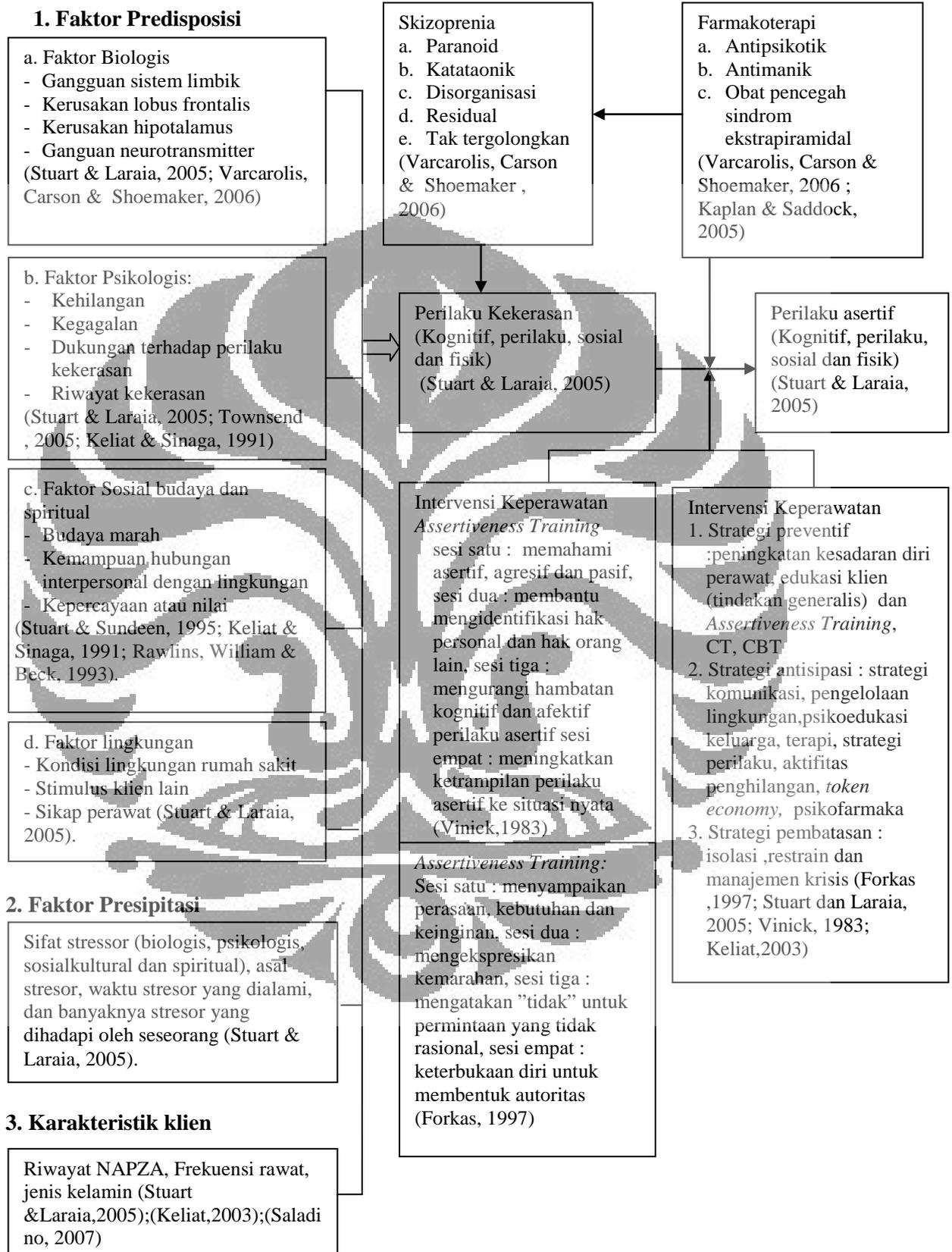
Faktor presipitasi meliputi empat hal yaitu sifat stresor, asal stresor, waktu stresor yang dialami, dan banyaknya stresor yang dihadapi. Faktor predisposisi baik berupa biologis, psikologis, atau sosiokultural dan spiritual dapat menjadi stressor munculnya gejala saat ini. Kemudian dikaji asal stresor, waktu stresor yang dialami, dan banyaknya stresor yang dihadapi. Karakteristik klien yang berhubungan dengan perilaku kekerasan yaitu jenis kelamin, riwayat kekerasan, tipe Skizoprenia dan frekuensi dirawat (Stuart & Laraia, 2005).

Tindakan dalam merawat individu dengan perilaku kekerasan yaitu dengan strategi preventif, strategi antisipasi dan strategi pengendalian. Salah satu terapi spesialis yang digunakan adalah *Assertiveness Training*. *Assertiveness Training* merupakan salah satu strategi preventif untuk melatih individu belajar mengkomunikasikan kebutuhan, menolak permintaan dan mengekspresikan perasaan positif dan negatif secara adaptif. Tujuan terapi ini yaitu perubahan perilaku dari agresif menjadi asertif.

Gambaran kerangka teori penelitian yang akan dilakukan berdasarkan pada teori-teori yang sudah dijelaskan sebelumnya, dapat dilihat pada skema 3.1

Skema 3.1 : Kerangka Teori Penelitian

Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan



B. KERANGKA KONSEP

Berdasarkan kajian secara teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka, maka dapat disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:

Variabel *independen* (bebas) dalam penelitian ini terdiri dari *Assertiveness Training*, sebagai intervensi kepada klien perilaku kekerasan. *Assertiveness Training* yang digunakan dikembangkan dari penelitian Vinick (1983), Forkas (1997) dan pengembangan mahasiswa spesialis keperawatan jiwa tahun 2008/2009. Penerapan *Assertiveness Training* dimodifikasi menjadi lima sesi meliputi sesi satu mengungkapkan pikiran dan perasaan, sesi dua mengungkapkan kebutuhan dan keinginan, sesi tiga mengekspresikan kemarahan, sesi empat mengatakan "tidak" untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan alasan serta sesi lima mempertahankan perubahan asertif dalam berbagai situasi nyata.

Variabel *dependen* (terikat) penelitian adalah perilaku kekerasan. Indikator perilaku kekerasan meliputi respon kognitif, perilaku, sosial dan fisik. Respon kognitif perilaku kekerasan meliputi ketidakmampuan memecahkan masalah, mendominasi, (Keliat & Sinaga, 1991), supresi pikiran (Boyd & Nihart, 1998).

Respon perilaku meliputi agitasi motorik berupa bergerak cepat, tidak mampu duduk tenang, mengepalkan tangan, (Stuart & Laraia, 2005), kekerasan fisik terhadap diri dan orang lain dan lingkungan (Morison, 1993) dan melanggar batas jarak personal saat interaksi (Rawlins, William & Beck, 1993).

Respon sosial perilaku kekerasan meliputi kata-kata menekan, memerintah, suara keras (Stuart & Laraia, 2005), menyalahkan orang lain, membicarakan kesalahan orang, berkata kasar dan menolak hubungan dengan orang lain dan mengejek (Rawlins, William & Beck, 1993), kekerasan verbal terhadap orang lain dan lingkungan (Morison, 1993).

Sedangkan respon fisik meliputi muka merah (Rawlins, William & Beck, 1993), peningkatan nadi, nafas, tatapan mata tajam dan berkeringat (Boyd & Nihart, 1998).

Variabel *confounding* yaitu jenis kelamin (Stuart & Laraia, 2005; Keliat, 2003), riwayat kekerasan, frekuensi dirawat (Stuart & Laraia, 2005) dan diagnosa medis (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada skema 3.2 :

Skema 3.2 : Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Bebas

	<i>ASSERTIVENESS TRAINING</i>
Sesi 1:	Mengungkapkan pikiran dan perasaan
Sesi 2:	Mengungkapkan kebutuhan dan keinginan
Sesi 3:	Mengekspresikan kemarahan
Sesi 4:	Mengatakan "tidak" untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan alasan
Sesi 5:	Mempertahankan perubahan asertif dalam berbagai situasi nyata.

Variabel Dependen

Perilaku Kekerasan
1. Kognitif
2. Perilaku
3. Sosial
4. Fisik

Variabel Dependen:

Perilaku Kekerasan
1. Kognitif
2. Perilaku
3. Sosial
4. Fisik

Variabel *Confounding* :

1. Jenis Kelamin
2. Riwayat kekerasan
3. Tipe Skizoprenia
4. Frekuensi dirawat

C. HIPOTESIS PENELITIAN

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- a. Ada perbedaan perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia yang mendapatkan *Assertiveness Training* di RSUD Banyumas.
- b. Ada perbedaan perilaku kekerasan antara klien Skizoprenia yang mendapatkan *Assertiveness Training* dengan klien yang tidak mendapatkan *Assertiveness Training* di RSUD Banyumas.
- c. Ada faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia di RSUD Banyumas.

D. DEFINISI OPERASIONAL

Variabel harus didefinisikan secara operasional agar lebih mudah dicari hubungannya antara satu variabel dengan yang lain dan juga pengukurannya.

Definisi operasional ialah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau "mengubah konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati dan yang dapat diuji dan ditentukan kebenarannya oleh orang lain.

Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian baik variabel *confounding*, *independen* dan *dependen* diuraikan pada tabel 3.1 :

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel *Confounding*, *Independen* dan *Dependen*

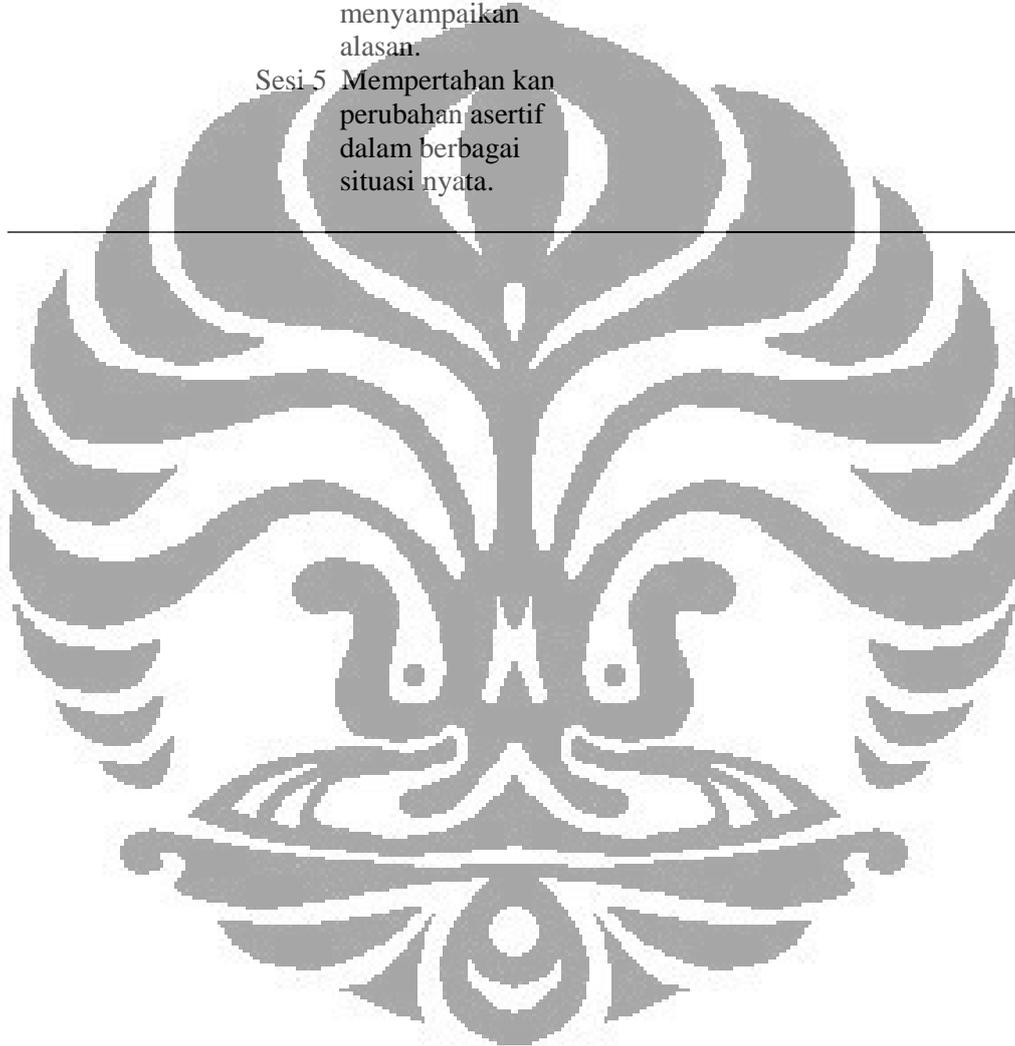
No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
A Variabel <i>Confounding</i>					
1.	Jenis kelamin	Merupakan perbedaan dari jenis kelamin klien	Wawancara tentang jenis kelamin klien	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
2.	Riwayat kekerasan	Adanya riwayat menjadi korban atau pelaku kekerasan baik fisik, verbal atau seksual yang pernah dialami responden	Wawancara tentang adanya riwayat kekerasan fisik, verbal maupun seksual.	1. Ada riwayat 2. Tidak ada riwayat	Nominal
3.	Frekuensi dirawat	Penjelasan berapa kali pasien di rawat di rumah sakit jiwa	Wawancara tentang frekuensi dirawat di Rumah Sakit Jiwa	1. 1 x 2. 2 x 3. 3x/lebih	Interval
4.	Tipe Skizoprenia	Tipe Skizoprenia yang dialami klien	Studi dokumentasi tentang diagnosa medik klien	1. Paranoid 2. Skizoprenia lainnya	Nominal
B. Variabel <i>Dependen</i>					
5.	Perilaku kekerasan	Respon negatif terhadap stressor yang dialami baik secara kognitif perilaku, sosial maupun fisik	Respon kognitif dengan kuisioner. Respon perilaku, sosial dan fisik dengan observasi.	Jumlah skor perilaku, sosial dan kognitif (15-60) Jumlah skor fisik (5-10)	Interval
Sub Variabel					
a.	Respon kognitif	Respon negatif terhadap stressor yang dialami secara kognitif meliputi ketidakmampuan menyelesaikan masalah, supresi pikiran dan tidak memahami tentang kemarahan	Alat ukur dengan kuisioner. Penilaian dengan memilih jawaban dengan skala likert (4 pilihan) Penilaian 4(SS), 3(S), 2(TS dan 1(STS).	Jumlah skor respon kognitif (5-20)	Interval
b.	Respon perilaku	Respon negatif terhadap stressor yang dialami secara perilaku	Alat ukur dengan lembar observasi. Penilaian dengan	Jumlah skor respon kognitif	Interval

		meliputi : melakukan kekerasan secara fisik terhadap orang lain, melakukan kekerasan fisik terhadap lingkungan dan agitasi motorik	memilih jawaban (5-20) dengan skala likert (4 pilihan). Penilaian 4(Selalu), 3(Sering), 2(Kadang-kadang) dan 1(Tidak pernah).		
c.	Respon sosial	Respon negatif terhadap stressor yang dialami secara sosial meliputi: kekerasan verbal terhadap orang lain, kekerasan verbal terhadap lingkungan dan melanggar jarak personal (jarak bicara < 60 cm).	Alat ukur dengan lembar observasi. Penilaian dengan memilih jawaban dengan skala likert (4 pilihan) Penilaian 4(Selalu), 3(Sering), 2(Kadang-kadang) dan 1(Tidak pernah)	Jumlah skor respon kognitif (5-20)	Interval
d.	Respon fisik	Penilaian negatif terhadap stressor yang dialami secara fisik meliputi: 1) Peningkatan frekuensi pernafasan 2) Peningkatan frekuensi nadi 3) Peningkatan produksi keringat (kulit lembab) 4) pandangan mata tajam 5) muka merah.	Alat ukur dengan lembar observasi. Penilaian dengan memilih dua jawaban ya atau tidak Cara penilaian : 2. Jika meningkat 1. Jika tidak 2. jika meningkat. 1. jika tidak 2. Jika kulit lembab 1. Jika normal 2. Jika ya 1. Jika tidak. 2. Jika ya 1. Jika tidak.	Skor respon fisik (5-10)	Interval

C Variabel Independen

6.	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan membantu klien meningkatkan kemampuan perilaku asertif terdiri dari 5 sesi :	Checklist lembar observasi	1. Dilakukan <i>Assertiveness Training</i> 2. Tidak dilakukan	Nominal
----	--	----------------------------	---	---------

	Sesi 1 : Mengungkapkan pikiran dan perasaan	<i>Assertiveness Training</i>
<i>Assertiveness Training (AT)</i>	Sesi 2 : Mengungkapkan kebutuhan dan keinginan	
	Sesi 3: Mengekspresikan kemarahan	
	Sesi 4: Mengatakan "tidak" untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan alasan.	
	Sesi 5 Mempertahankan perubahan asertif dalam berbagai situasi nyata.	



