

ASUHAN KEPERAWATAN NERS DAN NERS SPESIALIS DENGAN PENDEKATAN INTERPERSONAL PEPLAU DAN CARING SWANSON PADA KLIEN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG AKUT RUMAH SAKIT JIWA

Heri Setiawan¹, Budi Anna Keliat², Yossie Susanti Eka Putri³

¹Ners Spesialis RSJ Prof Dr Soerojo Magelang,
korespondensi penulis: herirsjs09@yahoo.com
^{2),3} Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Abstrak

Resiko perilaku kekerasan merupakan diagnosa keperawatan yang paling banyak ditemukan di Ruang Akut Rumah Sakit Jiwa Dr H Marzoeeki Mahdi Bogor yaitu sebanyak 71,62%, Tujuan penulisan artikel ini untuk menjelaskan mengetahui hasil asuhan keperawatan ners dan ners spesialis menggunakan pendekatan model teori interpersonal Peplau. Tindakan keperawatan ners diberikan pada individu, keluarga dan kelompok, tindakan keperawatan ners spesialis dilakukan dengan pemberian latihan asertif (AT) dan psikoedukasi keluarga (PEK). Metode yang digunakan yaitu analisis kasus. Analisis dilakukan pada 8 klien perilaku kekerasan dalam kurun waktu 16 Februari – 18 April 2016. Hasil pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan di ruang akut rumah sakit jiwa menunjukkan terjadinya penurunan tanda gejala klien perilaku kekerasan, peningkatan kemampuan klien dalam mengatasi perilaku kekerasan, dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan di ruang akut rumah sakit jiwa.

Kata kunci: perilaku kekerasan, ruang akut, tanda gejala, kemampuan

Abstract

Risk violence is the most nursing diagnose in acute ward Dr H Marzoeeki Mahdi mental hospital Bogor amount 71,62%. Aims this article is to explain the result or outcome of nursing care and nursing care specialist with Peplau's interpersonal model theory approach. Nursing Ners action to individual, family and peer, and nursing specialist action with assertiveness training (AT) and family psychoeducation (FPE). The method is case study. Analyse in 8 patient with risk violence on 16 February to 18 April 2016. The result nursing care in acute ward mental hospital show that decrease of sign and symptom violence and increase of ability to control violence and, increase familys ability to care of family number with risk violence in acute ward mental hospital.

Key Word: violence, acute ward, sign and symptom, ability

PENDAHULUAN

Kemampuan orang untuk beradaptasi terhadap stressor berbeda-beda, tergantung dari sumber koping dan mekanisme koping seseorang untuk menanggapi stressor tersebut, jika seseorang tersebut tidak bisa beradaptasi dengan baik maka akan jatuh ke perilaku maladaptif yang termasuk di dalamnya gangguan jiwa. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran,

perilaku, dan perasaan yang tampak dalam bentuk sekumpulan tanda gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna pada klien ODGJ, serta dapat menimbulkan dampak pada kehidupan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (UU Kesehatan Jiwa No.18, 2014). Gangguan jiwa dapat membuat seseorang tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dan tidak dapat mengambil keputusan sehingga klien gangguan jiwa

tidak hidup sesuai dengan fungsinya (WHO, 2015).

Ketidakkampuan seseorang dalam menghadapi stressor yang ditandai dengan adanya penyimpangan pikiran, perasaan dan perilaku mengakibatkan klien tidak bisa menjalankan fungsi hidupnya secara normal. Perubahan fungsi hidup yang dialami oleh klien gangguan jiwa mempengaruhi kualitas hidup orang tersebut dan juga berdampak pula pada orang lain, dan juga lingkungan. Jumlah klien gangguan jiwa cukup banyak dialami oleh penduduk di dunia.

