

**MANAJEMEN KASUS SPESIALIS KEPERAWATAN JIWA
KLIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN
DENGAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI ROY DAN
JOHNSON'S BEHAVIORAL SYSTEM MODEL UNIT INTENSIVE
RS MM DI BOGOR**

Riris Ocktryna Silitonga¹, Achir Yani S. Hamid², Yossie Susanti Eka Putri³

Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, Jakarta 10430, Indonesia
riris_psikiatri2007@yahoo.com
ririsqueen@gmail.com

ABSTRAK

Klien berperilaku kekerasan menunjukkan ketidakmampuan dalam beradaptasi secara kognitif dan emosi konstruktif. Tujuan penulisan menggambarkan penatalaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan Model Adaptasi Roy dan *Johnson's Behavioural System Model* klien risiko perilaku kekerasan. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah *assertive training* pada 15 klien dan *cognitive behaviour therapy* pada 24 klien. Hasil *assertive training* dan *cognitive behaviour therapy* dapat menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan dan peningkatan kemampuan koping adaptif dalam menghadapi peristiwa yang menimbulkan perilaku kekerasan. Rekomendasi penerapan Model Adaptasi Roy dan *Johnson's Behavioural System Model* dengan intervensi keperawatan *assertive training* dan *cognitive behaviour therapy* dapat menurunkan gejala perilaku kekerasan.

ABSTRACT

People with tendency to act aggressively shown that they used destructive coping strategies to express their anger. Aim of this paper was to describe the application of Model Adaptasi Roy and Johnson's Behavioural System Model, focusing on aggressive behavior. Assertive training intervention that provided to 15 clients and cognitive behaviour therapy were that provided to 24 clients. Result of this study shown that sign and symptoms of aggressive behaviour were decreased and increased of client's ability to express their emotion in constructive way. Recommended the Model Adaptasi Roy and Johnson's Behavioural System Model with assertive training and cognitive behaviour therapy were to decrease aggressive behaviour.

PENDAHULUAN

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. *National Institute of Mental Health* (NIMH) berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2004, memperkirakan 26,2% penduduk yang berusia 18 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa (NIMH, 2011). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda 2007) yang dilakukan oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, menunjukkan gangguan jiwa berat 0,46%, gangguan jiwa ringan 11,60% dan sehat jiwa 87,94%. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda 2013) di dapatkan data gangguan jiwa berat 0,17%, dan gangguan mental emosional 6%. Gangguan jiwa merupakan sindrom perilaku yang secara klinik bermakna atau adanya sindrom psikologis atau pola yang dihubungkan dengan terjadinya distress pada seseorang atau adanya ketidakmampuan atau secara signifikan terjadi peningkatan resiko untuk kematian, sakit, ketidakmampuan atau kehilangan rasa bebas (DSM IV-TR, 2000 dalam Townsend, 2009). Klien dengan skizofrenia menunjukkan perilaku maladaptif seperti penampilan yang buruk, berkurangnya kemampuan untuk bekerja, perilaku stereotip, agitasi, agresif, dan negativism. Pikiran negatif pada klien skizofrenia timbul karena adanya kesulitan dalam berpikir jernih dan logis, sering kali sulit konsentrasi sehingga perhatian mudah beralih dan berlanjut membuat klien menjadi gaduh gelisah (Stuart, 2013). Data statistik direktorat kesehatan jiwa menunjukkan bahwa klien gangguan jiwa terbesar yaitu skizofrenia sebesar 70% (Dep.Kes, 2003). Jumlah klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan riwayat kekerasan didapatkan bahwa klien yang memiliki riwayat kekerasan baik