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Burn dan Grove (1991, dalam Notoatmojo, 2005) , menyebutkan bahwa desain/ rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian.

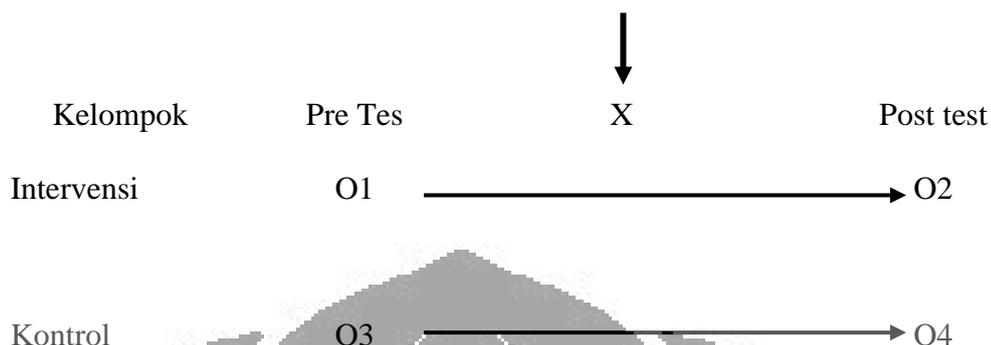
Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi experimental pre-post test with kontrol group*" dengan intervensi *Assertiveness Training*.

Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa *Assertiveness Training*. Penelitian juga membandingkan perbedaan perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia yang ada di RSUD Banyumas yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1. Kelompok I adalah kelompok klien yang diberikan terapi generalis dan terapi spesialis individu : *Assertiveness Training* sebanyak 5 sesi.
2. Kelompok II adalah kelompok klien yang diberikan terapi generalis tanpa pemberian terapi spesialis individu : *Assertiveness Training*

Hal ini sesuai dengan pendapat Sasroasmoro dan Ismail (2002) bahwa pada penelitian eksperimen peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensi.

Tabel 4.1

Rancangan Penelitian *Pre-Post Test Control Group***Keterangan:**

X : Intervensi *Assertiveness Training*

O1 : Perilaku kekerasan klien Skizoprenia pada kelompok intervensi sebelum mendapat perlakuan terapi *Assertiveness Training*.

O2 : Perilaku kekerasan klien Skizoprenia kelompok intervensi sesudah mendapat perlakuan *Assertiveness Training*.

O3 : Perilaku kekerasan klien Skizoprenia kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat perlakuan *Assertiveness Training*.

O4 : Perilaku kekerasan klien Skizoprenia kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat perlakuan *Assertiveness Training*.

O2-01 : Perbedaan perilaku kekerasan klien Skizoprenia setelah dilakukan *Assertiveness Training* pada kelompok intervensi.

O4-03 : Perbedaan perilaku kekerasan klien Skizoprenia pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat perlakuan *Assertiveness Training*.

O1-03 : Perilaku kekerasan klien Skizoprenia sebelum dilakukan *Assertiveness Training* pada kelompok kontrol dan intervensi.

02-04 : Perbandingan perilaku kekerasan klien Skizoprenia antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan *Assertiveness Training*.

B. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi yaitu keseluruhan individu yang menjadi acuan hasil-hasil penelitian yang akan berlaku (Lemeshow, et al, 1997). Menurut Arikunto (2000 dalam Notoatmodjo, 2005) populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang akan diteliti. Populasi akan menjadi target pada penelitian ini adalah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan yang dirawat di Ruang Samiaji dan Yudistira RSUD Banyumas pada bulan April-Mei 2009. Jumlah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di Ruang Samiaji dan Yudistira dengan masalah perilaku kekerasan dalam 1 bulan berjumlah 86 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2005; Supriyanto, 2007).

Sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah klien Skizoprenia dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

a. Usia 18 – 60 tahun

b. Bersedia jadi responden

Kesediaan menjadi responden, ditandatangani oleh orang tua atau penanggung jawab klien.

c. Diagnosa keperawatan perilaku kekerasan.

d. Klien merupakan pasien baru yang sudah melewati fase krisis dengan tanda tidak gelisah (sudah tenang) dan tidak diikat.

Berdasarkan hasil perhitungan uji pendugaan perbedaan antara dua rata-rata berpasangan dengan derajat kemaknaan 5%, kekuatan uji 95% dan uji hipotesis satu sisi (Lemeshow,dkk, 1997). Hasil perhitungan besar sampel yaitu sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^{2(1-\alpha/2)} (2 \cdot \sigma^2)}{d^2}$$

Keterangan:

n : besar sampel

$Z^{2(1-\alpha/2)}$: nilai Z pada derajat kemaknaan 1,96 jika ($\alpha = 0,05$),

d : presisi/ penduga (4 point).

σ : Standar deviasi = 8,3 (penelitian sebelumnya)

$$n = \frac{1,96^2 (2 \cdot 8,3^2)}{4^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 137,78}{16}$$

$$n = \frac{529,29}{16} = 33$$

Berdasarkan perhitungan rumus diatas, maka besar sampel yaitu 33 responden. Untuk mengantisipasi adanya *drop out*, maka jumlah sampel ditambah 10% (3) menjadi 36. Sampel total untuk kelompok intervensi dan kontrol 72. Tehnik pengambilan sampel yang digunakan *total sampling*. Tehnik pengambilan sampel dengan metode *total sampling* yaitu semua populasi yang memenuhi kriteria diambil sebagai sampel. Sampel yang

digunakan dalam penelitian ini yaitu pasien baru yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria sejumlah 76 responden, dua responden drop out karena tidak mengikuti *Assertiveness Training* sampai selesai sedangkan dua orang pada kelompok kontrol drop out karena klien pulang sebelum dilakukan post tes. Sehingga total sampel penelitian ini 72 responden.

Sampel terbagi menjadi dua kelompok intervensi dan kontrol, dengan tehnik *random sampling*. Responden dengan nomor ganjil masuk dalam kelompok intervensi, sedangkan nomor genap masuk dalam kelompok kontrol. Pengambilan sampel untuk dua ruangan tersebut disesuaikan jumlah klien Skizoprenia dengan masalah perilaku kekerasan yang dirawat. Gambaran pengambilan sampel terdapat dalam tabel 4.2

Tabel 4.2
Rancangan Pengambilan Sampel Penelitian
Pre-Post Test Control Group

Kelompok	Ruangan	
	Samiaji	Yudistira
Intervensi	26 orang	10 orang
Kontrol	26 orang	10 orang

C. TEMPAT PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Ruang Samiaji dan Yudistira yang merupakan salah satu Rumah Sakit Umum yang membuka pelayanan rawat inap psikiatri di wilayah Jawa Tengah Selatan. Rumah sakit ini

merupakan rumah sakit pendidikan, terbuka terhadap inovasi baru serta mudah diakses oleh masyarakat.

D. WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilakukan pada tanggal 20 April sampai 20 Mei 2009 (5 minggu), dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data dan intervensi, pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Lama pengumpulan data dan intervensi untuk tiap responden pada kelompok intervensi maupun kontrol 9 hari.

E. ETIKA PENELITIAN

Salah satu bentuk tanggung jawab mendasar bagi peneliti sebelum melakukan penelitian adalah melakukan uji etik penelitian kepada Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Hal ini dibuktikan dengan adanya keterangan lolos uji etik penelitian dari komite etik (lampiran 8).

Peneliti memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian selama pelaksanaan penelitian. Prinsip pertama mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi terbuka dan berkaitan dengan penelitian serta bebas menentukan pilihan atau bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti (lampiran 2). Karena responden adalah klien gangguan jiwa, maka persetujuan ditandatangani oleh keluarga atau penanggung jawab. Namun responden tetap diberikan penjelasan tentang terapi yang akan diberikan dan manfaatnya.

Prinsip kedua tidak menampilkan informasi nama dan alamat asal responden dalam kuisisioner dan alat ukur untuk menjamin anonimitas (*anonymous*) dan kerahasiaan (*confidentiality*), untuk itu peneliti menggunakan kode responden. Kode yang digunakan yaitu I.1 untuk kelompok intervensi responden pertama dan dilanjutkan nomor berikutnya. Kode K.1 untuk kelompok kontrol pertama dan dilanjutkan nomor berikutnya.

Prinsip ketiga merupakan konotasi keterbukaan dan keadilan (*justice*) dengan menjelaskan prosedur penelitian dan memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Demi kelancaran pelaksanaan Terapi *Assertiveness Training* pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan, maka terapi dilakukan dalam 5 kali pertemuan dan untuk tiap pertemuan dilakukan selama 30-45 menit sehingga tidak menimbulkan kejenuhan pada klien. Pada kelompok intervensi diberikan tindakan keperawatan berupa terapi generalis perilaku kekerasan dan terapi *Assertiveness Training* kemudian dievaluasi sesuai dengan format evaluasi. Sedangkan pada kelompok kontrol diberikan terapi generalis perilaku kekerasan tanpa terapi *Assertiveness Training*, kemudian dievaluasi sesuai dengan format evaluasi. Tindakan yang dilakukan pada kelompok kontrol sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang diberikan oleh ruangan kepada klien dengan perilaku kekerasan, sehingga penelitian sesuai standar asuhan keperawatan yang sudah ada. Setelah pos tes, kelompok kontrol diberikan penjelasan secara umum terapi *Assertiveness Training* dengan menggunakan media leaflet.

Prinsip keempat adalah memaksimalkan hasil yang bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal merugikan (*maleficence*) dengan melakukan tindakan terapi

Assertiveness Training sesuai standar pelaksanaan untuk mengatasi perilaku kekerasan klien.

F. ALAT PENGUMPULAN DATA

Instrumen untuk pengumpulan data pre tes dan pos tes menggunakan lembar pertanyaan (kuisisioner) dan observasi sebagai berikut:

1. Instrumen sosiodemografi responden

Instrumen sosiodemografi berupa kuisisioner (lampiran 3) berisi 8 pertanyaan meliputi kode responden, jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir pasien, pekerjaan, status perkawinan, tipe Skizoprenia, frekuensi dirawat dan riwayat kekerasan. Responden yang memenuhi kriteria inklusi maka perawat yang menemui pertama kali melakukan pengkajian kepada keluarga dengan lebih dahulu memberikan informasi dan lembar persetujuan.

2. Instrumen perilaku kekerasan klien.

Instrumen pengukuran perilaku kekerasan meliputi lembar observasi untuk mengukur respon perilaku, sosial dan fisik. Lembar observasi diisi oleh tim observer pada satu shift jaga dibantu perawat jaga ruangan berdasarkan hasil observasi saat itu dan informasi perawat jaga shift pagi, sore dan malam. Sedangkan respon kognitif diukur dengan lembar kuisisioner. Lembar kuisisioner diisi oleh tim observer dibantu perawat jaga ruangan. Pengisian kuisisioner dilakukan dengan mengajukan pertanyaan kepada klien.

Lembar observasi respon perilaku berisi lima pertanyaan tentang perilaku kekerasan secara fisik terhadap orang lain, kekerasan fisik terhadap

lingkungan, agitasi dan ketegangan motorik, serta pelanggaran jarak dalam interaksi (lampiran 4). Penilaian menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 pilihan jawaban yaitu 4 (selalu), 3 (sering), 2 (kadang-kadang) dan 1 (tidak pernah).

Jumlah skor respon perilaku minimum 5, dan skor maksimum 20. Penggolongan skor respon perilaku dibagi menjadi 3 yaitu ringan dengan skor 5 sampai 10, sedang dengan skor 10 sampai 15 dan tinggi dengan skor 15 sampai 20. Kisi-kisi instrumen untuk mengukur respon perilaku yaitu :

- a. Kekerasan fisik terhadap lingkungan: pernyataan 1
- b. Kekerasan terhadap orang lain: pernyataan 2
- c. Agitasi dan ketegangan motorik : pernyataan 3 dan 5.
- d. Pelanggaran jarak dalam interaksi : pertanyaan 4

Lembar observasi respon sosial berisi lima pertanyaan tentang kekerasan verbal terhadap orang lain dan kekerasan verbal terhadap lingkungan (lampiran 5). Penilaian menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 pilihan jawaban yaitu 4 (selalu), 3 (sering), 2 (kadang-kadang) dan 1 (tidak pernah).

Jumlah skor respon sosial minimum 5, dan skor maksimum 20. Penggolongan skor respon sosial dibagi menjadi 3 yaitu ringan dengan skor 5 sampai 10, sedang dengan skor 10 sampai 15 dan tinggi dengan skor 15 sampai 20. Kisi-kisi instrumen untuk mengukur respon sosial yaitu :

- a. Kekerasan verbal terhadap orang lain : pernyataan 2,3,4
- b. Kekerasan verbal terhadap lingkungan : pernyataan 1,5

Lembar kuisisioner berisi lima pertanyaan tentang ketidakmampuan menyelesaikan masalah, supresi pikiran dan tidak memahami tentang kemarahan (lampiran 6). Penilaian dengan menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 pilihan jawaban yaitu 4 (sangat setuju), 3 (setuju), 2 (tidak setuju) dan 1(sangat tidak setuju).

Jumlah skor respon kognitif minimum 5, dan skor maksimum 20. Penggolongan skor respon kognitif dibagi menjadi 3 yaitu ringan dengan skor 5 sampai 10, sedang dengan skor 10 sampai 15 dan tinggi dengan skor 15 sampai 20. Kisi-kisi instrumen untuk mengukur respon kognitif perilaku kekerasan yaitu :

- a. Tidak mampu memecahkan masalah : pertanyaan 1 dan 2
- b. Supresi pikiran : pertanyaan 5
- c. Tidak mampu memahami tentang kemarahan : pertanyaan 3 dan 4.

Lembar observasi respon fisik berisi lima pertanyaan tentang peningkatan frekuensi pernafasan , peningkatan frekuensi nadi , peningkatan produksi keringat (kulit lembab), pandangan mata tajam dan muka merah (lampiran 7). Penilaian dengan dua pilihan jawaban ya (2) dan tidak (1).

Jumlah skor respon fisik minimum 5, dan skor maksimum 10. Penggolongan skor respon kognitif dibagi menjadi 3 yaitu ringan dengan skor 5 sampai 6, sedang dengan skor 6 sampai 8 dan tinggi dengan skor 8 sampai 10. Kisi-kisi instrumen untuk mengukur respon fisik yaitu :

- a. Pernyataan 1 : penilaian pernafasan.

- b. Pernyataan 2 : penilaian nadi
- c. Pernyataan 3 : penilaian produksi keringat.
- d. Pernyataan 4 : penilaian pandangan mata tajam.
- e. Pernyataan 5 : penilaian muka merah.

Komposit perilaku kekerasan merupakan penggabungan dari penilaian respon perilaku, kognitif dan sosial. Jumlah skor respon komposit perilaku kekerasan minimum 15, dan skor maksimum 60. Penggolongan skor komposit perilaku kekerasan dibagi menjadi 3 yaitu ringan dengan skor 15 sampai 30, sedang dengan skor 30 sampai 45 dan tinggi dengan skor 45 sampai 60.

G. UJI COBA INSTRUMEN

Uji coba instrumen dilakukan untuk menilai validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Instrumen penelitian yang digunakan merupakan modifikasi peneliti untuk kuisioner dan observasi, yang telah dikonsultasikan dengan ahli keperawatan jiwa Universitas Indonesia dan diuji validitasnya. Uji validitas menggunakan uji korelasi *product moment* dengan hasil valid apabila r hasil lebih besar dari r tabel (Hastono, 2005).

