PENGALAMAN PERAWAT DALAM MENANGANI PASIEN PERILAKU KEKERASAN DI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana

(S.Kep)

Di Susun Oleh :

JUNAIDI

NIM: 15.0239.574.01

PROGRAM STUDI

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2019

PENGALAMAN PERAWAT DALAM MENANGANI PASIEN PERILAKU KEKERASAN DI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana

(S.Kep)

Di Susun Oleh :

JUNAIDI

NIM: 15.0239.574.01

PROGRAM STUDI

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2019

HALAMAN PENGESAHAN

PENGALAMAN PERAWAT DALAM MENANGANI PASIEN PERILAKU KEKERASAN DI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

JUNAIDI
NIM. 15.0239.574.01

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 24 Juli 2019

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep** (.....)
   NIK. 113072.86.18.128
2. **Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S** (.....)
   NIK. 113072.88.17.096
3. **Ns. Linda Dwi Novial Fitri, M.Kep. Sp.Kep.Jiwa** (.....)
   NIP. 19731103.199503.2.004
4. **Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep** (.....)
   NIK. 113072.86.13.071

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.14.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Junaidi

Nim : 15.0239.574.01

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir: Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Menyatakan bahwa Skripsi/ karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang di kutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda,……..…2019

Yang membuat pernyataan,

JUNAIDI

(15.0239.574.01)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatakan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan Skripsi ilmiah dengan judul **‘’Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”** Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusun Skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenakanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan STIKes Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono,.S.Pd,.S.Kep,.M.Kep Selaku Ketua STIKes Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Rusdi,.M.Kep Selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Wiyata Husada Samarinda sekaligus Dosen Pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam menyusunan tugas akhir ini.
4. Ns. Linda Dwi Novial Fitri, S.Kep., M,Kep., Sp.Kep,Jiwa Selaku Dosen Pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan Pikiran untuk mengarahkan saya dalam menyusunan tugas akhir ini.
5. Drs. Haris Nur Herlan, M.Si Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang telah membantu dalam kelengkapan data penelitian.
6. Teristimewa untuk kedua orang tua saya yang sampai saat ini selalu menyayangi, mencintai, mendidik saya dengan sepenuh hati, mendo’akan, memberi dukungan serta semangat sehingga saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

7. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi Ilmu Keperawatan 2015 STIKes Wiyata Husada Samarinda yang namanya tidak saya sebutkan satu-persatu.

Dan mohon maaf atas segala kesalahan yang mungkin telah saya perbuat baik di sengaja maupun tidak di sengaja, semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu memberikan kasih sayang-Nya untuk kita semua, Amin.

Samarinda, 24 Juli 2019

Junaidi

Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Junaidi

Nim : 15.0239.574.01

Program Studi : S1-Keperawatan

Dengan ini Menyetujui dan memberikan hak keapada STIKES wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda,……..2019

Yang menyatakan

(……)

ABSTRAK

Pengalaman Perawat Dalam Menangnai Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Junaidi[1],Linda Dwi Novial[2],Rusdi[3]

Email : junaipraditaone@gmail.com

Latar Belakang : Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku dari seseorang individu yang bertujuan untuk meluka diri sendiri maupun orang lain. Marah merajuk yang bertujuan untuk melukai diri sendiri maupun orag lain. Marah merajuk pada suatu perangkat perasaan–perasaan tertentu yang biasanya dikenal dengan perasaan marah. Agresi juga dikatakan suatu perilaku yang dimaksudkan untuk mencederai orang lain atau milik orang lain. **Tujuan :** Untuk mengeksprolasi pengalaman perawat dalam menangani pasien perilaku kekerasan. **Metode :** Penelitian ini menggunakan *metode kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologi*. Pengambilan partisipan menggunakan tehnik *purposive sampling* dengan jumlah partisipan sebanyak 6 partisipan dengan kriteria inklusi yaitu, perawat yang mempunyai pengalaman dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan. **Hasil :** Penelitian ini menghasilkan 4 tema utama yaitu, penanganan pasien perilaku kekerasan saat terjadinya kekambuhan, pengalaman unik selama menangani pasien perilaku kekerasan, respon negatif perawat dalam menangani pasien perilaku kekerasan ketika susah diarahkan, harapan perawat kepada keluarga setelah pasien pulang. **Kesimpulan :** Perawat dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan khususnya partisipan pada saat-saat tertentu kadang kala tidak mampu melakukan sendiri dalam melaksanakan suatu tindakan keperawatan, sehingga dalam melaksanakan suatu tindakan tersebut meraka mencari bantuan kepada teman atau satpam untuk mengamankan pasien.

