



RESPONS PASIEN PERILAKU KEKERASAN

Titik Suerni¹, Livana PH^{2*}

¹RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah, Jl. Brigjen Sudiarto No.347, Gemah, Kec. Pedurungan, Kota Semarang, Jawa Tengah, Indonesia 50246

²Program Studi Sarjana Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal, Jl. Laut 31A Ngilir Kendal, Jawa Tengah, Indonesia 51311

*livana.ph@gmail.com (+6289667888978)

ABSTRAK

Perilaku kekerasan yang terjadi pada pasien gangguan jiwa memiliki batasan karakteristik yang berbeda-beda. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui respons pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian *deskriptif* dan pendekatan *survey*. Sampel penelitian ini adalah pasien yang mempunyai masalah keperawatan perilaku kekerasan diruang Madrim RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah yang berjumlah 20 orang. Data dianalisis secara univariat berupa distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berrespons kognitif berupa perubahan isi pikir dan menyalahkan orang lain, respons afektif berupa perasaan tidak nyaman, respons fisiologis berupa pandangan tajam dan tangan mengepal, respons perilaku berupa memukul benda/ orang dan agresif, respons sosial berupa sering mengungkapkan keinginannya dengan nada mengancam. Perlu intervensi keperawatan yang tepat untuk mengurangi respons kognitif, afektif, fisiologi, perilaku, sosial pada pasien perilaku kekerasan.

Kata kunci: respons pasien, resiko perilaku kekerasan

IMPROVEMENT OF CADER KNOWLEDGE ABOUT EARLY DETECTION OF SOUL HEALTH THROUGH MENTAL HEALTH EDUCATION

ABSTRACT

Violent behavior that occurs in patients with mental disorders have different characteristics limits. This study aims to determine responses in patients at risk of violent behavior. This research is a quantitative study with a descriptive research design and survey approach. The sample of this study were patients who had nursing problems of violent behavior in Madrim Hospital Dr. Amino Gondohutomo, Central Java Province, amounting to 20 people. Data were analyzed univariately in the form of frequency distributions. The results showed that the majority of respondents responded cognitively in the form of changes in thought content and blaming others, affective responses in the form of uncomfortable feelings, physiological responses in the form of sharp eyes and clenched fists, behavioral responses in the form of hitting objects / people and aggressively, social responses in the form of often expressing their desires with threatening tone. Need appropriate nursing intervention to reduce cognitive, affective, physiological, behavioral, social responses in violent behavior patients.

Keywords: patient response, risk of violent behavior

PENDAHULUAN

Perilaku kekerasan merupakan suatu kemarahan yang diekspresikan oleh individu secara berlebihan sehingga tidak dapat dikendalikan baik secara verbal maupun non dan dapat mencederai diri, orang lain serta merusak lingkungan (Depkes, 2007). Perilaku kekerasan dapat

disebabkan oleh beberapa faktor baik faktor predisposisi ataupun presipitasi yang keduanya dapat memicu terjadinya perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan terjadi karena adanya hasil akumulasi frustrasi yang berulang dan dikarenakan keinginan individu yang tidak tercapai atau bahkan gagal, sehingga individu berperilaku

agresif. Menurut Keliat (2005) ada beberapa tanda gejala terjadinya perilaku kekerasan diantaranya yaitu, bicara kasar, muka merah, otot tegang, pandangan tajam, berdebat, nada suara tinggi, memaksakan kehendak seperti merampas makanan dan memukul jika menemui hal-hal yang tidak disenangi.

Data WHO (2015) menunjukkan bahwa prevalensi pasien gangguan jiwa mencapai hampir 450 juta orang, dimana sepertiganya berada di negara berkembang. Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki. Sedangkan di Indonesia, hasil Riskesdas (2018) menyebutkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala gangguan jiwa berat, seperti schizophrenia adalah terjadi peningkatan dari 1,7 persen pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 7 persen (Kemenkes, 2014). Di Provinsi Jawa Tengah kunjungan pasien gangguan jiwa sebanyak 260.247 orang (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Madrim RSJD Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah didapatkan bahwa mayoritas diagnosis keperawatan yang

muncul selama 3 bulan terakhir adalah resiko perilaku. Berdasarkan latar belakang tersebut perlu dilakukan penelitian terkait respons kognitif, afektif, fisiologi, perilaku, dan sosial pada pasien resiko perilaku kekerasan di RSJD Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

METODE

Penelitian kuantitatif menggunakan rancangan penelitian *deskriptif* dengan pendekatan *survei* yaitu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan respons kognitif, afektif, fisiologi, perilaku, dan sosial pasien dengan perilaku kekerasan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien di ruang Madrim yang muncul diagnosis perilaku kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo provinsi Jawa Tengah. Cara mengambil sampel menggunakan metode *total Sampling*. Jumlah sampel yaitu 20 orang. Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari 2019. Data dianalisis secara univariat berupa distribusi frekuensi.