Uji coba dilakukan beberapa tahap pada 30 responden (di bagi 2 kelompok) di ruang rawat inap RSUD Banyumas dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu diagnosa Skizoprenia, usia 18-60 tahun, diagnosa keperawatan perilaku kekerasan. Proses uji validitas instrumen penelitian dijelaskan dalam tabel 4.3.

Tabel 4.3
Proses uji validitas instrumen penelitian pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia di RSUD Banyumas

No	Instrumen	Sebelum	Sesudah
1	Respon perilaku	10 pernyataan Skala penilaian ya dan tidak	5 pernyataan Skala Likert
2	Respon kognitif	9 pertanyaan Skala penilaian ya dan tidak	5 pertanyaan Skala Likert
3	Respon sosial	10 pernyataan Skala penilaian ya dan tidak	5 pernyataan Skala Likert
4	Respon fisik	6 pernyataan Skala ya dan tidak	5 pernyataan Skala tetap

Dari tabel 4.3 dapat disimpulkan bahwa proses yang dilakukan dalam uji validitas antara lain dengan menghilangkan dan mengubah pertanyaan yang tidak valid serta mengubah skala penilaian. Instrumen respon perilaku sebelum valid terdiri dari 10 pernyataan, skala ya dan tidak. Setelah valid menjadi 5 pernyataan dengan skala *Likert*. Instrumen respon kognitif sebelum valid terdiri dari 9 pernyataan, skala ya dan tidak. Setelah valid menjadi 5 pernyataan dengan skala *Likert*. Instrumen respon sosial sebelum valid terdiri dari 10 pernyataan, skala ya dan tidak. Setelah valid menjadi 5 pernyataan dengan skala *Likert*. Instrumen respon fisik sebelum valid terdiri dari 6 pernyataan, skala ya dan tidak. Setelah valid menjadi 5 pernyataan dengan skala ya dan tidak.

Hasil uji validitas instrumen yaitu nilai r untuk pertanyaan respon perilaku, sosial, kognitif dan fisik 0,496 sampai 0,896 lebih dari r tabel (0,361). Hasil ini menunjukkan pertanyaan yang digunakan untuk mengukur respon perilaku kekerasan valid.

Instrumen yang reliabel adalah instrument yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas jika *Cronbach's coefficient-alpha* lebih besar dari nilai r tabel. Hasil yang didapatkan dari uji coba instrument didapatkan nilai *Cronbach's coefficient-alpha* 0,843 lebih besar dari r tabel. Hal ini menunjukkan instrumen reliabel.

H. PROSEDUR PENGUMPULAN DATA

Prosedur pengumpulan data penelitian diawali dengan permohonan ijin ke Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Setelah mendapat ijin, peneliti melakukan kegiatan, yaitu :

1. Melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan RSUD Banyumas serta kepala ruang Samiaji dan Yudistira untuk pembentukan tim observer. Dari koordinasi dihasilkan kesepakatan waktu pelaksanaan penelitian, pelatihan terapi generalis dan sosialisasi *Assertiveness Training* kepada perawat ruangan, pembentukan tim observer dan pelaporan hasil pelaksanaan penelitian.
2. Pembentukan tim observer yang dibentuk terdiri dari dua orang perawat dengan latar belakang pendidikan S1 keperawatan. Observer adalah pembimbing klinik dan supervisor untuk ruangan Samiaji dan Yudistira. Observer bertugas melakukan penilaian terhadap perilaku kekerasan responden pada saat pre tes dan pos tes.

Mengingat jumlah responden yang cukup banyak (72 orang), tugas observer dibantu oleh perawat ruangan sehingga hasil observasi respon perilaku lebih valid. Untuk menyamakan persepsi antara peneliti, observer dan perawat ruangan peneliti melakukan sosialisasi tentang *Assertiveness Training*, kuisisioner dan observasi baik isi maupun cara pengisian untuk pre tes dan post tes.

Setelah dilatih perawat melakukan observasi perilaku kekerasan terhadap 10 orang klien. Hasil observasi dari masing-masing perawat dilakukan uji interater Kappa untuk menentukan apakah perawat tersebut telah memiliki persepsi yang sama dengan peneliti dalam melakukan observasi perilaku kekerasan. Hasil uji interater Kappa untuk perawat di ruang intervensi menunjukkan hasil $p \text{ value} < \alpha$ (berarti hasil uji kappa signifikan/ bermakna, sehingga kesimpulannya tidak ada perbedaan persepsi mengenai aspek yang diobservasi antara peneliti dengan observer. Hasil uji interater Kappa $p \text{ value} < 0,05$ (hasil uji Kappa signifikan dengan nilai 0,615-0,783). Ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan persepsi tentang aspek yang diteliti antara peneliti dan numerator (observer).

3. Pelatihan standar terapi generalis perilaku kekerasan dilakukan kepada seluruh perawat ruangan Samiaji dan Yudistira dengan pendidikan minimal D3 keperawatan. Pelatihan dilakukan sebelum pengumpulan data yaitu tanggal 18-19 April 2009, yang diikuti oleh 12 orang perawat ruangan. Pelatihan bertujuan untuk memberikan penjelasan dan ketrampilan tentang asuhan keperawatan generalis perilaku kekerasan.

Standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan generalis yang digunakan sebagai pedoman merupakan hasil penelitian dari Keliat (2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien perilaku kekerasan yang dilatih cara mengontrol perilaku kekerasan menggunakan standar ini memiliki kemampuan mandiri mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, spiritual dan minum obat sebesar 86,6%. Secara lengkap standar terapi generalis terdapat dalam modul.

Setelah pelatihan dilakukan penilaian dengan lembar evaluasi (lampiran 13) dan didapatkan 6 perawat memenuhi standar penilaian kognitif, maupun praktek dengan nilai 75, sedangkan 6 perawat yang lain hanya memenuhi batas lulus yaitu 60. Dari hasil ini menunjukkan bahwa kemampuan perawat terutama psikomotor dalam melakukan asuhan keperawatan klien, perilaku kekerasan perlu ditingkatkan.

4. Pengumpulan data

Setelah menyelesaikan tahapan diatas, peneliti selanjutnya melaksanakan pengumpulan data sesuai kerangka kerja penelitian. Pelaksanaan pengumpulan data penelitian dilakukan melalui tahapan sebagai berikut :

a. Kelompok Intervensi

1) Tahap pre tes

Tahap pre test dilakukan hari pertama sebelum terapi generalis dan *Assertiveness Training*. Pada tahap ini observer dibantu perawat jaga

melakukan penilaian respon perilaku kekerasan menggunakan lembar observasi dan kuisioner.

2) Tahap intervensi

Setelah pre tes, hari berikutnya klien diberikan terapi generalis perilaku kekerasan yang dilakukan oleh perawat ruangan selama 4 hari. Pada hari ketiga pemberian terapi generalis setelah klien menyelesaikan pertemuan 1 dan 2, kemudian dilakukan *Assertiveness Training* oleh peneliti selama 5 hari yang terdiri dari 5 sesi dengan tetap melanjutkan terapi generalis sampai selesai. *Assertiveness Training* sesi 1 sampai empat dilakukan 2 kali (diulang 1 kali) dalam 1 hari, sedangkan sesi 5 tidak diulang.

Modul *Assertiveness Training* yang digunakan dalam penelitian telah lolos uji *content* (isi) dan uji kompetensi oleh pakar keperawatan jiwa Universitas Indonesia (lampiran 15). Pernyataan lolos uji *content* (isi) dan uji kompetensi oleh pakar keperawatan jiwa Universitas Indonesia terdapat dalam lampiran 9.

Sesi-sesi *Assertiveness Training* meliputi :

Sesi 1 : Melatih kemampuan mengungkapkan pikiran dan perasaan

Sesi 2 :Melatih kemampuan mengungkapkan kebutuhan dan keinginan

Sesi 3 : Melatih kemampuan mengekspresikan kemarahan

Sesi 4 :Melatih kemampuan klien bagaimana berkata "tidak" dan alasan

Sesi 5 : Mempertahankan perubahan asertif dalam berbagai situasi.

Waktu yang dibutuhkan untuk pemberian intervensi terapi generalis dan spesialis yaitu 7 hari (1 minggu). Terapi ini dilakukan setiap hari kerja mulai dari jam 08.00 wib sampai dengan 16.00 wib. Pelaksanaan interaksi *Assertiveness Training* sesuai perjanjian dengan klien. *Assertiveness Training* dilakukan sebanyak 5 sesi selama 5 hari. Evaluasi formatif akan dilaksanakan setelah klien dilatih sesi tersebut. Pelaksanaan terapi selengkapnya dapat dilihat pada modul *Assertiveness Training* (lampiran 15).

3) Tahap pos tes

Pelaksanaan pos tes dilakukan pada hari ke sembilan, satu hari setelah selesai *Assertiveness Training* . Pada tahap ini observer dibantu perawat jaga melakukan penilaian respon perilaku kekerasan menggunakan lembar observasi dan kuisioner.

b. Kelompok Kontrol

1) Tahap pre tes

Tahap pre test dilaksanakan hari pertama sebelum di berikan perlakuan berupa terapi generalis tanpa *Assertiveness Training* . Pada tahap ini observer dibantu perawat jaga melakukan penilaian respon perilaku kekerasan menggunakan lembar observasi dan kuisioner.

2) Tahap intervensi

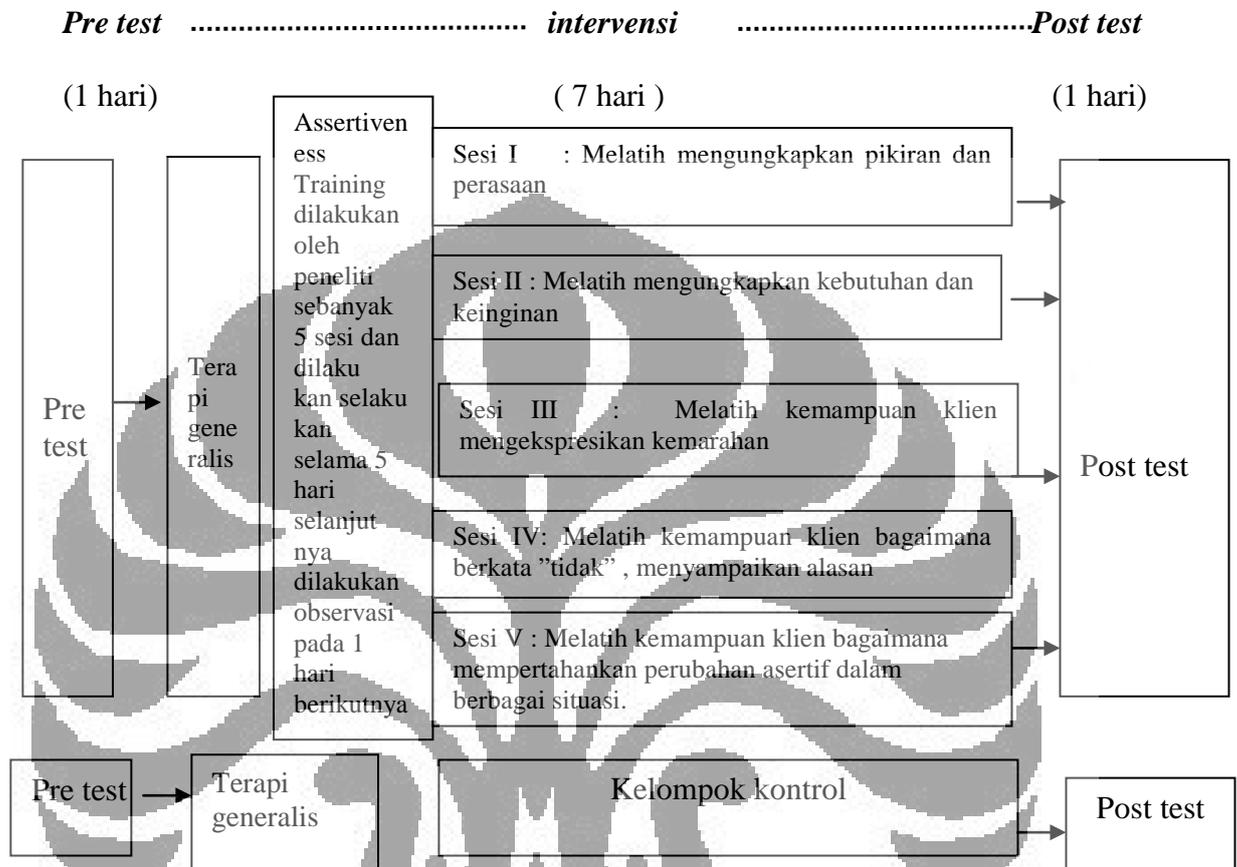
Responden pada kelompok kontrol hanya diberikan terapi generalis perilaku kekerasan yang dilakukan oleh perawat ruangan satu hari setelah pos tes. Terapi generalis perilaku kekerasan diberikan oleh perawat ruangan selama empat hari.

3) Tahap pos tes

Pelaksanaan pos tes dilakukan pada hari ke sembilan setelah pre tes. . Pada tahap ini observer dibantu perawat jaga melakukan penilaian respon perilaku kekerasan menggunakan lembar observasi dan kuisisioner. Setelah post tes kelompok kontrol diberikan penjelasan tentang terapi *Assertiveness Training* dengan menggunakan media leaflet.

Rancangan kerja penelitian pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia di RSUD Banyumas, selengkapnya digambarkan dalam skema 4.1

Skema 4.1
 Kerangka kerja penelitian pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia di RSUD Banyumas.



I. ANALISIS DATA

a. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan menggunakan tahapan sebagai berikut (Hastono, 2005):

1) *Editing*

Dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian, kesalahan atau ada jawaban yang belum diisi, kejelasan dan kesesuaian jawaban

responden dari setiap pertanyaan yang diajukan. Kekurangan yang didapatkan antara lain data demografi kurang lengkap sehingga peneliti melengkapinya dari rekam medik klien.

2) *Coding*

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah di edit data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kontrol. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan pengkategorian data sesuai dengan definisi operasional. Variabel yang diberikan kode yaitu kode responden, jenis kelamin, frekuensi dirawat, riwayat kekerasan, tipe Skizoprenia dan pemberian *Assertiveness Training*.

3) *Entry Data*

Merupakan kegiatan memproses data untuk keperluan analisa. Kegiatan memproses data dilakukan dengan memasukkan data dari wawancara dan observasi dalam bentuk kode ke program komputer. Kemudian data yang sudah ada diproses dengan paket program komputer.

4) *Cleaning Data*

Suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data ke komputer. Setelah data didapat dilakukan pengecekan lagi apakah data ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak

sesuai, sehingga data siap dianalisis. Dalam proses tidak ditemukan kesalahan dan pengkodean maupun membaca kode.

b. Analisa Data

1) Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian. Data katagorik dianalisis dengan distribusi frekuensi dan proporsi. Data numeric dianalisis dengan distribusi frekuensi, mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *confident interval* (CI 95%). Analisa univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik klien dan perilaku kekerasan klien.

Karakteristik jenis kelamin, riwayat penyakit dan riwayat kekerasan merupakan data katagorik. Analisis dilakukan dengan distribusi frekuensi dan proporsi (CI 95%).

Analisis variabel dependen perilaku kekerasan yang terdiri dari respon perilaku, sosial, kognitif, komposit perilaku kekerasan dan respon fisik menggunakan analisis yaitu mean, median dan standar deviasi. Komposit perilaku kekerasan merupakan gabungan respon perilaku, sosial dan kognitif, ketiganya merupakan data interval dan mempunyai penilaian yang sama dengan skala likert. Respon fisik dianalisis tersendiri karena penilaian yang dipakai dalam kuisisioner ya dan tidak, skala ukur data interval.

2) Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistika yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/ sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum analisis bivariat dilaksanakan maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik klien dan perilaku kekerasan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi.

Kesetaraan karakteristik klien meliputi variabel jenis kelamin, riwayat kekerasan, riwayat penyakit dan frekuensi dirawat menggunakan uji *Chi-square*. Sedangkan kesetaraan perilaku kekerasan antara kelompok kontrol dan intervensi dilakukan dengan uji *t independent*, jika *p value* > 0,05, maka kedua kelompok setara.