Gangguan jiwa dengan jumlah paling banyak yang di alami oleh penduduk di dunia adalah Skizofrenia. Data yang didapatkan menunjukkan bahwa rata rata rasio penduduk dunia yang mengalami Skizofrenia yaitu 7 berbanding 1000 penduduk di dunia atau sebesar kurang lebih 21 juta orang (WHO, 2015), tiga dari empat kasus gejala yang muncul terjadi pada usia 15 dan 34 tahun (Stuart, 2013). Hasil Riskesdas 2013, menunjukkan prevalensi angka gangguan jiwa berat secara nasional adalah 1,7% atau sekitar 3,022,600 orang, atau 14,39% dari total klien skizofrenia di seluruh dunia (Riskesdas Kemenkes RI, 2013). Hal ini menunjukkan secara nasional angka gangguan jiwa berat cukup tinggi di Indonesia. Prevalensi gangguan jiwa berat di provinsi Jawa Barat adalah 1,6% (Riskesdas Kemenkes RI, 2013). Prevalensi tersebut hampir sama dengan prevalensi gangguan jiwa berat secara nasional.

Perilaku kekerasan dapat terjadi pada klien dengan gangguan jiwa berat, Sebuah meta analisis dari 204 studi berdasarkan 166 data independen menemukan bahwa gejala gangguan jiwa berat berkaitan dengan peningkatan perilaku kekerasan sebesar 49-68% (Silverstein et al. 2015). Hasil sistematik review pada 20 studi yang dilakukan, menemukan bahwa ada keterkaitan antara penderita Skizofrenia dengan perilaku kekerasan, dari 18.423 individu dengan gangguan Skizofrenia menunjukkan peningkatan resiko perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang

dilakukan oleh klien dengan Skizofrenia adalah 13,2% dibandingkan dengan populasi pada umumnya yaitu sebesar 19,1%. Prevalensi perilaku kekerasan yang dilakukan oleh orang dengan Skizofrenia adalah 19,1% (Swanson, 2006; Fazel, et al, 2009). Angka perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia tersebut lebih rendah dibandingkan dengan pada populasi pada umumnya.

Perilaku kekerasan terjadi karena tanda gejala positif seperti halusinasi. Halusinasi klien dengan skizofrenia bisa menjadi pencetus terjadinya perilaku Halusinasi dapat menjadi suasana perasaan klien menjadi kurang baik, merasa kewalahan dengan halusinasi tersebut sehingga klien melakukan tindakan perilaku kekerasan. Pada umumnya perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia berkaitan dengan gejala positif skizofrenia, daya tilik diri yang jelek, kondisi premorbid, pengaruh perilaku antisosial klien, dan psikopatologi kondisi akut (Volavka 2013). Kondisi psikopatologi pada klien skizofrenia mengakibatkan terjadinya perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan dilakukan secara verbal maupun nonverbal atau fisik. Perilaku kekerasan dalam bentuk verbal misalnya mengancam, sedangkan perilaku non verbal dilakukan dengan menyerang orang lain, memukul, menendang atau merusak lingkungan. Perilaku kekerasan yang dilakukan dalam bentuk kata-kata kasar sebanyak 60% (Foster, Bowers, & Nijman, 2007), melakukan tindakan kekerasan terhadap objek sebanyak 29 % dan melakukan kekerasan terhadap diri sendiri sebanyak 19 % (Bobes, Fillat & Arango, 2009). Sedangkan perilaku maladaptif yang muncul pada klien dengan tanda gejala negatif seperti isolasi sosial adalah adanya percobaan bunuh diri (*National Institue of Mental Health*, 2009). Percobaan bunuh diri merupakan salah satu bentuk perilaku kekerasan pada diri sendiri. Tanda dan gejala yang khas pada klien skizofrenia yang dapat juga merugikan termasuk mencederai diri sendiri orang lain ataupun lingkungannya