HASIL

Hasil penelitian terkait respons pasien disajikan pada tabel berikut.

Tabel 1.
Respons kognitif pasien perilaku kekerasan (n=20)

Tanda dan gejala	Hari ke 1-2	
	f	%
Subjektif		
Mengungkapkan ketidakmampuan mengontrol PK	19	95
Merasa berpikir negative dalam menghadapi stressor	15	75
Mengungkapkan keinginan untuk memukul orang lain	17	85
Mengungkapkan ketidakmampuan dalam berkomunikasi	15	75
Objektif		
Mendominasi pembicaraan		
Flight of idea	17	85
Perubahan isi pikir	20	100
Menyalahkan orang lain	20	100
Kurang konsentrasi	19	95
Mudah putus asa	13	65
Kepribadian tertutup	16	80
Agresif	6	30

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas respons kognitif yang muncul hari ke 1

hingga ke 2 pada pasien perilaku kekerasan secara subyektif mengungkapkan

ketidakmampuannya mengontrol perilaku kekerasan sedangkan secara obyektif mayoritas responden terjadi perubahan isi pikir dan menyalahkan orang lain.

Tabel 2.
Respons afektif pasien perilaku kekerasan (n=20)

Tanda dan gejala	Hari ke 1-2	
	f	%
Subjektif		
Afek labil	11	55
Mengungkapkan perasaan curiga	18	90
Merasa mudah tersinggung	13	65
Merasa tidak nyaman	20	100
Merasa jengkel	17	85
Mengungkapkan keinginan untuk memukul orang	7	35
Obyektif		
Marah	18	90
Frustrasi	17	85
Pemurung	9	45
Menunjukkan ketidakpedulian dengan lingkungan/ acuh	17	85
Sering meremehkan sesuatu	15	75
Kurang percaya diri	8	40

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas respons afektif yang muncul hari ke 1 hingga ke 2 pada pasien perilaku kekerasan secara subyektif mengungkapkan perasaan tidak nyaman, sedangkan secara obyektif mayoritas responden tampak marah.

Tabel 3.
Respons fisiologi pasien perilaku kekerasan (n=20)

Tanda dan gejala	1-2	
	f	%
Subjektif		
Mengatakan pusing	17	
Merasa berdebar-debar	18	
Mengungkapkan keluhan mual, tidak enak di perut	18	
Obyektif		
Muka merah	17	
Pandangan tajam	20	
Rahang mengatup dengan kuat	18	
Tangan mengempal	20	
Wajah tegang dan kewaspadaan meningkat	1	

Tabel 3 menunjukkan bahwa mayoritas respons fisiologis yang muncul hari ke 1 hingga ke 2 pada pasien perilaku kekerasan secara subyektif merasa berdebar-debar dan merasa mual serta tidak enak di perut, sedangkan secara obyektif mayoritas responden tampak pandangan tajam dan tangan mengempal.

Tabel 4 menunjukkan bahwa mayoritas respons perilaku yang muncul hari ke 1 hingga ke 2 pada pasien perilaku kekerasan secara subyektif mengungkapkan selalu curiga, sedangkan secara obyektif merusak benda/ menciderai orang lain serta berperilaku agresif.

Tabel 5 menunjukkan bahwa mayoritas respons sosial yang muncul hari ke 1 hingga

ke 2 pada pasien perilaku kekerasan secara obyektif mayoritas responden subyektif mengungkapkan keinginannya dengan nada mengancam, sedangkan secara mengasingkan diri.

Tabel 4.
Respons perilaku pasien perilaku kekerasan (n=20)

Tanda dan gejala	Hari ke 1 -2	
	f	%
Subyektif		
Mengatakan selalu curiga	17	
Mengungkapkan keinginan untuk melukai diri sendiri/ orang lain	11	
Obyektif		
Mondar-mandir	15	
Memukul benda/ orang	20	
Merusak barang	15	
Nada suara tinggi/ keras	19	
Agresif	20	
Suka membentak orang lain	18	
Bersikap sinis terhadap orang lain	15	

Tabel 5.
Respons sosial pasien perilaku kekerasan (n=20)

Tanda dan gejala	Hari ke 1-2	
	f	%
Subyektif		
Sering mengungkapkan keinginannya dengan nada mengancam	20	
Secara verbal sering mengejek, mengolok-olok	15	
Obyektif		
Menarik diri dalam pergaulan lingkungan sekitar	17	
Mengasingkan diri	19	
Penolakan	3	

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden menunjukkan respons kognitif berupa perubahan isi pikir dan menyalahkan orang lain. Respons tersebut juga merupakan salah satu faktor yang menyebabkan pasien dirawat di RSJ. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Hidayati (2012) bahwa perilaku kekerasan merupakan kasus yang paling banyak terjadi di RSJ sehingga keluarga memutuskan untuk merawat klien di RSJ.