sebagai pelaku, korban, atau saksi lebih banyak yaitu 62,5% dari 72 responden yang diteliti Wahyuningsih, D. Keliat, B A , Hastono SP.(2009). Penelitian yang dilakukan oleh Pasaribu, Hamid, Mustikasari (2013) pasien resiko perilaku kekerasan didiagnosis dengan skizofrenia paranoid sebesar 53,84% dari 13 responden. Simptom dari suatu skizofrenia dibagi dalam 5 dimensi yaitu simptom positif, simptom negatif, simptom kognitif, simptom agresif dan hostilitas serta simptom depresi dan anxious (Shives, 2005; Sinaga, 2007). Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas yang meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan perilaku seperti katatonia atau agitasi/kegelisahan. Simptom agresif dan *hostile* menekankan pada masalah pengendalian impuls. *Hostile* bisa berupa penyerangan secara fisik atau verbal terhadap orang lain termasuk juga didalamnya perilaku mencederai diri sendiri (*suicide*), merusak barang orang lain atau seksual *acting out*. Simptom depresi dan anxious seringkali didapatkan bersamaan dengan simptom lain seperti mood yang mengalami depresi, mood dengan kecemasan, adanya rasa bersalah (*guilt*), *tension*, iritabilitas atau kecemasan. Berdasarkan pemaparan simptom diatas pada klien skizofrenia terlihat banyak masalah yang dapat muncul seperti perilaku penyerangan terhadap orang lain, perilaku mencederai diri sendiri dan orang lain, adanya halusinasi, harga diri rendah dan perasaan bersalah, adanya depresi, serta waham. Berdasarkan hal tersebut dapat dibuat kesimpulan bahwa pada pasien skizofrenia banyak ditemukan kasus dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan. Klien dengan skizofrenia diagnosa keperawatan primer yang dapat muncul menurut NANDA 2012 dapat berupa resiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi, harga diri rendah kronik, gangguan proses pikir: waham dan yang lain (Stuart, 2013). Angka kejadian perilaku kekerasan pada klien yang masuk ruang emergency sebesar 25-50% dari jumlah pasien yang datang ke ruang emergency (Gacki-Smit et al, 2009 dalam Stuart, 2013).. Perilaku kekerasan

merupakan respon maladaptif dari marah. Marah adalah perasaan jengkel atau perasaan yang tidak menyenangkan yang merupakan bagian dalam kehidupan sehari-hari (Stuart & Laraia, 2005, Stuart, 2013). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan/kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart, 2013) dan perilaku kekerasan adalah respon maladaptif dari marah, hasil dari kemarahan yang ekstrem (panik).

Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih, D. Keliat, B A, Hastono SP (2009) dimana perilaku kekerasan merupakan penyebab utama klien dibawa ke rumah sakit yaitu 68%. Hasil pelaksanaan praktik selama Residensi 3 penulis mendapatkan dari 39 pasien 100% pasien dibawa ke rumah sakit karena pasien melakukan perilaku kekerasan yang ditujukan kepada diri pasien sendiri, orang lain dan lingkungan.

Townsend (2009) menjelaskan bahwa dengan meniru atau mengadaptasi perilaku kekerasan (modeling) menjadi penyebab seseorang melakukan perilaku kekerasan. Individu yang sering terpapar perilaku kekerasan, baik sebagai korban kekerasan ataupun pengamat perilaku kekerasan dalam keluarga membuat individu tersebut belajar bahwa penggunaan kekerasan merupakan salah satu cara untuk mengatasi masalah (Stuart, 2013). Menurut teori pembelajaran sosial Riyadi dan Purwanto (2009), bahwa perilaku kekerasan merupakan proses sosialisasi sebagai hasil dari pembelajaran internal dan eksternal. Proses pembelajaran eksternal terjadi ketika individu mengamati perilaku kekerasan seseorang yang menjadi *role model* seperti orang tua, rekan, saudara, olahragawan, dan *entertainment figure* (Stuart, 2013).

Adaptasi menurut Roy (Roy, 2008 dalam Philips, 2010) merupakan suatu proses dan hasil berpikir dan perasaan seseorang sebagai individu atau dalam kelompok dengan menggunakan kesadaran dan pilihan untuk membuat integrasi manusia dan lingkungan.