membuat tenaga kesehatan atau orang-orang di sekeliling klien memberikan penanganan khusus untuk mengatasi perilaku tersebut.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi klien resiko perilaku kekerasan dengan psikofarmaka dan pemberian asuhan keperawatan. Strategi pengobatan pada klien perilaku kekerasan pada fase agresif pada kondisi darurat adalah obat-obatan antipsikotik atypikal yang dikombinasikan dengan golongan benzodiazepin, hal tersebut untuk meminimalkan efek ekstrapiramidal sindrom dan dapat memperbaiki psikopatologi secara global, kognitif, gejala negatif dan gangguan alam perasaan (Dixon & Perkins 2010), kedua obat tersebut efektif pada penurunan gejala perilaku kekerasan secara cepat dan efektif. Klien dengan pemberian antipsikotik harus dikaji terlebih dahulu untuk mencegah terjadinya neuroleptik yang mengakibatkan kondisi yang lebih buruk, komplikasi dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada klien (Stuart, 2013). Pemberian benzodiazepin dapat memberikan efek sedatif sehingga klien menjadi lebih tenang dan terjadi penurunan gejala perilaku kekerasan. Pemberian antipsikotik atypikal diberikan pada klien yang mempunyai potensi perilaku kekerasan, antipsikotik atypikal mempunyai efek ekstrapiramidal yang sedikit (Stuart, 2013). Antipsikotik atypikal tersebut juga dapat diberikan dengan kombinasi lorazepam yang dapat memberikan efek sedatif. Sedangkan obat antipsikotik menurunkan gejala positif klien Skizofrenia. Upaya yang dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan bertujuan untuk mencegah terjadinya kekambuhan.

Penanganan kondisi krisis dilakukan di ruangan gawat darurat, apabila masih beresiko menunjukkan perilaku kekerasan maka akan dilanjutkan di layanan rawat inap akut psikiatri. Tujuan layanan rawat inap akut psikiatri adalah untuk memberikan pemberian perlakuan yang manusiawi dengan standar tinggi dan memberikan perawatan dalam lingkungan

yang aman dan terapeutik untuk orang yang mengalami gangguan jiwa (Rethink 2004), menurunkan gejala dan meningkatkan fungsi psikososial klien (Pitkanen 2010), dan remisi penyakit klien dengan berfokus pada gejala klien dan respon koping maladaptif pada klien (Stuart, 2013). Penanganan klien di Ruang akut psikiatri bertujuan untuk mencapai kondisi stabil klien dan meningkatkan koping adaptif klien dalam lingkungan yang terapeutik.

Tindakan keperawatan dilakukan di ruang akut berupa tindakan keperawatan ners dan ners spesialis pada klien dengan perilaku kekerasan. Pada pemberian tindakan ners yaitu berupa latihan nafas dalam, pukul bantal, minum obat teratur, bicara asertif, cara spiritual dan deeksalasi. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata lama rawat klien kelompok intervensi yang diberikan tindakan ners adalah 23 hari sedangkan pada kelompok kontrol 40 hari. Klien pada kelompok intervensi mempunyai kemampuan secara mandiri sebesar 86,6% dan kemampuan dengan menggunakan bantuan sebesar 13,4% dalam mencegah terjadinya perilaku kekerasan. (Keliat et al. 2009). Pada klien yang mempunyai kemampuan secara mandiri untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan mempunyai hari rawat lebih singkat secara bermakna apabila dibandingkan klien yang tidak memiliki kemampuan dalam mencegah perilaku kekerasan

Pemberian terapi spesialis yaitu latihan asertif, terapi ini efektif dalam menurunkan respons perilaku, kognitif, sosial dan fisik pada klien perilaku kekerasan (Wahyuningsih, Keliat, & Hastono, 2009). Latihan asertif merupakan tindakan untuk melatih seseorang mencapai perilaku asertif (Kaplan & Saddock, 2005). Latihan Asertif merupakan program latihan perilaku untuk melatih seseorang menyampaikan kebutuhan, hak, dan menentukan pilihan tanpa mengabaikan hak orang lain, Latihan asertif dikonseptualisasikan sebagai prosedur perilaku yang terstruktur untuk memfasilitasi perubahan perilaku dengan

tepat secara sosial, ekspresif dan memunculkan adanya sebuah perilaku yang adaptif, dengan memperhatikan hak diri individu tanpa melanggar hak orang lain (Tobergte & Curtis 2013).