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas responden mengungkapkan perasaan tidak nyaman dan menunjukkannya dengan

marah. Respons tersebut terjadi karena keinginannya tidak terpeuhi, sehingga keluarga sebagai orang terdekat pasien hendaknya dapat berupaya untuk mengatasi ataupun mencegah agar respons marah dapat dihindari yaitu dengan memenuhi keinginan pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wuryaningsih dan Hamid (2013) bahwa salah satu upaya untuk mengendalikan marah pasien dilakukan keluarga melalui sikap permisif kepada pasien seperti menuruti keinginan pasien dan membiarkan pasien melakukan apapun yang diinginkan oleh pasien.

Tabel 3 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki respons fisiologis dengan tangan mengepal dan pandangan tajam. Hasil ini sejalan dengan penelitian Pratama (2012) bahwa salah satu dari beberapa tanda pasien marah yaitu tangan mengepal. Penelitian Mariyati, Hamid, Daulima (2018) menunjukkan bahwa dampak fisik dan psikososial dari penggunaan pembatasan keinginan pasien gangguan jiwa dapat ditunjukkan dengan perilaku agresif sebagai salah satu alasan utama menahan diri.

Tabel 4 menunjukkan mayoritas responden memiliki respons perilaku berupa perasaan curiga, merusak alat, dan menciderai orang lain. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Mats, Joakim, Henrik, Marianne (2017). bahwa individu yang memiliki ide kekerasan dalam hidup mereka secara signifikan lebih rentan untuk melakukan tindakan kekerasan.

Tabel 5 menunjukkan bahwa pasien perilaku kekerasan memiliki respons sosial ditunjukkan dengan sikap yang sering mengasingkan diri ataupun mengungkapkan keinginan dengan nada mengancam. Hasil ini sesuai dengan penelitian Leslie, Kristie, Thomas, Michael, Joanna, Lori, White, Waldam (2019) bahwa kontrol lingkungan sosial yang rendah memicu terjadinya perilaku kekerasan.

SIMPULAN

Mayoritas responden berrespons kognitif berupa perubahan isi pikir dan menyalahkan orang lain, respons afektif berupa perasaan tidak nyaman, respons fisiologis berupa pandangan tajam dan tangan mengepal, respons perilaku berupa memukul benda/ orang dan agresif, respons sosial berupa sering mengungkapkan keinginannya dengan nada mengancam

DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI. (2007). Standart Asuhan Keperawatan Jiwa. Magelang RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang.

Dinkes Provinsi Jawa Tengah, (2014). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014*. Hal 102. Diakses tanggal 1 April 2019. dari http://www.dinkesjatengprov.go.id/v2015/dokumen/profil2014/Profil_2014.pdf

Hidayati, E. (2012). Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang. In *PROSIDING SEMINAR NASIONAL & INTERNASIONAL* (Vol. 1, No. 1).

<http://rs-amino.jatengprov.go.id/?q=content/laporan-10-besar-penyakit>

Keliat. (2005). Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa (terjemahan). Jakarta EGC.

Leslie J. Sattler, Kristie A. Thomas, Michael G. Vaughn, Joanna Almeida, Lori A. White, Marcus R. Waldman. (2019) Community matters: GxE interactions predicting childhood aggression and violent behavior, *Journal of Criminal Justice*, Volume 61, 2019, Pages 58-71, ISSN 0047-2352, <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2019.03.002>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235219300339>)

Mariyati Achir Yani Syuhaimie Hamid, Novy Helena Catharina Daulima, (2018). The experience of restraint-use among patients with violent behaviors in mental health hospital, *Enfermería Clínica*, Volume 28, Supplement 1, 2018, Pages 295-299, ISSN 1130-8621, [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30173-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30173-6). (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862118301736>)

Mats Persson, Joakim Sturup, Henrik Belfrage, Marianne Kristiansson. (2017). Self-reported violent ideation and its link to interpersonal violence among offenders with mental disorders and general psychiatric patients, *Psychiatry Research*, Volume 261, 2018, Pages 197-203, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.079>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178117305358>)

PRATAMA, S. A. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Sdr. Y Dengan Gangguan Perilaku Kekerasan Di Ruang Amarta Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).

RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Prov. Jateng, (2016). *Laporan 10 Besar Penyakit*. Diakses tanggal 29 Maret 2018 dari

WHO, (2015). *Mental Disorders*. Diakses tanggal 28 Maret 2016 dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

Wuryaningsih, E. W., & Hamid, A. Y. S. (2013). Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Mencegah Kekambuhan Perilaku Kekerasan Pasien Pasca Hospitalisasi RSJ. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1(2).