Tindakan keperawatan lainnya adalah terapi relaksasi progresif, terapi perilaku,

terapi perilaku kognitif/ *cognitive behavioural therapy* (CBT), dan *rational emotional behaviour therapy* (REBT). Pelaksanaan CBT pada klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan menunjukkan adanya perubahan cara berpikir yang positif dan perilaku yang lebih adaptif (Fauziah, Hamid, Nuraini, 2009). Pemberian CBT dan REBT yang dilakukan oleh beberapa peneliti seperti Hidayat, E Keliat, B.K, Wardani (2011), Lelono SK, Keliat BA, Besral (2011) dan Sudiatmika IK, Keliat BA, Wardani IY, (2011) menunjukkan peningkatan secara bermakna kemampuan klien dalam mengatasi masalah dan terjadi penurunan tanda dan gejala marah klien perilaku kekerasan.

Penanganan pada klien dengan masalah perilaku kekerasan dilakukan secara terintegrasi dengan menggunakan pendekatan model *Johnson's Behavioral System Model*. Model ini menitikberatkan pada peran perawat sebagai regulator eksternal dan pengawasan terhadap respon klien (Johnson, 1980, 1990 dalam Parker & Smith, 2010). Pada model *Johnson's Behavioral System Model* manusia sebagai sebuah sistem perilaku, dimana keseimbangan sistem perilaku akan mengakibatkan kondisi sehat, sebaliknya jika terdapat gangguan pada keseimbangan sistem perilaku akan mengakibatkan kondisi sakit. Menurut Johnson (1980 dalam Alligood & Tomey, 2010), individu dianggap sebagai sebuah sistem perilaku, yang berarti bahwa seseorang/ individu ditentukan oleh perbuatan dan perilaku. Individu sebagai sistem perilaku terdiri atas beberapa subsistem yang saling berhubungan. Setiap subsistem memiliki tujuan/ fokus masing-masing, saling berkaitan/ berhubungan satu sama lain untuk membentuk suatu perilaku. Klien yang mengalami perilaku kekerasan mengalami gangguan keseimbangan perilaku, ketidakseimbangan sistem yang mengakibatkan munculnya gangguan tersebut harus diselesaikan dengan pendekatan yang sesuai.

HASIL

Usia tersebut merupakan usia tugas perkembangan dewasa dimana menurut Erikson, 2000 dalam Stuart (2013) klien mempunyai tugas perkembangan mempertahankan hubungan saling ketergantungan, memilih pekerjaan, memilih karir, melangsungkan perkawinan, dan klien juga mendapatkan tuntutan dari lingkungan (keluarga, kelompok) terkait dengan tugas perkembangan yang diemban. Masa dewasa merupakan masa kematangan dari aspek kognitif, emosi, dan perilaku seseorang, kegagalan dalam mencapai tingkat kematangan tersebut maka individu akan sulit memenuhi tuntutan perkembangan pada usia tersebut dan dapat berdampak terjadinya gangguan jiwa.

Tingkat pendidikan pada sebagian pada klien resiko perilaku kekerasan di ruang Kresna adalah pendidikan menengah lebih banyak yaitu 19 orang (48,72%) yaitu 19 orang (48,72%) dibanding dengan pendidikan rendah dan tinggi.

Hasil ini juga dapat membantu dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap klien dan pemberian terapi baik generalis maupun spesialis *Assertive Training* (AT) dan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT). Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa dalam jangka pendek (*immediate impact*) pendidikan akan menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan individu.

Sebagian besar klien tidak bekerja sebanyak 31 orang (79,49%) hal ini menunjukkan bahwa klien perilaku kekerasan tidak mempunyai penghasilan sehingga status sosial ekonomi juga rendah. Hal ini senada dengan yang dipaparkan oleh Townsend (2009) yang menjelaskan bahwa tingkat sosial ekonomi rendah merupakan salah satu faktor sosial yang menyebabkan tingginya angka gangguan jiwa termasuk skizofrenia. Perilaku kekerasan dipengaruhi karena klien tidak memiliki pekerjaan (Keliat, 2003).