Tindakan keperawatan pada keluarga berupa tindakan keperawatan ners dan ners spesialis berupa psikoedukasi keluarga. Terapi keluarga pada klien Risiko perilaku kekerasan bertujuan agar keluarga mampu merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan yang diberikan adalah mendiskusikan bersama-sama keluarga mengenai masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Selanjutnya mendiskusikan bersama-sama keluarga faktor-faktor yang menyebabkan Risiko perilaku kekerasan dan mendemonstrasikan cara merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Selain itu keluarga diajarkan mengenai pentingnya memberikan penghargaan dan pujian yang wajar atas upaya dan keberhasilan yang telah dilakukan dan dicapai oleh klien dan terus mendorong klien untuk melakukan kegiatan yang telah berhasil dilakukan klien. Langkah terakhir menyusun perencanaan pulang untuk klien. Dalam membuat perencanaan pulang keluarga membuat perencanaan kegiatan yang akan dilakukan klien selama dirumah (Keliat, 2010).

Tindakan keperawatan ners spesialis pada keluarga berupa psikoedukasi keluarga, psikoedukasi merupakan suatu alat terapi keluarga bertujuan untuk menurunkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Psikoedukasi keluarga adalah salah satu element program perawatan kesehatan jiwa keluarga yang dilakukan dengan cara memberikan informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart, 2013).

Tahapan proses interpersonal yang dikembangkan Peplau dalam empat fase dinilai sangat relevan dengan manajemen kasus pada klien Resiko Perilaku Kekerasan khususnya di ruang akut, dimana klien berada di ruangan yang

pertama di Rumah Sakit Jiwa. Teori Peplau yang berfokus pada *interpersonal relationship* ini sangat sesuai bagi intervensi pada klien dengan resiko perilaku kekerasan dalam mengaplikasikan terapi-terapi spesialis seperti terapi kognitif perilaku dan latihan asertif yang sangat membutuhkan hubungan yang *trust* dari klien kepada perawat sehingga klien bersedia mengungkapkan kebutuhan dan masalah yang dihadapi, pengalaman-pengalaman traumatik dan mengecewakan, termasuk harapan-harapan yang mungkin dirasakan klien belum tercapai sehingga klien merasa frustrasi sehingga menunjukkan respons perilaku kekerasan (Shives, 2009; Stuart, 2013). Konsep hubungan terapeutik perawat-klien sebagai dasar untuk memulainya seorang yang mengalami sakit memulai menerima dan mencoba berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya. Ketika seseorang mulai berani membina hubungan dengan orang lain, maka akan lebih mudah bagi seorang perawat menerapkan proses perawatan yang berkelanjutan berpijak pada kemampuan klien.

Penerapan teori keperawatan yang selanjutnya yaitu teori *caring* oleh Swanson, *Theory of Caring* dari Kristen M. Swanson: mendeskripsikan secara jelas pentingnya peran seorang perawat dalam meningkatkan kesehatan pada orang lain. Kristen M. Swanson mendefinisikan *caring* sebagai suatu cara dalam memelihara hubungan dengan seseorang atau pasien yang memiliki dan menganut nilai-nilai yang sama terhadap komitmen dan tanggung jawab. Teori *caring* ini peran perawat menurut Swanson (1987) adalah sebagai pemberi bantuan dan pelayanan dalam mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan pada orang lain (*Nursing as a informed Caring for Well-Being to Others*). Berfokus pada fenomena utama dalam keperawatan yaitu individu/klien, kesehatan/kesejahteraan, lingkungan dan keperawatan.

Pemberian asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan di Ruang Akut RSJ Dr H Marzoekei Mahdi Bogor selama 16 Februari hingga 18 April 2016

didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang paling banyak adalah Resiko Perilaku Kekerasan sebanyak 62 orang (71,26%) dari 87 klien yang dirawat selama praktik. Pada karya ilmiah akhir ini akan dilaporkan mengenai hasil asuhan keperawatan ners dan ners spesialis pada 8 klien perilaku kekerasan dengan Asuhan keperawatan yang diberikan berupa tindakan keperawatan ners dan ners spesialis, asuhan keperawatan pada klien dilakukan bersama oleh ketua tim, perawat ruangan, mahasiswa ners dan mahasiswa ners spesialis, asuhan keperawatan ners dilakukan oleh ketua tim, perawat dan mahasiswa ners, sedangkan asuhan keperawatan ners spesialis dilakukan oleh mahasiswa.