Tahap selanjutnya melakukan analisis perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* pada klien Skizoprenia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji *t dependen (paired t test)*. Bila *p value* < *alpha* maka disimpulkan terdapat perbedaan signifikan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training*.

Analisis bivariat dilakukan juga untuk perbedaan perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok kontrol dan intervensi dengan menggunakan uji *t independen*. Jika *p value* < 0,05 berarti terdapat perbedaan perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok kontrol dan intervensi. Analisis kesetaraan dan perbedaan perilaku kekerasan dijelaskan dalam tabel 4.4

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan terdapat faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia. Analisis dilakukan dengan *regresi linier ganda*. Analisis multivariat terhadap perilaku kekerasan baik respon perilaku, sosial, kognitif, fisik maupun komposit perilaku kekerasan terdapat dalam tabel 4.4

Tabel 4.4
Analisis Kesetaraan dan Pengaruh Variabel Penelitian Terhadap Perilaku Kekerasan
Pada Klien Skizoprenia di RSUD Banyumas

A. Analisis Uji Kesetaraan Responden			
No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin	<i>Uji chi square</i>
2	Frekuensi dirawat	Frekuensi dirawat	<i>Uji chi square</i>
3	Tipe Skizoprenia	Tipe Skizoprenia	<i>Uji chi square</i>
4	Riwayat kekerasan	Riwayat kekerasan	<i>Uji chi square</i>
5	Perilaku kekerasan sebelum <i>Assertiveness Training</i>	Perilaku kekerasan sebelum <i>Assertiveness Training</i>	<i>Independent t-test</i>
B. Perbedaan Perilaku Kekerasan sebelum dan sesudah intervensi			
No	Variabel perilaku kekerasan	Variabel perilaku kekerasan	Cara Analisis
1	Perilaku kekerasan kelompok intervensi sebelum <i>Assertiveness Training</i>	Perilaku kekerasan kelompok intervensi setelah <i>Assertiveness Training</i>	<i>Paired t-test</i>
2	Perilaku kekerasan kelompok kontrol sebelum	Perilaku kekerasan kelompok kontrol setelah	<i>Paired t-test</i>
3	Selisih perilaku kekerasan sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi	Selisih perilaku kekerasan sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol	<i>Independent t-test</i>
4	Perilaku kekerasan kelompok intervensi setelah	Perilaku kekerasan kelompok kontrol setelah	<i>Independent t-test</i>
C. Faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia			
No	Variabel kontribusi	Variabel Dependen	Analisis
1	<i>Assertiveness Training</i> (Data katagorik)	Perilaku kekerasan (data numerik)	<i>Regresi Linier Ganda</i>
2	Jenis kelamin (Data katagorik)		
3	Frekuensi dirawat (Data katagorik)		
4	Tipe Skizoprenia (Data katagorik)		
5	Riwayat kekerasan (Data katagorik)		

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan diuraikan secara lengkap hasil penelitian tentang pengaruh *Assertiveness Training* (latihan asertif) terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia di RSUD Banyumas. Penelitian berlangsung selama 5 minggu dimulai tanggal 20 April sampai 20 Mei 2009. Penelitian ini telah dilakukan pada 72 responden yang terbagi menjadi 36 responden kelompok intervensi dan 36 responden kelompok kontrol di Ruang Yudistira dan Samiaji. Uraian tentang hasil penelitian ini terdiri dari empat bagian yaitu proses pelaksanaan *Assertiveness Training* (latihan asertif) pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan, karakteristik klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan, perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia dan faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia

A. Proses pelaksanaan penelitian pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan

Pada bagian ini akan diuraikan tentang pelaksanaan penelitian pada kelompok yang mendapatkan *Assertiveness Training* dan terapi *generalis* kelompok yang hanya mendapatkan terapi *generalis*. Uraian meliputi persiapan penelitian dan proses pelaksanaan.

1. Persiapan penelitian

Persiapan penelitian diawali dengan mengajukan permohonan ijin ke Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas 2 minggu sebelum pelaksanaan penelitian. melalui Bidang Pendidikan dan Latihan. Sebagai persyaratan ijin penelitian, peneliti melakukan pemaparan kegiatan penelitian kepada pihak rumah sakit sebagai bahan pertimbangan untuk mengeluarkan ijin penelitian.

Setelah mendapat izin dari Direktur Rumah Sakit peneliti berkoordinasi dengan Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan RSUD Banyumas dan Kepala Ruang Yudistira serta Samiaji untuk melaksanakan kegiatan lanjutan berkaitan dengan penelitian yaitu sosialisasi penelitian, pembentukan tim observer dan persamaan persepsi instrument penelitian serta pelatihan pelaksanaan standar terapi generalis perilaku kekerasan.

Sosialisasi kegiatan penelitian pada tanggal 15 April 2009, yang diikuti oleh kepala ruang, perawat Yudistira dan Samiaji yang dijadikan sebagai tempat penelitian, supervisor ruangan serta pembimbing klinik ruangan. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang tujuan penelitian, waktu penelitian, responden yang dilibatkan dalam penelitian, terapi yang diberikan baik *Assertiveness Training* maupun terapi generalis.

Pembentukan tim observer dan persamaan persepsi instrument penelitian dilakukan pada tanggal 16 April 2009. Tim observer yang dibentuk terdiri dari dua orang perawat dengan latar belakang pendidikan S1 keperawatan. Observer yang ditunjuk adalah pembimbing klinik dan supervisor untuk ruangan Samiaji dan Yudistira. Observer bertugas melakukan penilaian terhadap perilaku kekerasan responden pada saat pre tes dan pos tes. Mengingat jumlah responden yang cukup banyak (72 orang), tugas observer dibantu oleh perawat ruangan sehingga hasil observasi respon perilaku lebih valid. Persamaan persepsi antara peneliti, observer dan perawat ruangan dilakukan dengan sosialisasi tentang instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur respon perilaku kekerasan dengan lembar kuisioner dan

observasi. Peneliti menjelaskan isi dan cara pengisian kuisioner untuk pre tes dan pos tes. Dari kegiatan ini dihasilkan bahwa tim observer dan perawat ruangan memahami tentang instrument penelitian baik isi maupun cara pengisian.

Pelatihan standar terapi generalis perilaku kekerasan dilakukan kepada seluruh perawat ruangan Samiaji dan Yudistira dengan pendidikan minimal D3 keperawatan. Pelatihan dilakukan sebelum pengumpulan data yaitu tanggal 18-19 April 2009, yang diikuti oleh 12 orang perawat ruangan. Pelatihan bertujuan untuk memberikan penjelasan dan ketrampilan tentang asuhan keperawatan generalis perilaku kekerasan. Dari evaluasi pelaksanaan penelitian didapatkan hanya 6 perawat memenuhi standar penilaian kognitif maupun praktek dengan nilai 75, sedangkan 6 perawat yang lain hanya memenuhi batas lulus yaitu 60. Dari hasil ini menunjukkan bahwa kemampuan perawat terutama psikomotor dalam melakukan asuhan keperawatan klien perilaku kekerasan perlu ditingkatkan. Perawat yang telah memenuhi batas lulus dilibatkan dalam pelaksanaan terapi generalis perilaku kekerasan pada kelompok kontrol dan intervensi. Sedangkan terapi *Assertiveness Training* dilakukan sendiri oleh peneliti.

Persiapan lain yang dilakukan peneliti yaitu persiapan alat bantu dan lingkungan. Persiapan alat bantu meliputi modul, alat evaluasi *Assertiveness Training* dan alat tulis. Sedangkan persiapan lingkungan dengan menyiapkan ruangan nyaman untuk *Assertiveness Training*, memanfaatkan ruangan yang

sudah atau memodifikasi seperti ruang konsultasi, taman dan ruangan Terapi Aktifitas Kelompok.

2. Pelaksanaan penelitian

Pelaksanaan penelitian diawali dengan seleksi klien perilaku kekerasan yang akan dijadikan responden. Seleksi ini dilakukan oleh perawat yang pertama kali menemui klien, jika memenuhi kriteria maka dikelompokkan dalam kelompok kontrol atau intervensi, selanjutnya dilakukan pre tes pada hari pertama.

Untuk kelompok intervensi setelah dilakukan pre tes pada hari pertama, Pada hari berikutnya diberikan terapi generalis oleh perawat ruangan. *Assertiveness Training* diberikan oleh peneliti pada hari ketiga pre tes, setelah klien menyelesaikan terapi generalis pertemuan pertama dan kedua. *Assertiveness Training* dilakukan dalam lima hari, sambil menyelesaikan terapi generalis. Pos tes dilakukan pada hari ke 9, setelah klien menyelesaikan lima sesi *Assertiveness Training* dan terapi generalis.

Pelaksanaan *Assertiveness Training* dilakukan sesuai perjanjian dengan klien. Beberapa interaksi tidak sesuai perjanjian, diakibatkan klien mengubah jadwal karena ada kunjungan keluarga dan adanya efek tindakan ECT atau obat antipsikotik. Hal ini diatasi dengan melakukan kontrak waktu ulang dengan klien, sehingga interaksi tetap dapat dilakukan.

Sebagian besar interaksi *Assertiveness Training* dilakukan dengan menggunakan bahasa daerah setempat (bahasa Jawa) mengingat sebagian besar klien berasal dari pedesaan yang menggunakan bahasa daerah sebagai bahasa sehari-hari. Dengan menggunakan bahasa daerah komunikasi lebih mudah dipahami oleh klien.

Respon yang ditunjukkan klien saat peneliti melakukan interaksi *Assertiveness Training* yaitu sering muncul pernyataan ingin pulang dan bosan di rumah sakit. Terutama klien yang dirawat di ruang perawatan samiaji (kelas III). Kebosanan ini diakibatkan beberapa kondisi antara lain kondisi ruang perawatan yang kurang memadai dan kurang memperhatikan privacy klien, dimana dalam satu ruangan (sel) terdapat 6-10 klien tanpa ada pembatas.

Cara mengekspresikan marah tidak konstruktif yang ditunjukkan klien antara lain dengan merusak barang sendiri, klien anggap hal itu tidak menjadi masalah karena tidak merugikan orang lain. Sehingga peneliti memberikan alternatif ekspresi marah yang konstruktif atau menguatkan jika klien sudah pernah memiliki kemampuan tersebut.

Modelling dari peneliti dalam tiap sesi sangat membantu klien untuk memahami dan melakukan kemampuan perilaku asertif dengan baik. Terutama cara komunikasi asertif dengan memperhatikan aspek verbal maupun non verbal.

Keberadaan keluarga selama klien dirawat mendukung klien menguatkan kemampuan yang dilatih. Keluarga menyatakan ada perubahan yang dialami klien dalam berkomunikasi, menyampaikan pendapat dan mengungkapkan kemarahan setelah dilatih *Assertiveness Training*.

Evaluasi pelaksanaan *Assertiveness Training* yang dilakukan setelah pelaksanaan tiap sesi menggunakan format evaluasi yang tersedia. Dari hasil evaluasi didapatkan bahwa penurunan respon perilaku, kognitif dan sosial perilaku kekerasan tampak nyata setelah sesi ke empat. Dari kondisi tersebut, menunjukkan bahwa kemampuan klien untuk berperilaku asertif dapat dicapai dengan pelaksanaan sesi satu sampai empat.

Penurunan respon fisik sudah nampak nyata pada pelaksanaan sesi satu. Hal ini dapat dipengaruhi oleh pemberian psikofarmaka dan *Electro Convulsive Therapy* (ECT), yang merupakan paket tindakan medis pada klien Skizoprenia di RSUD Banyumas. Pengaruh psikofarmaka dan ECT tidak diteliti dalam penelitian ini. Dari dokumentasi peneliti yang bersumber catatan medik klien bahwa semua responden mendapat terapi medik yang sama. Dari uraian diatas dapat menjadi masukan untuk penelitian berikutnya, dengan melakukan analisis tentang pengaruh terapi medik terhadap perilaku kekerasan.

Untuk kelompok kontrol, setelah dilakukan pre tes pada hari pertama, kemudian diberikan terapi generalis perilaku kekerasan oleh perawat ruangan sampai lima kali pertemuan. Pada hari kesembilan kemudian dilakukan pos

tes. Pelaksanaan terapi generalis perilaku kekerasan oleh perawat ruangan sesuai dengan standar yang sudah dilatihkan oleh peneliti.

B. Karakteristik klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan

Pada bagian ini diuraikan karakteristik klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan yang terdiri dari jenis kelamin, tipe Skizoprenia, riwayat kekerasan dan frekuensi dirawat. Analisis yang dilakukan mencakup distribusi frekuensi karakteristik klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan dan kesetaraan karakteristik klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan antara kelompok intervensi dan kontrol.

1. Karakteristik klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan

Variabel jenis kelamin, tipe Skizoprenia, riwayat kekerasan dan frekuensi dirawat termasuk data katagorikal, sehingga dianalisis dengan distribusi frekwensi. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.1

Hasil analisis pada tabel 5.1 didapatkan bahwa jumlah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan laki-laki lebih banyak (69%) dengan distribusi pada kelompok intervensi yaitu 22 laki-laki (61%) dan 28 laki-laki (77,8%) pada kelompok kontrol.

Jumlah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan frekuensi dirawat didapatkan bahwa responden dengan frekuensi dirawat 3 kali/> sebanyak 30 (41,7%) dengan distribusi 14 (38,9%) pada kelompok intervensi 16 (44,4%).pada kelompok kontrol.

Tabel 5.1
Distribusi klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan jenis kelamin, tipe Skizoprenia, riwayat kekerasan dan frekuensi dirawat di RSUD Banyumas April –Mei tahun 2009
(n=72)

Karakteristik	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Jenis Kelamin						
1. Laki-laki	22	61.0	28	77.8	50	69.0
2. Perempuan	14	39.0	8	22.2	22	31.0
Frekuensi dirawat						
1. 1 kali	12	33.3	15	41.7	27	37.5
2. 2 kali	10	27.8	5	13.9	15	20.8
3. 3 kali/>	14	8.9	16	44.4	30	41.7
Tipe Skizoprenia						
1. Paranoid	26	72.2	25	69.4	51	70.8
2. Lainnya	10	27.8	11	30.6	21	29.2
Riwayat kekerasan						
1. Ada riwayat	25	69.4	20	55.6	45	62.5
2. Tidak ada riwayat	11	30.6	16	44.4	27	37.5

Dari tabel 5.1 dijelaskan jumlah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan tipe Skizoprenia didapatkan jumlah tipe Skizoprenia Paranoid lebih banyak dari tipe lainnya yaitu sebesar 51 responden (70,8%) dengan distribusi 26 responden (72,2%) pada kelompok intervensi dan 25 responden (69,4%) pada kelompok kontrol.

Jumlah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan riwayat kekerasan didapatkan bahwa jumlah klien yang memiliki riwayat kekerasan baik sebagai pelaku, korban atau saksi lebih banyak yaitu 62,5% dengan distribusi 25 responden (69,4%) pada kelompok intervensi dan 20 responden (55,6%) pada kelompok kontrol.

2. Kesetaraan karakteristik klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan antara kelompok intervensi dan kontrol

Validitas hasil penelitian kuasi eksperimen ditentukan dengan uji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan bermakna antara kelompok. Untuk melihat kesetaraan jenis kelamin, frekuensi dirawat, tipe Skizoprenia dan riwayat kekerasan yang termasuk variabel katagorikal dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Hasil uji kesetaraan karakteristik klien perilaku kekerasan dapat dilihat pada tabel 5.2

Dari tabel 5.2 disimpulkan antara kelompok intervensi dan kontrol tidak terdapat perbedaan karakteristik jenis kelamin, tipe Skizoprenia dan riwayat kekerasan dengan *p value* > 0,05.