Status perkawinan klien resiko perilaku kekerasan yang dirawat paling besar adalah belum menikah yaitu sebesar 28 orang (71,80%). Hasil ini hampir sama dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh

Pasaribu, Hamid, Mustikasari (2013) sebesar 69,23% dan juga Hastuti Hamid, Mustikasari (2013) 53, 3%. Penelitian lain juga dijelaskan bahwa angka kejadian perilaku kekerasan pada klien dengan skizofrenia didapatkan pada klien yang belum menikah (Bobes, Fillat, Arango (2009); Belli dan Ural, 2012).

Onset atau lamanya gangguan jiwa yang dialami oleh klien dengan resiko perilaku kekerasan paling banyak adalah > 5 tahun sebesar 48,71%. Hal ini menjelaskan bahwa klien sudah mengalami gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan lebih dari 5 tahun dan kondisi ini tentunya akan memperberat kondisi klien. Lamanya klien mengalami gangguan jiwa juga akan mendapat stigma dari keluarga ataupun masyarakat dan akibat stigma ini membuat evaluasi diri klien terhadap dirinya menjadi negatif (Cristine et al., 2003). Didapatkan hasil bahwa klien dengan resiko perilaku kekerasan memiliki frekuensi rata-rata dirawat adalah 2-5 x sebanyak 29 klien (74,56%). Menurut Fryor et al., 2003 dalam Stuart (2009) menjelaskan petugas secara sengaja atau tidak sengaja karena perilakunya juga dapat berpotensi sebagai pencetus perilaku kekerasan pada klien.

Faktor predisposisi yang didapatkan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di Ruang Kresna untuk faktor biologi didapatkan sebagian besar adalah faktor genetik yaitu 51,28%. Hasil ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Pasaribu Hamid, Mustikasari (2013) yang dilakukan di ruang Gatot kaca RSMM yaitu 57,14% pada klien dengan resiko perilaku kekerasan. Menurut Sadock dan Sadock (2007) menjelaskan bahwa kembar monozigot memiliki kecenderungan 4-5 kali mengalami gangguan jiwa dibanding kembar dizigot dan memiliki peluang 50 kali mengalami gangguan jiwa dibanding populasi. Hal ini diperkuat oleh Townsend (2009), yang memaparkan bahwa faktor genetik ditemukan pada individu yang memiliki keluarga yang anggota keluarganya dengan gangguan jiwa.

Hasil pengkajian predisposisi faktor psikologis didapatkan bahwa 76,92 %

klien dikarenakan masalah yang berhubungan dengan konsep diri klien. Kemarahan dapat terjadi ketika individu mengalami frustrasi, terluka, atau ketakutan dan jika individu mengalami kesulitan dalam mengekspresikan kemarahan maka ini sering dikaitkan dengan gangguan jiwa (Koh, Kim & Park, 2002 dalam Videback, 2008).

Hasil pengkajian predisposisi untuk faktor sosial budaya didapatkan sebesar 79,48% adalah masalah ekonomi. Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Pasaribu, Hamid, Mustikasari (2013) dan Hastuti, Hamid, Mustikasari dimana kondisi ekonomi menjadi predisposisi dari faktor sosial budaya terjadinya perilaku kekerasan. Stuart (2013) menjelaskan bahwa status ekonomi merupakan salah satu faktor pendukung klien dalam mengatasi masalah. Hal ini didukung oleh Townsend (2009) yang menyatakan bahwa status sosio ekonomi yang rendah lebih banyak mengalami gangguan jiwa dibandingkan tingkat sosioekonomi tinggi.

Hasil pengkajian presipitasi pada 39 klien diruang Kresna pada faktor biologi didapatkan 74,35 % mengalami putus obat. Penelitian sebelumnya Pasaribu, Hamid, Mustikasari (2013) dan Hastuti, Hamid, Mustikasari (2013) juga didapatkan hal yang sama yaitu klien mengalami perilaku kekerasan karena putus obat. Klien mengalami putus obat disebabkan oleh beberapa hal seperti klien merasa sudah sembuh, adanya rasa jenuh, adanya kebosanan atau klien merasa ngantuk jika minum obat. Putus obat merupakan penyebab utama relaps klien skizoprenia dimana klien berhenti mengkonsumsi antipsikotik (Muller, 2004). Varcarolis (2009) juga memaparkan bahwa pemicu klien menghentikan pengobatan secara sepihak karena klien merasa tidak nyaman dan tidak dapat bertoleransi terhadap efek samping dari obat yang dikonsumsi.