METODE

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan melakukan analisa kasus selama praktik klinik keperawatan jiwa pada 8 klien perilaku kekerasan di Ruang Akut Rumah Sakit Jiwa.

HASIL

Karakteristik klien dengan perilaku kekerasan dalam penelitian ini semuanya adalah laki-laki 8 orang (100,0%). Pada jenjang pendidikan, sebagian besar jenjang pendidikannya adalah SMA 5 orang (63,3%). Pada status pekerjaan, sebagian besar tidak bekerja 4 orang (50%). Pada status pernikahan klien menunjukkan sebagian besar sudah menikah 4 orang (50%). Pada pemberian terapi medis yang diberikan saat ini, sebagian besar adalah golongan atypikal 5 orang (63,3%), Berdasarkan riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar tidak ada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa 6 orang (73%). Karakteristik klien berdasarkan riwayat putus obat menunjukkan sebagian besar mengalami putus obat yaitu sebanyak 7 orang (77,8%). Berdasarkan usia rata-rata klien berusia 33 tahun, Analisis mengenai frekuensi dirawat klien dengan perilaku kekerasan rata-rata klien dirawat sebanyak 3 kali, rata-rata klien mengalami gangguan jiwa selama 4 tahun. Perubahan tanda gejala dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1
Perubahan Respons (Tanda Gejala) pada klien perilaku kekerasan di Ruang Kresna RSM setelah pemberian tindakan ners klien, keluarga, TAK, AT, dan psikoedukasi 16 Februari-18 April 2016 (n=9)

No	Respons	Pre	Post	Penurunan
1. Kognitif				
	Mempunyai pikiran negatif	8	2	6
	Pikiran curiga	6	2	4
	Meremehkan keputusan	8	1	7
	Perubahan isi pikir	1	0	1
	Pikiran ingin memukul orang	6	2	4
2. Afektif				
	Merasa tidak nyaman	8	2	6
	Afek labil	8	2	6
	Kecewa	6	1	5
	Kesal/jengkel	6	1	5
3. Fisiologis				
	Tensi meningkat	7	2	5
	Nadi meningkat	7	2	5
	Pernafasan meningkat	8	2	6
	Wajah merah	8	4	4
	Gangguan istirahat tidur	8	3	5
	Saliva meningkat	3	2	1
	Perubahan nafsu makan	3	2	1
	Berkeringat	3	1	2
4. Perilaku				
	Mendominasi pembicaraan	8	1	7
	Mondar-mandir	5	1	4
	Melempar/memukul benda/orang	5	1	4
	Agresif	5	1	4
	Pasif	6	4	2
	Mengepalkan tangan	6	2	4
	Nada suara tinggi	5	2	3
	Teraik-teriak	6	2	4
	Bicara kasar/kotor	6	2	4
	Meludah	5	2	3
	Melotot	6	2	4
	Memukul	7	2	5
	Pandangan tajam	8	3	5
5. Sosial				
	Menarik	8	3	5

diri/pengasingan			
Bermusuhan	7	3	4
Penolakan	6	2	4

PEMBAHASAN

Perubahan tanda gejala setelah pemberian tindakan ners klien dan keluarga, AT, dan psikoedukasi keluarga dapat dilihat pada tabel 4.7 penurunan paling besar pada tanda gejala kognitif: meremehkan keputusan, menurun sebanyak 7 orang. Penurunan paling besar pada tanda gejala afektif: afek labil dan merasa tidak nyaman sebanyak 6 orang. Penurunan paling besar pada tanda gejala fisiologis: pernafasan meningkat sebanyak 6 orang. Penurunan paling besar pada tanda gejala perilaku: mendominasi pembicaraan sebanyak 7 orang. Penurunan paling besar pada tanda gejala sosial: menarik diri sebanyak 5 orang.

Latihan asertif merupakan tindakan untuk melatih seseorang mencapai perilaku asertif (Kaplan & Saddock, 2005). Latihan asertif merupakan program latihan perilaku untuk melatih seseorang menyampaikan kebutuhan, hak, dan menentukan pilihan tanpa mengabaikan hak orang lain (Forkas, 1997). Menurut Hopkins (2005), Latihan asertif yaitu terapi untuk melatih kemampuan seseorang untuk mengungkapkan pendapat, perasaan, sikap dan hak tanpa disertai adanya perasaan cemas. *Assertiveness* merupakan kemampuan untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan dengan nyaman dan percaya diri, jujur, terbuka dan menghargai diri sendiri dan menghormati orang lain (Riley, 2000 dalam Fortinash, 2004).