Tabel 5.2

Kesetaraan karakteristik klien perilaku kekerasan berdasarkan jenis kelamin, tipe Skizoprenia, frekuensi dirawat dan riwayat kekerasan antara kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas April – Mei tahun 2009 (n=72)

Karakteristik	Kelompok intervensi		Kelompok kontrol		Total		p value
	n	%	n	%	n	%	
Jenis kelamin							
1. Laki-laki	22	61.1	28	77.8	50	69.4	0.201
2. Perempuan	14	38.9	8	22.2	22	30.6	
Frekuensi dirawat							
1. 1 kali	12	33.3	15	41.7	27	37.5	0.344
2. 2 kali	10	41.7	5	13.9	15	20.8	
3. 3 kali/>	14	37.5	16	44.4	30	41.7	
Tipe Skizoprenia							
1. Paranoid	26	72.2	25	69.4	51	70.8	1.000
2. Lainnya	10	27.8	11	30.6	21	29.2	
Riwayat Kekerasan							
1. Ada riwayat	25	69.4	20	55.6	45	62.5	0.330
2. Tidak ada riwayat	11	30.6	16	44.4	27	37.5	

C. Perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia

Pada bagian ini akan dibahas analisis perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kontrol meliputi analisis deskriptif, uji kesetaraan, perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* antara kelompok intervensi dan kontrol, selisih rerata perilaku kekerasan dan perbandingan perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* antara kelompok intervensi dan kontrol.

1. Perilaku Kekerasan

Variabel perilaku kekerasan meliputi respon perilaku, respon sosial, respon kognitif dan respon fisik merupakan variabel numerik. Analisis dilakukan dengan *central tendency* untuk mencari mean, range, standar deviasi serta nilai minimal dan maksimal. Komposit perilaku kekerasan merupakan gabungan dari variabel respon perilaku, sosial dan kognitif. Analisis ketiga variabel dan komposit perilaku kekerasan tersebut secara lengkap terdapat dalam tabel 5.3.

Dari tabel 5.3 didapatkan bahwa rerata total skor respon perilaku 14,81 (sedang), respon sosial 15,19 (tinggi mendekati sedang), respon kognitif 15,31 (tinggi mendekati sedang). Sedangkan rerata total komposit perilaku kekerasan 45,54 (tinggi mendekati sedang).

Tabel 5.3
 Analisis perilaku kekerasan berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum *Assertiveness Training* di RSUD Banyumas April –Mei tahun 2009 (n=72)

Variabel	N	Mean	SD	Min-max	95% CI
Respon Perilaku					
1. Intervensi	36	15.11	2.72	9-20	14.19-22.20
2. Kontrol	36	14.50	2.69	9-20	13.59-15.41
Total	72	14.81	2.71	9-20	14.17-15.44
Respon Sosial					
1. Intervensi	36	15.11	2.27	12-20	14.34-15.88
2. Kontrol	36	15.28	2.02	12-20	14.59-15.96
Total	72	15.19	2.10	12-20	14.69-15.70
Respon Kognitif					
1. Intervensi	36	15.31	2.41	11-20	14.49-16.12
2. Kontrol	36	15.78	1.87	13-19	15.15-16.41
Total	72	15.54	2.15	11-20	15.04-16.05
Komposit Perilaku Kekerasan					
1. Intervensi	36	45.53	6.64	33-60	43.28-47.77
2. Kontrol	36	45.56	5.21	38-59	43.79-47.32
Total	72	45.54	5.90	33-60	44.15-46.93

Hasil analisis perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik ditampilkan dalam tabel 5.4.

Tabel 5.4
 Analisis perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum *Assertiveness Training* di RSUD Banyumas April –Mei tahun 2009 (n=72)

Variabel	n	Mean	SD	Min-max	95% CI
Respon fisik					
1. Intervensi	36	8.69	1.01	6-10	8.35-9.04
2. Kontrol	36	8.83	1.03	7-10	8.49-9.18
Total	72	8.76	1.01	6-10	8.53-9.00

Dari tabel 5.4 disimpulkan bahwa rerata total respon fisik yaitu 8,76 (tinggi). Dari hasil analisis tabel 5.3 dan 5.4 diatas menunjukkan bahwa rerata

respon perilaku kekerasan klien di RSUD Banyumas berada pada rentang sedang dan tinggi.

2. Kesetaraan perilaku kekerasan antara kelompok intervensi dan kontrol

Pada bagian ini akan diuraikan analisis kesetaraan respon perilaku, respon sosial, respon kognitif, komposit perilaku kekerasan dan respon fisik antara kelompok yang mendapatkan *Assertiveness Training* dan kelompok yang tidak mendapatkan *Assertiveness Training*. Karena kelima variabel berjenis numerik analisis dilakukan dengan menggunakan uji *t independent*.

Hasil analisis kesetaraan perilaku kekerasan berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan antara kelompok intervensi dan kontrol ditampilkan dalam tabel 5.5

Tabel 5.5
Analisis kesetaraan perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas
April – Mei tahun 2009
(n=72)

Variabel	n	Mean	SD	SE	p value
Respon perilaku					
1. Intervensi	36	15.11	2.70	0.45	0.342
2. Kontrol	36	14.50	2.69	0.45	
Respon sosial					
1. Intervensi	36	15.11	2.27	0.37	0.743
2. Kontrol	36	15.28	2.02	0.34	
Respon kognitif					
1. Intervensi	36	15.31	2.41	0.40	0.350
2. Kontrol	36	15.78	1.87	0.31	
Komposit perilaku kekerasan					
1. Intervensi	36	45.53	6.64	6.64	0.984
2. Kontrol	36	45.56	5.21	5.21	

Dari tabel 5.5 dapat disimpulkan bahwa terdapat kesetaraan pada ketiga sub variabel respon perilaku, sosial dan kognitif serta variabel komposit perilaku kekerasan dengan ($p\ value > 0,05$).

Tabel 5.6 dibawah ini menampilkan hasil analisis kesetaraan perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik.

Tabel 5.6
Analisis kesetaraan perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia berdasarkan respon fisik antara kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas April – Mei tahun 2009 (n=72)

Variabel	n	Mean	SD	SE	<i>p value</i>
Respon Fisik					
1. Intervensi	36	8.69	1.01	0.17	0.57
2. Kontrol	36	8.83	1.03	0.17	

Hasil analisis kesetaraan perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik didapatkan dan respon fisik terdapat kesetaraan respon fisik antara kelompok intervensi dan kontrol ($p\ value > 0,05$).

3. Perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok intervensi dan kontrol

Perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok intervensi dan kontrol dianalisis dengan uji *t dependent (paired t test)*. Hasil lengkap analisis perbedaan skor perilaku kekerasan sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi dan kontrol dilihat pada tabel 5.7

Tabel 5.7
 Analisis perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas April – Mei tahun 2009 (n=72)

Kelompok	N	Mean	SD	SE	<i>p value</i>
Intervensi					
Respon perilaku					
1. Sebelum	36	15.11	2.70	0.45	
2. Sesudah	36	6.19	1.89	0.31	0.005
3. Selisih		8.52			
Respon sosial					
1. Sebelum	36	15.11	2.27	0.37	
2. Sesudah	36	6.25	2.19	0.37	0.005
3. Selisih		8.86			
Respon kognitif					
1. Sebelum	36	15.31	2.41	0.40	
2. Sesudah	36	7.81	2.51	0.42	0.005
3. Selisih		7.50			
Komposit perilaku kekerasan					
1. Sebelum	36	45.53	6.64	6.64	
2. Sesudah	36	20.25	5.51	0.90	0.005
3. Selisih		25.78			
Kontrol					
Respon perilaku					
1. Sebelum	36	14.50	2.69	0.45	
2. Sesudah	36	12.28	2.07	0.34	0.005
3. Selisih		2.20			
Respon sosial					
1. Sebelum	36	15.28	2.02	0.34	
2. Sesudah	36	15.11	1.83	0.31	0.060
3. Selisih		0.16			
Respon kognitif					
1. Sebelum	36	15.78	1.87	0.31	
2. Sesudah	36	15.61	1.71	0.29	0.030
3. Selisih		0.17			
Komposit perilaku kekerasan					
1. Sebelum	36	45.56	5.21	5.20	
2. Sesudah	36	43.00	4.14	0.69	0.005
3. Selisih		2.56			

Dari tabel 5.7 menunjukkan terdapat penurunan respon perilaku kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna ($p \text{ value} < 0,05$). Penurunan respon perilaku kelompok yang mendapatkan terapi generalis lebih rendah secara bermakna ($p \text{ value} < 0,05$).

Terdapat penurunan respon sosial kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna ($p \text{ value} < 0,05$). Penurunan respon sosial kelompok yang mendapatkan terapi generalis lebih rendah secara tidak bermakna ($p \text{ value} > 0,05$).

Terdapat penurunan respon kognitif kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna ($p \text{ value} < 0,05$). Penurunan respon kognitif kelompok yang mendapatkan terapi generalis lebih rendah secara bermakna ($p \text{ value} < 0,05$).

Terdapat penurunan komposit perilaku kekerasan kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna ($p \text{ value} < 0,05$). Penurunan komposit perilaku kekerasan kelompok yang mendapatkan terapi generalis lebih rendah secara bermakna ($p \text{ value} < 0,05$).

Hasil analisis perbedaan perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik pada kelompok intervensi dan kontrol ditampilkan pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
 Analisis perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* berdasarkan respon fisik pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas April – Mei tahun 2009
 (n=72)

Kelompok	N	Mean	SD	SE	<i>p value</i>
Intervensi					
Respon fisik					
1. Sebelum	36	8.69	1.01	0.17	0.005
2. Sesudah	36	5.31	0.67	0.11	
3. Selisih		3.39			
Kontrol					
Respon fisik					
1. Sebelum	36	8.83	1.03	0.10	0.005
2. Sesudah	36	6.14	0.87	0.14	
3. Selisih		2.69			

Dari tabel 5.8 didapatkan bahwa terdapat penurunan respon fisik kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna ($p\ value < 0,05$): Penurunan respon fisik kelompok yang mendapatkan terapi generalis lebih rendah secara bermakna ($p\ value < 0,05$).

Dari uraian diatas didapatkan bahwa penurunan skor respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan komposit perilaku kekerasan setelah *Assertiveness Training* lebih besar pada kelompok terapi generalis dan *Assertiveness Training* intervensi dari pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis.

4. Perbedaan selisih perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* antara kelompok intervensi dan kontrol

Analisis selisih mean dilakukan membandingkan selisih mean perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* kelompok intervensi dan kontrol. Analisis perbedaan mean perilaku kekerasan dilakukan dengan uji *independen sample t-Test*. Hasil analisis perbedaan mean perilaku

kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan dapat dilihat pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Perbedaan selisih mean perilaku kekerasan berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas April-Mei tahun 2009
(n=72)

Variabel	n	Kelompok	Selisih Mean	<i>p value</i>
Respon perilaku	72	Intervensi	8.92	0.005
		Kontrol	2.22	
Respon sosial	72	Intervensi	8.86	0.005
		Kontrol	0.17	
Respon kognitif	72	Intervensi	7.50	0.005
		Kontrol	0.17	
Komposit perilaku kekerasan	72	Intervensi	25.78	0.005
		Kontrol	2.56	

Dari tabel 5.9 menunjukkan terdapat selisih penurunan skor respon perilaku kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* sebesar 8,92 dengan kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis sebesar 2,22 berbeda secara bermakna (*p value* < 0,05).

Selisih penurunan skor respon sosial kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* sebesar 8,86 dengan kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis sebesar 0,17 berbeda secara bermakna (*p value* < 0,05).

Selisih penurunan skor respon kognitif kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* sebesar 7,50 dengan kelompok yang

hanya mendapatkan terapi generalis sebesar 0,17 berbeda secara bermakna ($p\ value < 0,05$).

Selisih penurunan skor komposit perilaku kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* sebesar 25,78 dengan kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis sebesar 2,56 berbeda secara bermakna ($p\ value < 0,05$).

Hasil analisis perbedaan mean perilaku kekerasan sebelum dan sesudah *Assertiveness Training* berdasarkan respon fisik dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
Perbedaan selisih mean perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas April-Mei tahun 2009 (n=72)

Variabel	n	Kelompok	Selisih Mean	p value
Respon Fisik	72	Intervensi	3,39	0,026
		Kontrol	2,69	

Dari tabel 5.10 didapatkan bahwa selisih penurunan skor respon fisik kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* sebesar 3,39 dengan kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis sebesar 2,69 berbeda secara bermakna ($p\ value < 0,05$).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa terdapat selisih penurunan respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan komposit perilaku kekerasan secara bermakna pada kedua kelompok. Namun pada kelompok yang mendapatkan

terapi generalis dan *Assertiveness Training* selisih penurunan skor lebih besar daripada kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis.

5. Perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok intervensi dan kontrol

Analisis perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* dilakukan untuk melihat perbedaan perilaku kekerasan sesudah antara kelompok intervensi dan kontrol. Analisis dilakukan dengan menggunakan uji *t independent*. Hasil analisis perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok intervensi dan kontrol berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan dapat dilihat pada tabel 5.11

Dari tabel 5.11 dibawah didapatkan bahwa respon perilaku setelah mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna daripada yang hanya mendapatkan terapi generalis. Respon sosial setelah mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna daripada yang hanya mendapatkan terapi generalis. Respon kognitif setelah mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna daripada yang hanya mendapatkan terapi generalis. Komposit perilaku kekerasan setelah mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna daripada yang hanya mendapatkan terapi generalis.

Tabel 5.11
 Analisis perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok
 intervensi dan kontrol berdasarkan respon perilaku, sosial, kognitif dan
 komposit perilaku kekerasan di RSUD Banyumas
 April-Mei tahun 2009
 (n=72)

Variabel	n	Mean	SD	SE	p value
Respon perilaku					
1. Intervensi	36	6.19	2.70	0.45	0.005
2. Kontrol	36	12.28	2.07	0.34	
Respon sosial					
1. Intervensi	36	6.25	2.19	0.37	0.005
2. Kontrol.	36	15.11	1.83	0.31	
Respon kognitif					
1. Intervensi	36	7.81	2.51	0.40	0.005
2. Kontrol	36	15.61	1.71	0.29	
Komposit Perilaku kekerasan					
1. Intervensi	36	20.25	5.51	0.90	0.005
2. Kontrol	36	43.00	4.14	2.69	

Hasil analisis perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok intervensi dan kontrol berdasarkan respon fisik dapat dilihat pada tabel 5.12

Tabel 5.12
 Analisis perilaku kekerasan sesudah *Assertiveness Training* pada kelompok
 intervensi dan kontrol berdasarkan respon fisik di RSUD Banyumas
 April-Mei tahun 2009
 (n=72)

Variabel	n	Mean	SD	SE	p value
Respon fisik					
1. Intervensi	36	5.31	0.67	0.11	0.005
2. Kontrol	36	6.14	0.87	0.14	

Dari tabel 5.12 didapatkan bahwa respon fisik setelah mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* lebih rendah secara bermakna daripada yang hanya mendapatkan terapi generalis.

D. Faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan

Pada bagian ini akan diuraikan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap respon perilaku kekerasan baik respon perilaku, sosial, kognitif, komposit perilaku kekerasan dan fisik. Faktor yang akan dianalisis meliputi : *Assertiveness Training*, jenis kelamin, tipe Skizoprenia, riwayat kekerasn dan frekuensi dirawat. Untuk menganalisis dilakukan dengan uji regresi linier ganda.

1. Faktor yang berkontribusi terhadap respon perilaku

Analisis faktor yang berhubungan terhadap respon perilaku dilakukan dengan uji regresi linier ganda. Hasil analisis ditampilkan secara lengkap dalam tabel 5.13

Tabel 5.13
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon perilaku pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di RSUD Banyumas tahun 2009 (n=72)

Variabel	R	R ²	Beta	P value
<i>Assertiveness Training</i>	0.857	0.735	0.855	0.005
Jenis Kelamin			0.240	0.717
Tipe Skizoprenia			-0.124	0.071
Riwayat Kekerasan			-0.036	0.600
Frekuensi dirawat			-0.590	0.376

Dari tabel 5.13 menunjukkan bahwa *Assertiveness Training* berhubungan dengan respon perilaku ($p\text{-value} < 0,05$). Hubungan *Assertiveness Training* dengan respon perilaku menunjukkan hubungan yang sangat kuat ($R=0,857$). *Assertiveness Training* berpeluang 73,5% menurunkan respon perilaku.