Secara psikologis pada faktor presiptasi adalah adanya keinginan yang tidak terpenuhi sebesar 92,30 %. Keinginan tidak terpenuhi disini adalah ingin menikah, ingin

punya pasangan, ingin mempunyai pekerjaan, ingin mempunyai motor dan juga ingin mempunyai HP. Kegagalan dalam mencapai keinginan- keinginan tersebut membuat klien merasa kecewa sehingga muncul perilaku kekerasan.

Klien resiko perilaku kekerasan yang dirawat diruang Kresna waktu terpaparnya dengan stressor < 1 tahun adalah sebesar 56,41 %. Stuart (2013) menjelaskan waktu atau lamanya stressor terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama serta sudah berapa kali kejadiannya.

Klien dengan resiko perilaku kekerasan respon kognitif yang paling banyak 100% adalah tidak mampu mengontrol perilaku kekerasannya dan juga ingin memukul seseorang. Penderita skizofrenia terdapat penurunan fungsi kognitif dan yang sering ditemukan adalah gangguan memori dan fungsi eksekutif lainnya (Sinaga, 2007).

Respon afektif pada klien dengan resiko perilaku kekerasan yang nampak pada klien yakni afek labil marah, kesal, kecewa dan jengkal masing-masing sebesar 100%. Sinaga (2007) menjelaskan bahwa respon afektif berhubungan dengan rendahnya metabolisme glukosa di area brodman 22 (korteks bahasa, asosiatif, sensori). respon fisiologis yang paling sering ditimbulkan adalah muka merah dan wajah tegang.

Respon perilaku klien dengan resiko perilaku kekerasan yang dapat dilihat adalah respon agresif dan bermusuhan masing-masing 100%. Respon sosial yang dimunculkan oleh klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah paling banyak adalah bicara kasar, menjerit/berteiak dan mengancam secara verbal sebesar 100%. Klien skizoprenia mengalami symptom agresif dan hostilitas atau bermusuhan karena klien mengalami masalah dalam hal pengendalian impuls. Hostilitas yang muncul pada klien ini berupa penyerangan baik fisik maupun verbal dan ditujukan pada dirinya sendiri, orang lain dan juga lingkungannya seperti merusak alat rumah tangga (Sinaga, 2007). Berdasarkan dari penilaian klien resiko perilaku kekerasan terhadap stressor menunjukkan 100% klien

dalam kondisi agresif dan bermusuhan ini terjadi karena klien dalam kondisi akut dan klien belum menggunakan mekanisme koping yang adaptif dalam menghadapi masalahnya.

Kemampuan personal pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah didapatkan sebanyak 82,05% klien tidak tahu cara mengatasi resiko perilaku kekerasan. Tidak tahu dalam hal ini dapat terjadi memang klien belum mengetahui cara mengatasi resiko perilaku kekerasan yang dialaminya atau pada klien yang sudah dirawat lebih dari satu kali klien mungkin sudah tahu cara mengatasi resiko perilaku kekerasan tetapi klien lupa untuk menggunakannya atau klien tidak mampu lagi untuk menggunakan kemampuan yang sudah dimiliki sebelumnya.

Dukungan sosial pada klien dengan resiko perilaku kekerasan didapatkan hasil adanya dukungan keluarga tetapi keluarga tidak mampu merawat klien sebesar 71,80%. Keluarga seharusnya menjadi tempat atau lembaga pengasuhan (*care giver*) yang paling dapat memberi kasih sayang, efektif, dan ekonomis (Stuart, 2013). Klien dengan resiko perilaku kekerasan dalam kondisi akut sering melakukan penyerangan atau mengancam anggota keluarga sehingga keluarga pun mengalami kondisi yang panik dan tidak tahu lagi yang harus dilakukan pada klien.