Perilaku asertif adalah perilaku yang meningkatkan kualitas hubungan antar manusia, memungkinkan untuk bertindak dengan cara yang terbaik, membuat perasaan lebih baik tanpa adanya rasa cemas, mengekspresikan perasaan secara jujur dan nyaman, dan dapat melaksanakan hak pribadi tanpa menyangkal hak orang lain (Townsend, 2009). Perilaku asertif adalah suatu dasar kemampuan interpersonal seseorang yang meliputi berbagai hal sebagai berikut: (1)

berkomunikasi secara langsung dengan orang lain, (2) dapat mengatakan tidak terhadap suatu permintaan yang tidak rasional, (3) mampu untuk menyampaikan perasaannya, dan (4) mengekspresikan penghargaan kepada orang lain sesuai dengan situasi atau kondisi seseorang (5) menerima pujian dari orang lain (Stuart, 2013). Dengan demikian dapat disimpulkan perilaku asertif dapat membuat seseorang merasa nyaman, baik ketika menyampaikan perasaannya dan mengungkapkan pendapatnya maupun ketika orang lain menyampaikan perasaan dan pendapatnya serta dapat membuat seseorang berkomunikasi dengan orang lain tanpa adanya perasaan marah.

Pada latihan asertif klien belajar mengungkapkan rasa marah secara tepat atau asertif sehingga klien mampu untuk berhubungan dengan orang lain, mampu menyatakan: apa yang diinginkannya, apa yang disukainya, dan apa yang ingin dia kerjakan dan kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri. Teknik ini digunakan untuk melatih klien yang mengalami kesulitan untuk menyatakan diri bahwa tindakannya adalah layak atau benar. Latihan ini terutama berguna di antaranya untuk membantu individu yang tidak mampu mengungkapkan perasaan tersinggung, kesulitan menyatakan tidak, mengungkapkan afeksi dan respon positif lainnya. Cara yang digunakan adalah dengan permainan peran dengan bimbingan konselor. Diskusi-diskusi kelompok juga dapat diterapkan dalam latihan asertif ini.

Teori konseptual peplau (1992) terdapat kerangka konsep kerja dimana perawat dapat mengkaji, merencanakan, dan intervensi untuk mendapatkan *outcome* pasien. Perawat adalah individu yang kompleks, dan klien juga merupakan individu yang kompleks, dimana memiliki kepribadian yang unik dan pengetahuannya dengan kerangka berpikirnya (Peplau (1992)(Marchese 2006). Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarga dan untuk membantu klien mencapai kematangan

perkembangan kepribadian. Oleh sebab itu, perawat berupaya mengembangkan hubungan perawat dan klien melalui peran yang diembannya (nara sumber, konselor, dan wali). Adapun kerangka kerja praktik dari teori Peplau memaparkan bahwa keperawatan adalah proses yang penting, terapeutik, dan interpersonal. Keperawatan berpartisipasi dalam menyusun struktur system asuhan kesehatan untuk memfasilitasi kondisi yang alami dari kecenderungan manusia untuk mengembangkan hubungan interpersonal.

Pada pemberian paket tindakan yang pertama diberikan tindakan keperawatan keluarga, Terapi keluarga pada klien Risiko perilaku kekerasan bertujuan agar keluarga mampu merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan yang diberikan adalah mendiskusikan bersama-sama keluarga mengenai masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Selanjutnya mendiskusikan bersama-sama keluarga faktor-faktor yang menyebabkan Risiko perilaku kekerasan dan mendemonstrasikan cara merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Selain itu keluarga diajarkan mengenai pentingnya memberikan penghargaan dan pujian yang wajar atas upaya dan keberhasilan yang telah dilakukan dan dicapai oleh klien dan terus mendorong klien untuk melakukan kegiatan yang telah berhasil dilakukan klien. Langkah terakhir menyusun perencanaan pulang untuk klien. Dalam membuat perencanaan pulang keluarga membuat perencanaan kegiatan yang akan dilakukan klien selama dirumah (Keliat, 2010). Kegiatan yang dilakukan bertujuan agar keluarga tidak hanya mampu secara kognitif tapi keluarga juga mampu mempraktekkan dan melakukan cara merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan bila klien telah pulang kerumah.