2. Faktor yang berkontribusi terhadap respon sosial

Analisis faktor yang berhubungan terhadap respon sosial ditampilkan secara lengkap dalam tabel 5.14

Tabel 5.14
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon sosial pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di RSUD Banyumas tahun 2009 (n=72)

Variabel	R	R ²	Beta	p value
<i>Assertiveness Training</i>	0.922	0.851	0.920	0.005
Jenis Kelamin			0.045	0.364
Frekuensi dirawat			-0.500	0.316
Tipe Skizoprenia			-0.112	0.030
Riwayat Kekerasan			0.017	0.743

Dari tabel 5.14 menunjukkan bahwa *Assertiveness Training* dan tipe Skizoprenia berhubungan dengan respon sosial ($p\text{ value} < 0,05$) Hubungan *Assertiveness Training* dan tipe Skizoprenia Paranoid dengan respon sosial menunjukkan hubungan yang sangat kuat ($R=0,922$). *Assertiveness Training* berpeluang 73,5% menurunkan respon sosial. Tipe Skizoprenia berkontribusi 73,5% terhadap respon sosial.

3. Faktor yang berkontribusi terhadap respon kognitif

Analisis faktor yang berhubungan terhadap respon kognitif ditampilkan secara lengkap dalam tabel 5.15. Tabel 5.15 menunjukkan bahwa *Assertiveness Training* dan tipe Skizoprenia berhubungan dengan respon kognitif ($p\text{ value} < 0,05$) Hubungan *Assertiveness Training* dan tipe Skizoprenia Paranoid dengan respon kognitif menunjukkan hubungan yang sangat kuat ($R=0,897$). *Assertiveness Training* berpeluang 80,5%

menurunkan respon kognitif. Tipe Skizoprenia berkontribusi 80,5% terhadap respon kognitif.

Tabel 5.15
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di RSUD Banyumas tahun 2009 (n=72)

Variabel	R	R ²	Beta	P value
<i>Assertiveness Training</i>	0.897	0.805	8.020	0.005
Jenis Kelamin			0.710	0.480
Frekuensi dirawat			0.700	0.090
Tipe Skizoprenia			-2.950	0.040
Riwayat Kekerasan			0.300	0.706

4. Faktor yang berkontribusi terhadap komposit perilaku kekerasan

Analisis faktor yang berhubungan terhadap komposit perilaku kekerasan ditampilkan secara lengkap dalam tabel 5.16

Tabel 5.16
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap komposit perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di RSUD Banyumas tahun 2009 (n=72)

Variabel	R	R ²	Beta	p value
<i>Assertiveness Training</i>	0.935	0.874	0.830	0.005
Jenis Kelamin			0.030	0.470
Frekuensi dirawat			0.008	0.860
Tipe Skizoprenia			-0.145	0.030
Riwayat Kekerasan			0.004	0.925

Dari tabel 5.16 menunjukkan bahwa *Assertiveness Training* dan tipe Skizoprenia berhubungan dengan komposit perilaku kekerasan ($p\text{ value} < 0,05$) Hubungan *Assertiveness Training* dan tipe Skizoprenia Paranoid dengan komposit perilaku kekerasan menunjukkan hubungan yang sangat kuat ($R=0,935$). *Assertiveness Training* berpeluang 87,4% menurunkan

komposit perilaku kekerasan. Tipe Skizoprenia berkontribusi 80,5% terhadap komposit perilaku kekerasan.

5. Faktor yang berkontribusi terhadap respon fisik

Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon fisik ditampilkan secara lengkap dalam tabel 5.17

Tabel 5.17
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap respon fisik pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di RSUD Banyumas tahun 2009 (n=72)

Variabel	R	R ²	Beta	p value
<i>Assertiveness Training</i>	0.497	0.247	0.385	0.080
Jenis Kelamin			0.080	0.430
Frekuensi dirawat			-0.170	0.880
Tipe Skizoprenia			-0.060	0.600
Riwayat Kekerasan			0.036	0.578

Dari tabel 5.17 menunjukkan bahwa tidak ada faktor yang berhubungan langsung dengan respon fisik pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan. Hal ini didukung dengan nilai R=0,497, menunjukkan hubungan yang lemah. *Assertiveness Training* berpeluang 24,7% menurunkan respon fisik.

Dari analisis diatas dapat disimpulkan bahwa *Assertiveness Training* berpeluang besar menurunkan respon perilaku, sosial, kognitif dan komposit perilaku kekerasan dan berpeluang kecil menurunkan respon fisik.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya. Pembahasan meliputi : pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan, keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian.

A. Pengaruh *Assertiveness Training* dan terapi generalis terhadap perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia dikaji melalui respon perilaku, sosial, kognitif dan fisik atau respon perilaku internal (Boyd & Nihart, 1996). Dalam bagian ini akan diuraikan pengaruh *Assertiveness Training* terhadap respon perilaku, respon sosial, respon kognitif, fisik dan komposit perilaku kekerasan serta *variabel confounding* yang berkontribusi.

1. Perilaku kekerasan sebelum *Assertiveness Training*

Hasil penelitian yang menunjukkan perilaku kekerasan baik respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan komposit perilaku kekerasan klien Skizoprenia di RSUD Banyumas sebelum *Assertiveness Training* berada pada rentang sedang dan tinggi.

Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003) menyebutkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarga untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena beresiko membahayakan bagi diri dan orang lain. Perilaku kekerasan menjadi alasan masuk yang paling utama klien gangguan jiwa di RSUD Banyumas pada bulan Januari yaitu

sebanyak 62 kasus dari 80 kasus (68%). Sesuai dengan definisi operasional penelitian ini klien perilaku kekerasan akan menunjukkan respon kognitif berupa ketidakmampuan menyelesaikan masalah, supresi pikiran dan tidak memahami tentang kemarahan, respon perilaku berupa melakukan kekerasan secara fisik terhadap orang lain, melakukan kekerasan fisik terhadap lingkungan dan agitasi motorik, respon sosial berupa kekerasan verbal terhadap orang lain, kekerasan verbal terhadap lingkungan dan melanggar jarak personal (jarak bicara < 60 cm) serta respon fisik berupa peningkatan frekuensi pernafasan, nadi, keringat berlebih, pandangan mata tajam dan muka merah.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan kasus yang cukup banyak dijumpai dan menjadi alasan utama keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa ke rumah sakit karena membahayakan bagi klien maupun lingkungan. Berdasarkan hal tersebut perlu peningkatan kompetensi perawat dalam asuhan keperawatan klien perilaku kekerasan dan peningkatan pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan sehingga keluarga memiliki pemahaman dan kemampuan dalam menghadapi anggota keluarga dengan perilaku kekerasan.

2. Perilaku kekerasan setelah mendapat *Assertiveness Training*

Dalam bagian ini akan dibahas tentang pengaruh terapi generalis dan *Assertiveness Training* terhadap respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan komosit perilaku kekerasan.

- a. Pengaruh terapi generalis dan *Assertiveness Training* terhadap respon perilaku

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna respon perilaku pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* serta kelompok yang mendapatkan terapi generalis. Secara substansi penurunan skor perilaku lebih besar pada kelompok yang mendapatkan *Assertiveness Training* dan terapi generalis (skor tinggi ke rendah) dari pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis (skor tinggi ke sedang). *Assertiveness Training* berpeluang 73,5% menurunkan respon perilaku.

Dari hasil diatas menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis pada klien perilaku kekerasan berpengaruh menurunkan respon perilaku. Walaupun selisih penurunan perilaku tidak begitu besar. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003), bahwa pemberian terapi generalis perilaku kekerasan menghasilkan kemampuan mencegah perilaku kekerasan secara mandiri sebesar 86,6% dan secara signifikan menurunkan perilaku kekerasan ($p\text{ value} < 0,05$).

Pemberian terapi generalis perilaku kekerasan melatih klien kemampuan secara kognitif berupa pemahaman tentang perilaku kekerasan, afektif berupa kemauan untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilatih dan psikomotor berupa cara mengontrol perilaku kekerasan secara konstruktif.

Pemberian terapi generalis dan *Assertiveness Training* pada kelompok intervensi berdampak penurunan respon perilaku cukup besar.

Assertiveness Training merupakan salah satu jenis terapi perilaku, perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan oleh klien. Tahapan meliputi *describing* (menggambarkan perilaku baru yang akan dipelajari), *learning* (mempelajari perilaku baru melalui petunjuk dan demonstrasi), *practicing* atau role play (mempraktekan perilaku baru dengan memberikan umpan balik dan *transferring* (mengaplikasikan perilaku baru dalam situasi nyata (Stuart & Laraia, 2005). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Renidayati (2008) tentang pemberian terapi *Social Skill Training* untuk meningkatkan kemampuan perilaku dalam berkomunikasi yang dilakukan dengan empat tahapan tersebut, menunjukkan hasil yang signifikan. Penelitian oleh Miller dan Harsen (1973, dalam Forkas 1997) menyatakan bahwa perubahan perilaku yang lebih baik dapat dilakukan dengan tehnik asertif.

Dari penjelasan diatas menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis dipadu dengan *Assertiveness Training* menurunkan respon perilaku lebih besar dari pada hanya dengan terapi generalis. Sehingga perlu diupayakan peningkatan kualitas sumberdaya perawat dalam pelaksanaan terapi generalis serta pelaksanaan *Assertiveness Training*.

b. Pengaruh terapi generalis dan *Assertiveness Training* terhadap respon sosial

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna respon sosial pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* serta penurunan yang tidak bermakna pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis. Secara substansi penurunan skor perilaku lebih besar pada kelompok yang mendapatkan *Assertiveness Training* dan terapi generalis (skor tinggi ke rendah) dari pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis (tetap berada pada skor tinggi). *Assertiveness Training* berpeluang 85,1% menurunkan respon sosial.

Klien dengan perilaku kekerasan akan mengalami perubahan dalam respon sosial yang mengakibatkan ketidakmampuan klien dalam melakukan hubungan interpersonal secara tepat (Boyd & Nihart, 1996). *Assertiveness Training* merupakan tindakan untuk melatih kemampuan dasar interpersonal yang sering terganggu pada klien Skizoprenia (Stuart & Laraia, 2005), kemampuan yang dimaksud yaitu mengkomunikasikan secara langsung pada orang lain, mengatakan tidak untuk permintaan yang tidak rasional, menyampaikan rasa tidak setuju dan mengekspresikan pendapat. Hunziker (1997) menyatakan dengan *Assertiveness Training* klien dilatih untuk meningkatkan kemampuan komunikasi verbal dan non verbal yang meliputi kontak mata, postur tubuh, tekanan suara dan volume suara. Penelitian yang dilakukan Bregman (1984, dalam Forkas 1997) menyatakan bahwa *Assertiveness Training* berpengaruh positif terhadap

kemampuan berkomunikasi secara asertif dengan melibatkan aspek nonverbal.

Dari hasil penelitian dan penjelasan diatas menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis dan *Assertiveness Training* pada klien perilaku kekerasan efektif untuk menurunkan respon sosial, sehingga kemampuan interpersonal klien meningkat.

Dalam penelitian yang dilakukan Keliat (2003), menyatakan bahwa pemberian terapi generalis perilaku kekerasan secara signifikan berpengaruh terhadap kemampuan sosial berupa cara meminta dan menolak permintaan orang lain dengan baik.

Kemampuan psikomotor klien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial selain pengaruhi oleh kemampuan kognitif juga oleh lingkungan.

Lingkungan yang dimaksud dapat berupa orang disekitarnya dan tempat perawatan. Hal sesuai dengan *Social Learning Theory* dari Bandura yang

menjelaskan tingkah laku manusia merupakan bentuk interaksi timbal balik yang terus menerus antara determinan kognitif, behavioral dan lingkungan (Alwisol, 2006).

Orang saling mempengaruhi tingkah lakunya dengan mengontrol lingkungan dan juga dikontrol lingkungan (Alwisol, 2006).

Kondisi lingkungan perawatan yang kurang kondusif dan kurang privacy serta kebiasaan komunikasi tenaga kesehatan yang merawat yang

kurang terapeutik dapat mempengaruhi kebiasaan komunikasi klien. Untuk itu perawat perlu membiasakan komunikasi terapeutik selama melakukan

asuhan keperawatan dan diperlukan tempat perawatan yang kondusif serta memperhatikan privacy klien.

Metode pelaksanaan *Assertiveness Training* akan memotivasi klien untuk lebih berperan aktif berfikir dan berlatih terhadap kemampuan sosial atau verbal yang diajarkan. Hal ini menyebabkan pemberian terapi generalis dipadu dengan *Assertiveness Training* lebih efektif untuk menurunkan respon sosial dari pada hanya dengan terapi generalis.

c. Pengaruh terapi generalis dan *Assertiveness Training* terhadap respon kognitif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna respon kognitif pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* serta kelompok yang mendapatkan terapi generalis. Secara substansi penurunan skor perilaku lebih besar pada kelompok yang mendapatkan *Assertiveness Training* dan terapi generalis (skor tinggi ke rendah) dari pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis (tetap pada skor tinggi). *Assertiveness Training* berpeluang 80,5% menurunkan respon kognitif.

Klien perilaku kekerasan mengalami perubahan respon kognitif berupa gangguan proses berpikir, gangguan dalam mepersepsikan sesuatu serta ketidak mampuan membuat alasan (Boyd & Nihart, 1996). Manajemen perilaku kekerasan termasuk diantaranya yaitu dengan restrukturisasi kognitif. Dengan restrukturisasi kognitif akan membantu latihan yang lebih

baik terhadap kepercayaan dan pikiran otomatis yang mendasari perasaan marah (Dombeck & Moran, 2008).

Assertiveness Training mendukung klien dengan perilaku kekerasan memahami bahwa mereka tidak memiliki hak untuk mengganggu hak lain dan tindakan asertif lebih diterima orang lain dari pada tindakan agresif (Dombeck & Moran, 2008). Keliat dan Sinaga (1991), menyatakan bahwa latihan asertif akan melatih individu menerima diri sebagai orang yang mengalami marah dan membantu mengeksplorasi diri dalam menemukan alasan marah. Penelitian oleh Lange dan Jakubowski (1976, dalam Vinick, 1983) menyatakan bahwa *Assertiveness Training* menurunkan hambatan kognitif dan afektif untuk berperilaku asertif seperti kecemasan, marah dan pikiran tidak rasional.

Dari hasil penelitian dan penjelasan diatas menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis dan *Assertiveness Training* efektif untuk meningkatkan respon kognitif klien perilaku kekerasan sehingga lebih adaptif dalam menghadapi suatu stressor.

Terapi generalis perilaku kekerasan memberikan kemampuan pada klien berupa pengetahuan tentang marah baik penyebab marah, tanda dan gejala marah, perilaku mengekspresikan marah yang dilakukan klien dan akibatnya serta menjelaskan cara ekspresi marah yang lebih konstruktif (Keliat dkk, 2006).

Dari uraian diatas didapatkan bahwa pemberian terapi generalis dan *Assertiveness Training* akan menurunkan respon kognitif. Penurunan respon kognitif lebih besar jika pemberian terapi generalis dipadu *Assertiveness Training* dari pada hanya dengan terapi generalis saja. Dari hal tersebut perlu kiranya peningkatan kualitas perawat dalam melaksanakan terapi generalis sehingga menjadi budaya kerja dan mengembangkan pelaksanaan *Assertiveness Training*.

- d. Pengaruh terapi generalis dan *Assertiveness Training* terhadap respon fisik
- Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna respon fisik pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* serta kelompok yang mendapatkan terapi generalis. Secara substansi penurunan skor respon fisik pada kelompok yang mendapatkan *Assertiveness Training* dan terapi generalis serta kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis tidak jauh berbeda (tinggi ke rendah).. *Assertiveness Training* hanya berpeluang 24,7% menurunkan respon fisik. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis tanpa *Assertiveness Training* pada kelompok kontrol, serta pemberian terapi generalis dan *Assertiveness Training* berpengaruh terhadap respon fisik dengan penurunan mendekati skor minimal (5).