Kata Kunci : Fiksasi, Pengalaman Unik, Harapan Perawat

[1,3]Program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

[2]Praktisi RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

ABSTRACT

NURSE EXPERIENCES IN TREATING PATIENTS WITH VIOLENT BEHAVIORS AT ATMA HUSADA MAHAKAM MENTAL HOSPITAL

Junaidi[1], Linda Dwi Novial[2], Rusdi[3]

Email: junaipraditaone@gmail.com

Background: Violent behavior is a form of an individual behavior which aims to hurt one's own self or other people. Sulking is a set of certain feelings which is usually known as anger. Aggression is also included as a behavior which aims to hurt other people or property of other people. **Objective**: to explore the nurse experiences in treating patients with violent behaviors. **Method**: This research used qualitative method with phenomenological approach. The participants were selected using purposive sampling technique with the total of 6 participants with the inclusion criteria, namely nurses who had experiences in treating patients with violent behaviors. **Findings**: this research revealed 4 main themes, namely: the treatment of patients with violent behaviors during recurrence, unique experience during the period of treating patients with violent behaviors, negative responses of the nurses in treating patients with violent behaviors, especially when they were hard to be directed, the expectation of nurses to the family when the patients went home. **Conclusion:** in treating the patients with violent behaviors, the nurses were not able to do it alone, especially when they have to treat the patients in a certain condition and time. They sometimes find it difficult to give nursing treatment so that they have to find other people or security to help them in handling the patients.

Keywords*:* Fixation, Unique Experience, Nurse Expectation

[1,3]*Nursing Science Study Program, STIKES Wiyata Husada, Samarinda*
[2]*Practitioner of Atma Husada Mahakam Mental Hospital Samarinda*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
LEMBAR PENGESEHAN ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN iii
KATA PENGANTAR iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI v
ABSTRAK vi
ABSTRACT vii
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR SKEMA xi
DAFTAR LAMPIRAN xii

BAB I PENDAHULUAN
- A. Latar Belakang 1
- B. Rumusan Masalah 4
- C. Manfaaat Penelitian 4
- D. Penelitian Terkait 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA
- A. Telaah Pustaka
  - 1. Pengalaman 7
    - a. Definisi Pengalaman 7
    - b. Manjamen Perilaku Kekerasan 7
    - c. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan 9
    - d. Penyebab Kemarahan 10
    - e. Mekanisme Koping 11
    - f. Penilaian Terhadap Stressor 12
    - g. Rentang Respon 14
    - h. Faktor Presdiposisi 14
  - 2. Perilaku Kekerasan
    - a. Definisi Perilaku Kekerasan 17
    - b. Penanganan Perilaku Kekerasan 17
    - c. Peran Perawat 19
    - d. Melaksanakan Tahapan Dalam Proses Kperawatan 20
  - 3. Kepercayaan Diri Perawat
    - a. Definisi Kepercayaan Diri Perawat 22
    - b. Aspek Kepercayaan Diri 24
    - c. Proses Terbentuknya Kepercayaan Diri 25
- B. Teori Keperawatan 25
- C. Kerangka Teori 27

BAB III METODE PENELITIAN
- A. Jenis dan Rancangan Penelitian 28
- B. Lokasi Dan Waktu Penelitian 28
- C. Subjek Penelitian 29

D. Pemilihan Subjek Penelitian 29
E. Sumber Data dan Instrumen Penelitian 30
F. Teknik Pengumpulan Data..... 31
G. Prosedur Pengumpulan Data 33
H. Analisa Data 34
I. Keabsahan Data..... 35
J. Etika Penelitian 34
K. Alur Penelitian 37

BAB IV HASIL PENELTIAN DAN PEMBAHASAN
A. Hasil Penelitian 41
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian..... 41
2. Gambaran Karakterristik Partisipan 42
3. Profil Partisipan..... 43
4. Tema Hasil Analisis Penelitian 44
B. Pembahasan..... 57
1. Penanganan Pasien PK Saat Terjadinya Kekambuhan 57
2. Pengalaman Unik Selama menangni Pasien PK 59
3. Respon Negatif Perawat Dalam Menangani Pasien PK..... 60
4. Harapan Perawat Kepada Keluarga Setelah Pasien pulang 61

BAB V PENUTUP
A. Kesimpulan 64
B. Saran..... 65

DAFTAR PUSTAKA
DAFTAR RIWAYAT HIDUP
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik Responden 43