Keluarga diharapkan mampu mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien, mampu memahami penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan, mampu

merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan, mampu ikut serta ketika klien sedang dilatih terapi, mampu memotivasi klien melakukan tarik nafas, pukul kasur bantal, berdoa, minum obat, bicara yang baik, menceritakan tentang kemarahannya (Keliat, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan terkait dengan tindakan ners pada keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan di ruang MPKP menunjukkan terjadi penurunan tanda gejala klien perilaku kekerasan dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan (Akbar, Keliat, & Akemat, 2014). Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan dapat mencegah kekambuhan.

Psikoedukasi keluarga merupakan suatu alat terapi keluarga bertujuan untuk menurunkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. FPE adalah salah satu element program perawatan kesehatan jiwa keluarga yang dilakukan dengan cara memberikan informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart, 2013). Psikoedukasi keluarga bertujuan untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Varcarolis, 2006). Tujuan pemberian terapi ini adalah untuk mengurangi dan mencegah kekambuhan klien serta mempersiapkan klien kembali kedalam lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan ketrampilan dan penghargaan terhadap fungsi sosial dan ocupasi klien selain itu tujuan lainnya adalah memberikan dukungan terhadap anggota keluarga dalam dalam mengurangi beban keluarga terutama beban fisik dan mental dalam merawat klien dengan gangguan jiwa dalam waktu yang lama (Niven, 2002).

Peran perawat dalam *family psychoeducation therapy* meliputi lima komponen yaitu memberikan informasi terkait gangguan jiwa khususnya dalam merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan, melatih keluarga dalam menyelesaikan konflik yang terjadi di

dalam keluarga, memberi kesempatan dalam memvalidasi perasaan klien dan keluarga terkait dengan keyakinan dan sumber-sumber pendukung dalam melakukan aktivitas sosial dan interaksi sosial klien, meningkatkan koping keluarga dalam menghadapi klien dengan gangguan jiwa, dan meningkatkan penggunaan dukungan formal atau informal bagi klien dan keluarga. Selain itu dalam *Family system therapy* pemberian dukungan keluarga merupakan salah satu alternatif terapi yang dapat diberikan pada keluarga, sebagaimana terapi yang disarankan oleh Dochterman (2004) yang menyatakan bahwa, terapi ini membantu keluarga mengidentifikasi dukungan dari keluarga terhadap klien dan menyediakan sumber-sumber yang dimiliki keluarga. Dalam *family system therapy* perawat memfasilitasi sistem keluarga dalam menentukan peran, harapan peran, penyelesaian konflik, membantu anggota keluarga mengklarifikasi kebutuhan dalam berhubungan dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan zat yang lebih tinggi.

KESIMPULAN

1. Karakteristik klien dengan perilaku kekerasan dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki. Pada jenjang pendidikan, sebagian besar jenjang pendidikannya adalah SMA. Pada status pekerjaan, sebagian besar tidak bekerja. Pada status pernikahan klien menunjukkan sebagian besar sudah menikah. Pada pemberian terapi medis yang diberikan saat ini, sebagian besar adalah golongan tipikal. Berdasarkan riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar tidak ada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Karakteristik berdasarkan keberhasilan pengobatan sebelumnya sebagian besar tidak berhasil. Karakteristik klien berdasarkan riwayat putus obat menunjukkan sebagian besar mengalami putus obat. Berdasarkan usia rata-rata klien masuk dalam usia dewasa, Analisis mengenai frekuensi

dirawat klien dengan perilaku kekerasan rata-rata klien dirawat sebanyak tiga kali, rata-rata klien mengalami gangguan jiwa selama dua sampai tiga tahun.