Ketersediaan aset pada klien resiko perilaku kekerasan didapatkan hasil sebesar 95% klien adalah peserta jaminan kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) BPJS. Dalam model stress adaptasi Stuart (2013) menjelaskan bahwa material asset sebagai salah satu sumber koping. Ketersediaan aset ekonomi sangat mendukung klien dalam mendapatkan pengobatan yang baik. Memiliki BPJS membantu klien dalam biaya perawatan dan pengobatan selama klien dirawat dan berobat jalan di RS telah terbukti sangat membantu klien dan keluarga. Keyakinan klien klien resiko perilaku kekerasan didapatkan hasil sebesar 100%, dimana klien yakin akan pengobatan yang

dijalaninya, klien yakin untuk sembuh dan mampu mengatasi masalahnya dan klien juga yakin akan pelayanan tenaga kesehatan di rumah sakit khususnya di ruag Kresna.

Hasil yang didapat pada klien yang dirawat di Kresna di dapatkan mekanisme koping yang digunakan paling banyak adalah diam/memendam masalah sebesar 87,17%. Stuart (2013) menjelaskan bahwa mekanisme koping dipakai untuk melindungi diri dan sebagai upaya dalam mengatasi stressor yang datang. Klien yang dirawat di ruang Kresna dengan resiko perilaku kekerasan dalam menghadapi stressor menggunakan mekanisme koping yang berfokus pada emosi dan kognitif dalam menyelesaikan masalahnya.

Mekanisme koping pada model adaptasi Roy ada dua bentuk mekanisme koping, yaitu regulator dan kognator (Roy, 2009). Mekanisme koping regulator adalah mekanisme koping yang berespon terhadap system saraf, kimiawi, dan endokrin (Tomey & Alligood, 2006) dan lebih cenderung untuk masalah fisik atau mekanisme tubuh. Klien dengan resiko perilaku kekerasan mekanisme koping regulator yang digunakan adalah adanya terjadinya reaksi tubuh akibat klien mengalami putus obat atau dalam kondisi putus obat klien akan menjadi gelisah, jalan mondar-mandir, mudah tersinggung tidak dapat tidur, dan mengalami penurunan dalam persepsi dan proses pikir.

Didapatkan pada klien yang dirawat di Kresna dengan resiko perilaku kekerasan adalah dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid sebesar 64,10%. Diagnosis yang sering ditegakkan dalam skizofrenia adalah skizofrenia paranoid, gambaran klinis skizofrenia paranoid ini penuh dengan curiga, kasar, pada umumnya bersama halusinasi terutama halusinasi pendengaran, gangguan persepsi, gangguan afek, serta gangguan pada keinginan/minat (*International Clasification of Diseases (ICD-X)* dalam Pardede, Keliat, Wardani, 2013).

Penatalaksanaan psikofarmakologi pada klien skizofrenia adalah dengan memberikan antipsikotik. Antipsikotik menurut Videbeck (2011) terdiri dari dua kelompok meliputi kelompok tipikal yang merupakan antagonis dopamin dan kelompok atipikal yang merupakan antagonis serotonin dan antagonis dopamin. Antipsikotik tipikal efektif dalam menurunkan gejala positif seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran, dan gejala psikotik lain tetapi tidak tampak efeknya pada gejala negatif bahkan dapat meningkatkan gejala yang negatif dan menyebabkan peningkatan kadar prolaktin.