Respon fisik merupakan respon yang mengikuti perubahan kognitif pada klien perilaku kekerasan (Boyd & Nihart, 1998). Berdasarkan model adaptasi Stuart, menjelaskan bahwa penilaian seseorang terhadap stresor membedakan makna dan dampak dari suatu situasi yang menekan

ditunjukkan dengan respon kognitif, respon afektif, respon fisik, respon perilaku dan respon sosial (Stuart & Laraia, 2005). Respon kognitif merupakan hasil penilaian terhadap kejadian yang menekan, pilihan coping yang digunakan, reaksi emosional, fisiologis, perilaku dan sosial individu. Tiga tipe penilaian kognitif terhadap stressor yaitu : berbahaya atau menghilangkan, menekan, antisipasi atau berbahaya untuk masa yang akan datang serta perubahan yang berpotensi untuk peningkatan, pertumbuhan dan perbaikan (Stuart & Laraia, 2005).

Setelah melakukan penilaian kognitif terhadap situasi, individu akan menampilkan respon afektif yang dimunculkan dengan emosi berupa marah, gembira, sedih, menerima, antisipasi atau respon emosi yang lain (Stuart & Laraia, 2005). Beberapa saat kemudian muncul perubahan fisiologis atau respon fisik (Boyd & Nihart, 1998).

Respon fisik dipengaruhi penilaian individu terhadap situasi, bersifat otomatis dan tidak berada dibawah kontrol. *Locus Cereus* di otak mengawali respon stres dengan melepaskan stimulus ke saraf simpatik yang disebut reaksi *fight atau flight* dan meningkatkan aktifitas kelenjar pituitari serta adrenal (Boyd & Nihart, 1998). Respon simpatik yang mengikuti emosi bersifat unik, artinya bahwa marah mungkin secara otomatis menyebabkan tremor pada seseorang tapi pada orang lain menimbulkan respon fisik yang lebih kompleks berupa tremor dan berkeringat. Demikian juga marah menyebabkan muka kemerahan dan keringat berlebihan pada seseorang, tapi tidak pada orang lain.

Respon fisik ditandai dengan perubahan respon simpatik berupa meningkatnya tekanan darah, meningkatnya aliran darah, meningkatnya kecepatan metabolisme basal, meningkatnya konsentrasi glukosa, meningkatnya ketegangan otot (Boyd & Nihart, 1998). Selanjutnya akan diikuti respon perilaku dan sosial.

Hal diatas menjelaskan kemampuan penilaian kognitif akan mempengaruhi respon emosi yang muncul, bersamaan ditunjukkan dengan perubahan respon fisik dan diikuti respon perilaku dan sosial.

Dari uraian sebelumnya menjelaskan bahwa terapi generalis dan *Assertiveness Training* berpengaruh signifikan terhadap respon kognitif, perilaku maupun sosial sehingga secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap respon fisik. Namun karena respon fisik berbeda-beda pada tiap individu, maka untuk meningkatkan pengaruh terhadap perubahan respon fisik, peneliti menganggap perlu untuk diberikan terapi spesialis lain yang memiliki dampak langsung terhadap respon fisik klien perilaku kekerasan, seperti relaksasi progresif.

Terapi relaksasi progresif dilakukan melalui proses menegangkan dan melepaskan otot diawali dari otot wajah dan bergerak turun sampai otot kaki. Dengan terapi ini individu belajar tehnik yang sistematis dan melakukan kontrol terhadap emosi yang mempengaruhi berpikir serta ketegangan otot (Stuart & Laraia, 2005).

Dari penjelasan diatas menunjukkan bahwa untuk memberikan pengaruh yang lebih signifikan terhadap perubahan respon fisik perilaku kekerasan, selain terapi generalis dan *Assertiveness Training*, perlu ditambahkan terapi spesialis lain yang langsung berdampak pada respon fisik seperti relaksasi progresif.

e. Pengaruh terapi generalis dan *Assertiveness Training* terhadap komposit perilaku kekerasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna komposit perilaku kekerasan pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* serta kelompok yang mendapatkan terapi generalis. Secara substansi penurunan skor komposit perilaku kekerasan pada kelompok yang mendapatkan *Assertiveness Training* dan terapi generalis jauh lebih besar (dari tinggi ke rendah) daripada kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis (tetap berada pada skor tinggi). *Assertiveness Training* berpeluang 87,4% menurunkan komposit perilaku kekerasan.

Komposit perilaku kekerasan merupakan penggabungan skor respon perilaku, sosial dan kognitif. Pada penjelasan sebelumnya didapatkan bahwa skor . respon perilaku, sosial dan kognitif pada kelompok mendapatkan terapi generalis dan *Assertiveness Training* dan pada kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis skor . respon

perilaku dan kognitif menurun secara bermakna. Sehingga jika digabungkan akan menunjukkan hasil yang bermakna.

Dari uraian diatas penilaian respon perilaku kekerasan lebih baik dilakukan secara terpisah sehingga dapat dinilai untuk masing-masing respon. Jika penilaian digabung dapat menunjukkan hasil yang sedikit berbeda.

3. Faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia

Hasil analisis *variabel confounding* yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan menunjukkan hanya variabel tipe Skizoprenia. Tipe Skizoprenia Paranoid berhubungan kuat dengan respon sosial ($R=0,922$) dan respon kognitif ($R=0,897$), berkontribusi terhadap respon sosial sebesar 85,1% serta berkontribusi 80,5% terhadap respon kognitif.

Skizoprenia tipe paranoid umumnya bersikap sangat bermusuhan terhadap orang lain (Handayani, 2007), sehingga perilaku kekerasan sering terjadi pada Skizoprenia jenis ini. Hal ini sesuai survey yang dilakukan oleh Sulastri (2008) terhadap 18 orang klien perilaku kekerasan, ditemukan 14 orang (80%) dengan diagnosis Skizoprenia paranoid, sedang sisanya termasuk Skizoprenia jenis yang lain. Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003) menyatakan bahwa Skizoprenia tipe paranoid berpengaruh terhadap perilaku kekerasan dan jarak kekambuhan ($p\ value < 0,05$).

Salah satu tanda khas pada Skizoprenia tipe Paranoid yaitu tidak ada disorganisasi bicara, sehingga mempengaruhi kemampuan respon sosial klien

(Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Tipe Skizoprenia paranoid memiliki kontribusi terhadap respon kognitif. Klien Skizoprenia paranoid memiliki tanda khas berupa pemikiran paranoid. Ide paranoid sulit dikoreksi dengan pengalaman dan fakta atau realitas (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Dari hasil penelitian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa klien Skizoprenia tipe paranoid mempunyai lebih resiko melakukan perilaku kekerasan daripada tipe yang lain. Hal ini dapat dijadikan sebagai pedoman bagi perawat dalam melakukan pengkajian pada klien perilaku kekerasan dan meningkatkan kewaspadaan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

B. Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman yaitu keterbatasan tempat responden. Pada perencanaan penelitian, rancangan pengambilan sampel untuk Ruang Samiaji (ruang kelas III dan JPS) dan Yudistira (ruang VIP, kelas I dan II) dilakukan secara seimbang. Ruang Yudistira 18 responden kelompok intervensi dan 18 responden kelompok kontrol. Demikian juga untuk Ruang Samiaji. Namun pada pelaksanaannya sampel dari Samiaji lebih banyak yaitu 52 orang (26 orang kelompok intervensi dan 26 orang kelompok kontrol), sedangkan dari ruang Yudistira 20 orang (10 orang kelompok intervensi dan 10 orang kelompok kontrol).

Hal ini disebabkan jumlah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di Ruang Yudistira lebih sedikit daripada Ruang Samiaji, sehingga jumlah sampel kedua ruangan tidak seimbang. Perbedaan ruang perawatan antara Ruang Samiaji dimana ruang perawatan terlalu penuh dan kurang memenuhi privacy dan Ruang Yudistira yang lebih nyaman dan memenuhi privacy dapat berdampak perilaku kekerasan di ruang Samiaji lebih tinggi. Kondisi ini peneliti minimalkan dengan tempat pelaksanaan *Assertiveness Training* untuk responden dari dua ruangan tersebut tidak dibedakan. Pengaruh lingkungan terhadap perilaku kekerasan tidak diteliti dalam penelitian ini.

C. Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *Assertiveness Training* terhadap Perilaku Kekerasan pada Klien Skizoprenia di RSUD Banyumas.

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

1. Pelayanan Keperawatan di RS Jiwa

Rumah sakit jiwa sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi klien gangguan jiwa merupakan setting yang baik untuk melaksanakan terapi generalis dan *Assertiveness Training* sebagai tempat klien meningkatkan kemampuan interpersonal dan belajar koping yang baru, menemukan strategi untuk mengatasi perilaku kekerasan atau masalah komunikasi yang dialami klien.

Perawat yang bekerja dibangsal jiwa perlu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan membudayakan penerapan terapi generalis sebagai salah satu terapi untuk menurunkan perilaku kekerasan. Direktur Rumah Sakit dan Bidang Perawatan memberlakukan *Assertiveness Training* sebagai panduan

dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan melalui kerjasama dengan perawat spesialis jiwa yang sudah ada.

2. Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

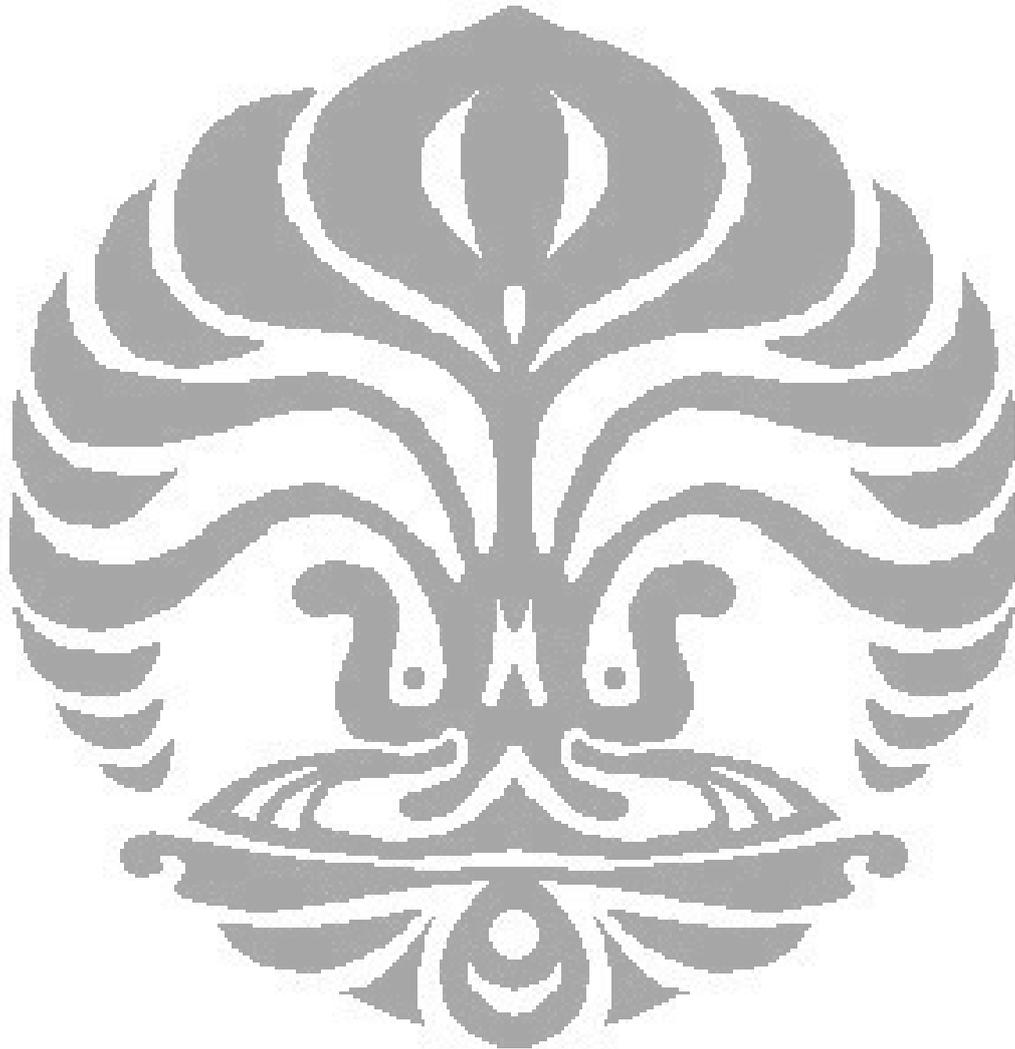
Terdapat beberapa hasil penelitian yang berkaitan dengan perilaku kekerasan. Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003) menyatakan bahwa edukasi kepada klien dan keluarga berpengaruh signifikan menurunkan perilaku kekerasan. Penelitian Kirana (2007) menunjukkan bahwa pelatihan penanganan perilaku kekerasan kepada perawat berpengaruh signifikan dalam pada kemampuan perawat sehingga menurunkan perilaku kekerasan klien. Hasil penelitian menunjukkan pemberian terapi generalis dipadu *Assertiveness Training* berpengaruh menurunkan perilaku kekerasan lebih rendah daripada hanya diberikan terapi generalis saja.

Hal ini merupakan pembuktian bahwa edukasi kepada perawat, terapi generalis *Assertiveness Training* merupakan pilihan intervensi yang diberikan kepada klien perilaku kekerasan. Pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa, *Assertiveness Training* dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan selain dengan terapi generalis.

3. Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas di RSUD Banyumas dan pada klien perilaku kekerasan. Agar dapat digeneralisasi dapat dilakukan penelitian lanjutan di rumah sakit lain dengan sampel yang lebih banyak maupun pada kasus lain seperti pada kasus kecemasan atau depresi. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal untuk melakukan penelitian *Assertiveness*

Training berikutnya, seperti penerapan *Assertiveness Training* dipadu dengan pendidikan kesehatan atau terapi lain seperti terapi relaksasi progresif



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di RSUD Banyumas ini maka dapat ditarik simpulan dan saran sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Karakteristik klien perilaku kekerasan yang lebih dominan yaitu laki-laki, memiliki riwayat kekerasan sebelumnya, tipe Skizoprenia paranoid dan frekuensi dirawat 3 kali atau lebih.
2. Perilaku kekerasan meliputi respon perilaku, respon sosial, respon kognitif dan fisik sebelum *Assertiveness Training* berada pada rentang tinggi.
3. *Assertiveness Training* dan terapi generalis berpengaruh signifikan menurunkan respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan komposit perilaku kekerasan.
4. Terapi generalis berpengaruh signifikan menurunkan respon perilaku, kognitif, fisik dan komposit perilaku kekerasan.
5. Perilaku kekerasan pada kelompok yang mendapat terapi generalis dan *Assertiveness Training* mengalami penurunan lebih rendah secara bermakna dari pada kelompok yang hanya mendapat terapi generalis.
6. Selisih penurunan perilaku kekerasan kelompok yang mendapat terapi generalis dan *Assertiveness Training* berbeda secara bermakna dari pada kelompok yang hanya mendapat terapi generalis.

7. Karakteristik tipe Skizoprenia paranoid berkontribusi terhadap perilaku kekerasan respon sosial dan kognitif.

B. Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian tentang pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia.

1. Aplikasi keperawatan

- a. Kualitas sumber daya manusia keperawatan perlu lebih ditingkatkan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien perilaku berdasarkan standar terapi generalis.
- b. Perawat spesialis keperawatan jiwa perlu bekerjasama dengan Rumah Sakit Jiwa terdekat untuk pelaksanaan *Assertiveness Training* sebagai salah satu terapi spesialis bagi klien perilaku kekerasan.
- c. Direktur Rumah Sakit Jiwa atau Rumah Sakit Umum yang membuka bangsal jiwa menetapkan suatu kebijakan untuk implementasi terapi individu pada keperawatan jiwa yaitu *Assertiveness Training* dan terapi generalis pada klien gangguan jiwa dengan masalah perilaku kekerasan karena jumlah kasus perilaku kekerasan yang cukup banyak.
- d. Direktur Sakit Jiwa atau Rumah Sakit Umum yang membuka bangsal jiwa hendaknya memperhatikan kondisi ruang perawatan klien perilaku kekerasan dengan mempertimbangkan jumlah klien dalam satu ruangan, privacy dan kenyamanan.

2. Keilmuan

Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa dengan penerapan *Assertiveness Training* dan terapi generalis bagi klien dengan perilaku kekerasan.