2. Pemberian tindakan keperawatan ners dan ners spesialis efektif dalam menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan di ruang akut rumah sakit jiwa.

SARAN

1. Perawat jiwa di rumah sakit diharapkan selalu memotivasi klien dan mengevaluasi kemampuan-kemampuan yang telah dipelajari dan dimiliki oleh klien sehingga latihan yang diberikan membudaya. Apabila terjadi kemunduran pada klien hendaknya perawat ruangan mengkonsultasikan perkembangan kliennya yang telah mendapat terapi spesialis kepada perawat spesialis yang dimiliki rumah sakit.
2. Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis berupa AT, sehingga menjadi modalitas terapi keperawatan jiwa yang efektif dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa dan meningkatkan derajat kesehatan jiwa.
3. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan *cohort* untuk melihat pencapaian kemampuan dalam menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan (relaksasi, mengubah pikiran negatif, keyakinan irasional dan perilaku negatif).

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, Keliat, Akemat. (2014). Hubungan Pelaksanaan MPKP terhadap hasil asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga di RS Tampan. Tesis. FIK UI
- Balitbang depkes RI. (2013). *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*, Jakarta : depkes RI.

- Bobes, J., Fillat, O & Arango, C. (2009). Violence among schizophrenia outpatient compliant with medication: prevalence associated factor. *Acta psychiatrica scandinavica*, 199, 218-225
- Dixon, L.B. & Perkins, D.O. (2010). *Treatment of Patients With Schizophrenia Second Edition*.
- Dochterman . (2004). Nursing intervention classification (4th edition) St.louis. Mosby
- Fazel, S, et all. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*
- Forkas, W.M. (1997). *Assertiveness Training With Individuals Who Are Moderately and Mildly Retarded* Psikologi, University Pasific Stockton, Carlifornia
- Fosters, C, Bowers L, Nijman, H. (2007). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management: journal of advanced nursing 58 (2): 140-9
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *The Royal Society Publishing*
- Hopkins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *The Royal Society Publishing*
- Kaplan H.I, Sadock B.J, Grebb J.A. (2005). Sinopsis Psikiatri Jilid 1. Edisi ke-7. Terjemahan Widjaja Kusuma. Jakarta: Binarupa Aksara. p. 86-108.
- Keliat, B. et al. (2009). Influence of the abilities in controlling violence behavior to the length of stay of schizophrenic clients in Bogor mental hospital, Indonesia. *Med J Indones*, 18(1), pp.31–35. Available at: <http://mji.ui.ac.id/journal/index.php/mji/article/view/336>.
- Keliat, BA, & Akemat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Marchese, K. (2006). Using Peplau ' s Theory of Interpersonal Relations to Guide Undergoing Urinary Diversion. *Urologic Nursing*, 26(5), pp.363–372.
- Niven. (2002). Editor Monica Ester. Psikologi kesehatan : pengantar untuk perawat dan profesi kesehatan lain. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Pitkanen, A. (2010). *Thesis: Improving Quality Of Life Of Patients With Schizophrenia*,
- Rethink. (2004). Behind Closed Doors: The current state and future vision of acute mental health care in the UK. Available at: <file:///D:/THESIS/literature/behind-closed-doors-reportpdf.pdf>.
- Silverstein, S.M. et al. (2015). Schizophrenia and violence: realities and recommendations. *Crime Psychology Review*, 1(1), pp.21–42. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/23744006.2015.1033154>.
- Stuart, GW. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th edition). St Louis : Mosby.Tobergte, D.R. & Curtis, S., 2013. No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp.1689–1699.
- Swanson, et al. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry/Vol 63, May 2006*
- Townsend, CM. (2009). *Psychiatric mental health nursing Concept of care in evidence base practice*. (6th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Undang Undang RI nomor 18. (2014). Tentang Kesehatan Jiwa.

- Videback, SL. (2008). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. EGC: Jakarta
- Volavka, J. (2013). Violence in schizophrenia and bipolar disorder. , 25(1), pp.24–33.
- Wahyuningsih, Keliat, & Hastono. (2009). pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di RSUD Banyumas. Tesis: 2009
- World Health Organization. (2015). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*, Geneva27, Switzerland : WHO Press.