Terapi modalitas diberikan untuk membantu klien meningkatkan fungsi dan keseimbangan perilaku melalui pemeliharaan/pengasuhan (*nurturance*), perlindungan (*protection*), dan stimulasi (*stimulation*). Pelaksanaan kegiatan ini terangkum pada pemberian terapi spesialis jiwa, yakni *assertive training* (AT) dan *cognitive behavioral therapy* (CBT). Pemberian terapi tersebut diharapkan mampu membuat klien beradaptasi dengan stimulus baru dan mempertahankan perilaku yang diharapkan (*nurturance*), melakukan perilaku baru atau perilaku yang dilatih (*stimulation*), dan mampu menjaga/mempertahankan perilaku dari stimulus yang kurang menyenangkan (*protection*).

Simpulan

Karakteristik klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Ruang Kresna mayoritas berusia dewasa 25 – 55 tahun, pendidikan rata – rata klien berpendidikan menengah, sebagian tidak bekerja, dengan status perkawinan kebanyakan belum menikah, onset atau lamanya sakit rata-rata > 5 tahun dan frekuensi masuk RS rata-rata adalah 2-5 kali.

Faktor predisposisi penyebab risiko perilaku kekerasan yang paling banyak ditemukan adalah dari aspek biologis adalah genetik, dari aspek psikologis adalah konsep diri dan kehilangan, dan dari aspek sosial budaya yaitu masalah ekonomi. Faktor presipitasi yang paling banyak

ditemukan pada klien risiko perilaku kekerasan yaitu dari aspek biologis karena putus obat, dari aspek psikologis yakni adanya keinginan yang tidak terpenuhi dan aspek sosial budaya yaitu masalah pekerjaan. Asal stressor sebagian besar berasal dari luar paling banyak, dalam waktu rata-rata 2-5 tahun dengan jumlah stresor lebih dari 3 stresor.

Penilaian stresor pada klien sebagian besar respon kognitif adalah tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan dan keinginan untuk memukul. Respon afektif dalam menghadapi masalah yaitu afek labil marah, kecewa/ kesal, mudah tersinggung dan merasa jenkel. Respon fisik yang masih aktual ditemukan pada klien adalah muka merah dan wajah tegang. Respon perilaku yang dapat agresif. Respon sosial yang ditampilkan adalah bicara kasar, menjerit dan mengancam orang lain. Sumber Koping klien risiko perilaku kekerasan adalah tidak tahu caramengatasi risiko perilaku kekerasan, sebagian besar klien risiko perilaku kekerasan memiliki dukungan keluarga tetapi tidak mengetahui perawatan klien. Klien tidak mendapat dukungan kelompok dan dukungan masyarakat, hampir semua klien memiliki asuransi kesehatan BPJS. Jarak rumah dan pelayanan kesehatan terjangkau. Keyakinan positif akan kesembuhan akan penyakitnya pada semua klien dan Mekanisme koping yang biasa dilakukan klien adalah memendam masalah.

Diagnosa medis yang paling banyak adalah skizoprenia paranoid dan terapi yang banyak dipakai adalah golongan tipikal seperti haloperidol, klorpromazine, sedangkan diagnosa keperawatan yang menyertai perilaku kekerasan klien adalah halusinasi, dan isolasi sosial.

Hasil pelaksanaan terapi pada klien perilaku kekerasan, pemberian pemberian *Assertive Training* (AT) dan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah bertujuan untuk memperkuat mekanisme koping pada sistem kognitor klien yang berhubungan dengan masalah kognitif dan emosi. Klien

diberi AT mengalami penurunan aspek kognitif sebesar 3,80 poin, aspek afektif sebesar 4,40 poin, aspek fisiologi sebesar 4,20 poin, aspek perilaku sebesar 3,73 poin. dan aspek sosial sebesar 3,20 poin. Penurunan paling tinggi terdapat pada aspek afektif disusul oleh penurunan aspek fisiologis.