3. Metodologi

- a. Perlu penelitian kualitatif untuk melengkapi informasi tentang sejauh mana terapi generalis dan *Assertiveness Training* berpengaruh menurunkan perilaku kekerasan.
- b. Perlu penelitian pada kasus lain untuk melengkapi informasi tentang sejauh mana *Assertiveness Training* dapat membantu klien dengan masalah selain perilaku kekerasan dalam meningkatkan kemampuan perilaku asertif.
- c. Perlu dilakukan penelitian lanjutan berkaitan dengan pengaruh *Assertiveness Training* ditambah dengan terapi spesialis lain seperti relaksasi progresif dalam menurunkan perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwisol.(2006).*Psikologi kepribadian*.Malang :UMM Press.Malang
- Anonim (2009 ,*Terapi penyakit Skizoprenia*, diperoleh tanggal 24 Januari, 2009).
- Anonim, (2009, *Prognosis penyakit Skizoprenia*, diperoleh tanggal 15 Pebruari 2009).
- Anonim, (2008, <http://en.wikipedia.org/wiki/Violence>, diperoleh tanggal 9 Pebruari 2009).
- Balitbangkes, (2008, www.litbang.depkes.go.id, diperoleh tanggal 24 Januari 2009)
- Barnette V, (2008, <http://www.viowa.edu/uc/5/asertcom>, diunduh tanggal 6 Januari 2009).
- Bennett, Farrington & Huesmann, (2004. <http://www.sciencedirect.com/science?>, diunduh 8 Juni 2009)
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*, Philadelphia: Lippincott
- Brockopp, D.Y. & Marie, T.H.T. (1995). *Fundamental of nursing research (Dasar-dasar riset keperawatan)*. Boston: Jones & Barlett Publishers.
- Chlan, L., Evans, D., Greenleaf, M. dan Walker, J. (2000). *Effects of a single music therapy intervention on anxiety, discomfort, satisfaction, and compliance with screening guidelines in outpatients undergoing flexible sigmoidoscopy. Gastroenterology Nursing*, 23(4), 148-156.
- Djarmiko P, (2008, <http://pdkijaya.com>, diunduh tanggal 18 Desember 2008).
- Fazel S.(2009. <http://www.reuters.com/article/healthNews/id>. di unduh 8 Juni 2009
- Forkas, (1997, *Assertiveness training with individuals who are moderatly and mildly retarded*, diperoleh tanggal 26 Januari 2009).
- Fortinash, K.M. (1985). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd edition). St. Louis: Mosby.
- Frisch,N.C & Frisch,L., (2006), *Psychiatric mental health nursing*, Third Edition, USA: Thompson Delmar Learning.
- Hastono, S.P. (2005). *Modul analisis data*, Jakarta : FKM – UI (tidak dipublikasikan).
- Hopkins ,L., (2005, <http://www.Ezinearticles.com/?assertive-communication-6-tips-for-effecyive-use>, diunduh tanggal 6 Januari 2009).

Handayani,.(2008, *Cara keluarga menghadapi gangguan Skizoprenia*, diperoleh tanggal 19 Oktober 2008).

Hunziker, (1997, *Comparison of group and individual assertive training*, 6, diperoleh tanggal 15 Pebruari 2009).

Kaplan & Saddock (1997). *Synopsis of psychiatry sciences clinical psychiatry*. (7th ed), Baltimore : Williams & Wilkins.

Kaplan & Saddock (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed), Lippincot : Williams & Wilkins.

Keliat & Sinaga, (1994). *Asuhan keperawatan pada klien marah*, Jakarta : EGC

Keliat,B.A.,(2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor: Desertasi*, Jakarta:FKM UI.

Keliat & dkk, (2005). *Modul BC Community Mental Health Nursing (CMHN)*, Jakarta : WHO-FIK UI.

Keliat & dkk, (2006). *Modul Psychiatric Intensive Care Unit (PICU)*, Jakarta : FIK UI.

Keliat & dkk, (2006). *Modul model praktek keperawatan profesional jiwa (MPKP) Jiwa*. Jakarta : WHO-FIK UI

Kirana,W, (2007), *Pengaruh pelatihan penanganan klien risiko perilaku kekerasan terhadap kinerja perawat dan perubahan perilaku klien risiko perilaku kekerasan* : Tesis, Depok: FIK UI.

Lemeshow,et. al, (1997). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Yogyakarta : UGM Press.

Martha Davis,(1995). *Panduan relaksasi & reduksi stress*. Alih bahasa : Yani dan Keliat. Jakarta. EGC.

Morrison, (1993), *The Measurement of aggression and violence in hospitalized psychiatric patient*. International Journal Nursing.

NANDA (2005). *Nursing diagnoses : definitions & classification*, Philadelphia : AR

Notoatmojo,S., (2005), *Ilmu kesehatan masyarakat*, PT. Rineka Cipta.

Profil Jateng, (2006,<http://regionalinvestment.com/sipid/demografipenduduk>, diperoleh tanggal 24 Januari 2009).

Rawlins, William & Beck, (1995), *Mental Health Psychiatric Nursing A Holistic Life Cycle Approach*, Third Edition, USA: Mosby Years Book.

- Renidayati (2008), *Pengaruh social skills training pada klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Sumatera Barat*: Tesis, Depok: FIK UI.
- RSUD Banyumas, (2008), *Sistem informasi rumah sakit*, Banyumas.
- RSUD Banyumas, (2009), *Sistem informasi rumah sakit*, Banyumas.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (2th ed). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Saladino, (2007, [www. proquest umi.com/pqdweb?index](http://www.proquest.umi.com/pqdweb?index), diperoleh tanggal 9 Pebruari 2009).
- Stuart, G.W., and Laraia (2005), *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis: Mosby Year B.
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi riset*. Surabaya: Program Administrasi & Kebijakan Kesehatan. FKM-Unair.
- Sulastri, (2008). *Manajemen asuhan keperawatan jiwa spesialis pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Ruang Utari RSMM Bogor*: KTI, Depok: FIK UI.
- Townsend, M.C (2005), *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed) Philadelphia, F.A.Davis Company.
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, (5th ed), St. Louis: Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vinick, (1983, *The effect of asertiveness tTraining on agression and self concept in conduct disoredered adolescent* , diperoleh tanggal 26 Januari 2009).
- Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse*, USA: Mosby Elseiver.
- WHO, (2001), *The world health report 2001*, World Health Organization
- Wilkinson, (2007), *Diagnosa keperawatan*, Jakarta, EGC
- Yosep,I.,(2008, *proses terjadinya gangguan jiwa*, diperoleh tanggal, 9 Pebruari 2009).

Lampiran 1.

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“ Pengaruh *Assertiveness Training* Terhadap Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizoprenia di RSUD Banyumas”

Peneliti : Dyah Wahyuningsih

No Telp : 085227051220

Saya Dyah Wahyuningsih (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh *Assertiveness Training* terhadap Perilaku Kekerasan pada klien Skizoprenia di RSUD Banyumas

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di rumah sakit.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara : 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden saudara. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Peneliti,

Lampiran 2.

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Banyumas,.....2009

Responden,

.....
Nama terang

Lampiran 3.

A. DATA SOSIODEMOGRAFI RESPONDEN

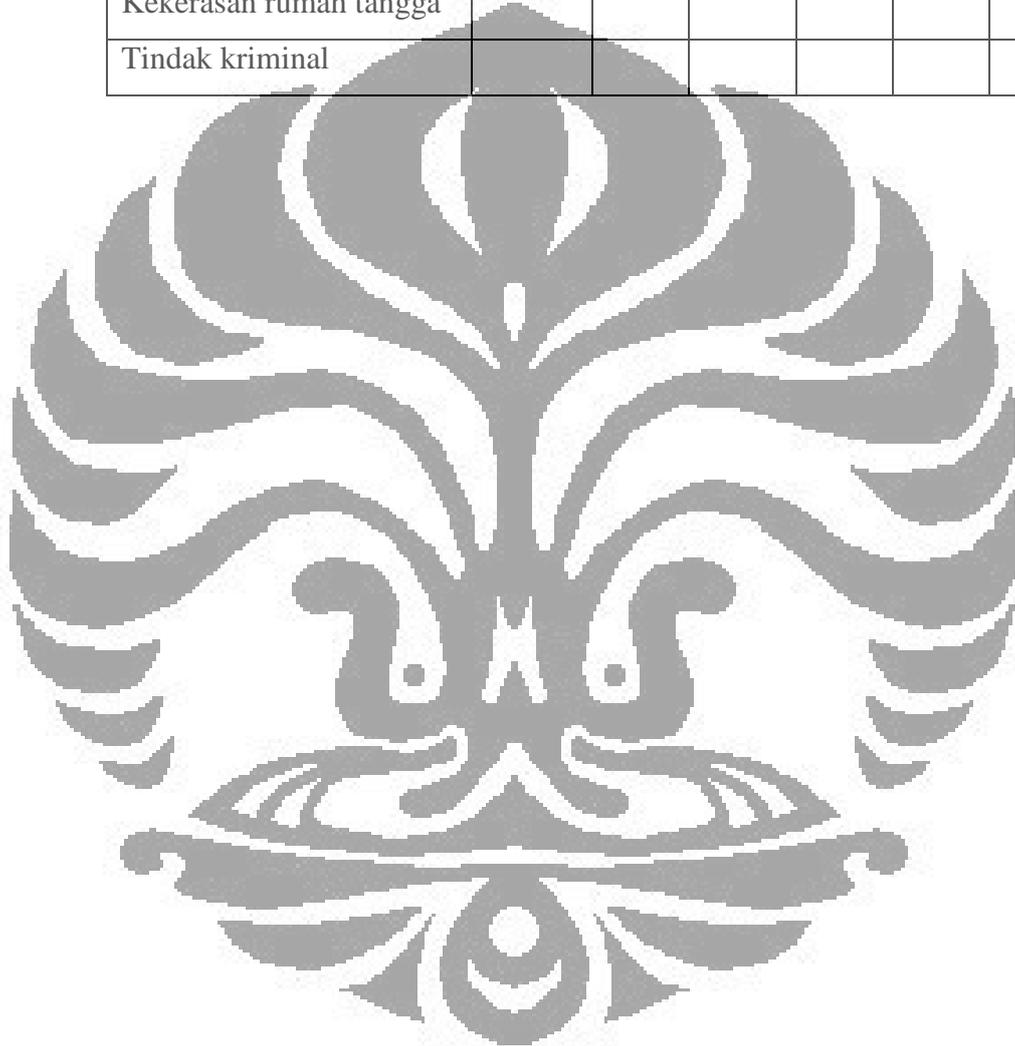
Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut
 2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah tersedia
 3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, berilah tanda silang pada jawaban yang anda pilih
-

1. Kode responden :
2. Jenis kelamin : 1. Pria 2. Perempuan
3. Usia :
4. Pendidikan terakhir klien
 - a. SD
 - b. SLTP
 - c. SMU
 - d. D III
 - e. Perguruan Tinggi
 - f. Tidak sekolah
5. Pekerjaan terakhir
 - a. Pelajar/mahasiswa
 - b. Pegawai Negeri
 - c. TNI/polisi
 - d. Wiraswasta
 - e. Tidak bekerja
 - f. Lain-lain, sebutkan
6. Status perkawinan (klien)
 - a. Kawin
 - b. Janda/duda
 - c. Cerai
 - d. Tidak kawin
7. Riwayat penyakit
 - a. Sekarang perawatan ke.....
 - b. Jika lebih dari 1 (satu) sebutkan sebelumnya
Tempat..... WaktuLama.....hari/bulan.....
 - d. diagnosa medik saat ini.....
8. Riwayat kekerasan
Apakah pernah mengalami riwayat kekerasan : a. Ya b. Tidak

Jika Ya : kapan? Apakah jenisnya ? Sebagai korban/pelaku/saksi

Jenis	Pelaku/ Usia		Korban/Usia		Saksi/Usia	
Kekerasan fisik						
Kekerasan verbal						
Kekerasan seksual						
Penolakan						
Kekerasan rumah tangga						
Tindak kriminal						



Lampiran 4.

B. OBSERVASI RESPON PERILAKU

Nomor responden :

(diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda V pada jawaban yang sesuai dengan yang dilakukan klien dengan ketentuan
4 : Selalu, 3 : Sering, 2: Kadang-kadang, 1: Tidak pernah.
2. Jawablah dengan hati-hati.

No	Pernyataan	Skore			
		4 Selalu	3 Sering	2 Kdng- kdng	1 Tdk pernah
1	Klien merusak benda disekitarnya				
2	Klien menyakiti orang lain secara fisik				
3	Klien tidak mampu duduk dengan tenang				
4	Klien berinteraksi dengan jarak sangat dekat kurang dari 60 cm				
5	Klien menunjukkan ketegangan wajah dan anggota gerak.				

Lampiran 5.

C. OBSERVASI RESPON SOSIAL

Nomor responden :

(diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda V pada jawaban yang sesuai dengan yang dilakukan klien dengan ketentuan:
4 : Selalu, 3 : Sering, 2: Kadang-kadang, 1: Tidak pernah.
2. Jawablah dengan hati-hati.

No	Pernyataan	Skore			
		4 Selalu	3 Sering	2 Kdng- kdng	1 Tdk pernah
1	Klien mengucapkan kata-kata kasar.				
2	Klien menghina orang lain.				
3	Klien berkata atau memerintah dengan suara keras				
4	Klien mengancam secara verbal pada orang lain				
5	Klien mengancam secara verbal merusak barang (lingkungan).				

Lampiran 6.

C. KUISIONER RESPON KOGNITIF

Nomor responden : _____ (diisi oleh responden dengan bantuan peneliti)

Petunjuk pengisian

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda V pada jawaban yang sesuai dengan yang dipikirkan klien dengan ketentuan:
4 : Sangat Setuju (SS), 3 : Setuju (S), 2: Tidak Setuju (TS), 1: Sangat Tidak Setuju (STS)
2. Jawablah dengan hati-hati.

No	Pernyataan	Skore			
		4 SS	3 S	2 TS	1 STS
1	Saya berpikir orang lain memusuhi saya.				
2	Saya berpikir orang lain menyebalkan				
3	Saya berkata kasar pada orang lain untuk melampiaskan kekesalan saya.				
4	Jika kesal saya merusak barang				
5	Saya tidak bercerita pada orang lain jika ada masalah				

D. OBSERVASI RESPON FISIK

Nomor responden :

(diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian

1. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda V pada jawaban yang sesuai dengan yang klien alami

Ya (2) jika menurut anda klien menampilkan respon fisik yang dimaksud

Tidak (1) jika menurut anda klien tidak menampilkan respon fisik yang dimaksud

2. Jawablah dengan hati-hati

No	Aspek	Ya 2	Tidak 1
1	Pernafasan meningkat (diatas 20 x/ menit)		
2	Nadi meningkat (diatas 80 x/menit)		
3	Peningkatan produksi keringat (kulit terasa lembab).		
4	Pandangan mata tajam (kontak mata tertuju dalam satu arah dalam waktu yang lama)		
5	Raut muka merah (Peningkatan vaskularisasi diarea wajah)		

Lampiran 13.

PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN

Petunjuk pengisian:

Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan **instrumen penilaian kinerja (No 04.01.01)**.

Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris **nilai SP**.

No	Kemampuan	Tgl	Tgl
A			
SP Ip			
1	Mengidentifikasi penyebab PK		
2	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK		
3	Mengidentifikasi PK yang dilakukan		
4	Mengidentifikasi akibat PK		
5	Menyebutkan cara mengontrol PK		
6	Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I		
7	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian		
Nilai SP Ip			
SP Iip			
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien		
2	Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II		
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian		
Nilai SP Iip			
SP IIIp			
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien		
2	Melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal		
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian		
Nilai SP IIIp			
SP Ivp			
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien		
2	Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual		
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian		
Nilai SP Ivp			
SP Vp			
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien		
2	Menjelaskan cara mengontrol PK dengan minum obat		
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian		
Nilai SP Vp			
B			
SP I k			
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien		
2	Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK		
3	Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK		
Nilai SP I k			
SP II k			
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK		
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK		
Nilai SP Iik			
SP III k			
1	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)		
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang		
Nilai SP III k			
Nilai Total SP p + SP k			
Rata-rata			