Klien diberi CBT mengalami penurunan aspek kognitif sebesar 3,46 poin, aspek afektif sebesar 3,17, aspek fisiologi sebesar 3,63 poin, aspek perilaku sebesar 4,72 dan aspek sosial sebesar 3,34 poin. Penurunan paling tinggi terdapat pada aspek perilaku disusul oleh penurunan aspek fisiologis. Perubahan kemampuan klien perilaku kekerasan dalam latihan AT masih tetap berada dalam kategori rendah. Sedangkan pada klien yang CBT dari rentang rendah meningkat menjadi rentang sedang. Penggunaan pendekatan Model Adaptasi Roy dan *Johnson's Behavioral System Model* dalam penerapan asuhan keperawatan spesialis klien risiko perilaku kekerasan saling berhubungan dan saling mempengaruhi dan kedua model ini cocok diterapkan pada klien risiko perilaku kekerasan. Model adaptasi Roy mempunyai konsep utama adalah bagaimana individu beradaptasi terhadap stimulus-stimulus (internal dan eksternal) yang ada dan bagaimana individu menggunakan mekanisme koping dalam menghadapi stimulus-stimulus yang datang.

Ketidakmampuan klien menghadapi stimulus-stimulus dan menggunakan mekanisme koping maka yang terlihat adalah adanya perubahan dalam perilaku individu tersebut yaitu respon tidak efektif yang muncul dalam bentuk perilaku yaitu perilaku agresif dan atau perilaku kekerasan. Dalam *Johnson's Behavioral System Model* banyak stressor akan mempengaruhi keseimbangan sistem perilaku klien, tetapi lingkungan bukan bagian dari sistem perilaku tetapi dapat mempengaruhi sistem perilaku. Klien yang mengalami resiko perilaku kekerasan karena adanya ancaman pada lingkungan dimana klien berada dan klien tidak dapat beradaptasi terhadap ancaman.

DAFTAR PUSTAKA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed). Washington, DC: Author

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*.

<http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanR/KD/IndonesiaNasional.pdf>, diperoleh tanggal 15 Mei 2013.

Fauziah Fauziah, Hamid, Nuraini (2009). *Pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.

Hidayat, E Keliat, B.K, Wardani (2011). *Pengaruh Cognitive Behavioral Therapy (CBT) dan Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah* Di RS Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor. Tesis. Tidak Dipublikasikan.

Kaplan & Sadock. (2007). *Sinopsis psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.

Keliat & Sinaga. (1991), *Asuhan keperawatan pada klien marah*, Jakarta : EGC

Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di RSJP Bogor*. Disertasi. Jakarta. FKM UI. tidak dipublikasikan

Lelono SK, Keliat BA, Besral (2011) *Efektivitas Cognitive Behavioral Therapy (CBT) dan Rational Emotive Behavioral*

NANDA. (2012). *Nursing diagnoses: definition & classification 2012 – 2014*. Indianapolis: Willey – Balckwell.

Riyadi, S & Purwanto, T. (2009). *Asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia dan diagnosa banding*. Jakarta: Balai Penerbit FIK UI

WHO.(2011).*Skizofrenia*.
http://www.who.int/mental_health/entity/.
diperoleh tanggal 15 Mei 2013.

Sudiatmika IK, Keliat BA, Wardani IY, (2011) Efektivitas *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy* terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi di Rumah Sakit.

Dr. H. Marzoeki Mahdi BogorStuart, G.W (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th edition). St Louis: Mosby

Tomey, A.M & Alligood, M.R. (2010). *Nursing theorists and their work*. (6th ed). St. Louis: Mosby Years Book Inc.

Tomey, M.A (2001), *Nursing Theories and Their Work*, The C.V. Mosby Company St. Louis : Mosby Years Book Inc.

Townsend, C.M. (2009). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company

Varcarolis, Elizabeth M., dan Halter. (2009). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. (4th edition). Philadelphia: FA Davis Company.

Videbeck, S.,L. (2009). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.

Wahyuningsih, D. Keliat, B A , Hastono SP. (2009). *Pengaruh assertiveness training terhadap perilaku kekerasan pada klien skizoprenia di RSUD Banyumas*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan

WHO. (2001). *The world health report: 2001: mental health: new Understanding, new hope*. <http://www.who.int/whr/2001/en/> diperoleh pada tanggal 15 Mei 2013

WHO. (2006). *Investing in mental health*. http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf. diperoleh tanggal 15 Mei 2013