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Rentang Respon Marah 14
Skema 2.2 Kerangka Teori 27
Skema 3.1 Alur Penelitian 40
Skema 4.1 Tema 1 45
Skema 4.2 Tema 2 49
Skema 4.3 Tema 3 52
Skema 4.3 Tema 4 55

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

LAMPIRAN

Lampiran 1 Timeline kegiatan akhir
Lampiran 2 Lembar Persetujuan menjadi responden
Lampiran 3 Pedomam Pertanyaan wawancara mendalam
Lampiran 4 Surat permohonan izin study pendahuluan

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku dari seseorang individu yang bertujuan untuk melukai diri sendiri maupun orang lain. Marah merajuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya dikenal dengan perasaan marah. Agresi juga bisa dikatakan suatu perilaku yang dimaksudkan untuk mencederai orang lain atau milik orang lain (Muhits, 2015).

Perilaku kekerasan biasanya menunjukkan tanda dan gejala seperti muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatup rahang dengan dengan kuat, bicara kasar, jalan mondar-mandir, menjerit atau berteriak, suara tinggi, mengancam secara verbal atau fisik dan melempar atau memukul benda/ orang lain (Daulay, 2010). Perilaku kekerasan yang dilakukan oleh pasien dapat mengganggu kenyamanan suasana ruang rawat, baik pasien lain maupun perawat yang sedang bertugas (Wofest, 2011).

Untuk menangani pasien dengan perilaku kekerasan tenaga medis terutama staf keperawatan jiwa mempunyai peran yang sangat penting salah satunya adalah dengan restrain etremitas. Secara umum, dalam pasikiatrik restrain merupakan suatu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berprilaku diluar kendali yang bertujuan untuk memberikan keamanan fisik dan psikologis individu (Kandar dkk, 2013).

Perawat yang menangani pasien perilaku kekerasan sering mendapatkan ancaman yang berbahaya terutama pada petugas perawat perempuan tidak dapat melakukan penanganan dengan sendiri, memerlukan bantuan teman atau security untuk membantu penanganan pasien perilaku kekerasan tersebut. Untuk penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perawat membutuhkan kurang lebih 5 sampai 6 orang untuk membantu penanganan 1 orang pasien yang mengalami perilaku kekerasan. Perawat yang menangani pasien dengan perilaku kekerasan cenderung menjadi korban perilaku kekerasan pasien baik

secara lisan maupun fisik yang hampir setiap hari. Hal itu disebabkan karena perawat menganggap pasien perilaku kekerasan berbahaya, sangat menakutkan dan cenderung melakukan tindakan kekerasan seperti memukul, melempar, mengancam dan berbicara kasar. Sehingga untuk mengantisipasi hal tersebut maka diperlukan keterampilan yang profesional dalam menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan (As'ad & Soetjipto, 2010).

Dampak yang dirasakan setelah menangani pasien dengan perilaku kekerasan yaitu munculnya rasa takut, trauma, merasakan adanya beban emosional dan perawat merasa was-was jika terjadinya perilku kekerasan berulang dari pasien. Bahkan beberapa dari perawat ada yang berkeinginan untuk meninggalkan profesinya atau mengundurkan diri dari pekerjaannya dan memilih bidang keperawatan lain yang dirasakan lebih sesuai. (Yada, 2015).

Kekerasan fisik yang dialami dapat menyebabkan cedera ringan (84%), kemudian diikuti dengan ancaman fisik (79%) dan kekerasan verbal (70%) serta sejumlah kecil perawat (20%) mengalami kekerasan fisik yang menyebabkan cedera serius. Perawat yang paling banyak mengalami ancaman adalah perawat perempuan (70,5%) dengan usia antara 31-50 tahun. Dampak yang di rasakan perawat setelah menangani pasien perilaku kekerasan yaitu timbulnya persepsi yang negatif terhadap pasien perilaku kekerasan (As'ad & Soetjipto 2010).

Menurut data WHO (2016). terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Di Indonesia dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang.

Dari hasil observasi studi pendahuluan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda pada tanggal 22 Januari 2019 di dapatkan data selama tiga bulan terkahir terjadi Perilaku Kekerasan di ruangan belibis sebanyak 66,7%, ruangan enggang 98,5%, ruangan tiung 30,11%, ruangan gelatik 33,42% ruangan elang 69,9%, ruangan punai 89%, dan ruangan upip 14,7%.

Kemudian Peneliti melakukan wawancara singkat kepada tiga orang Perawat di ruang rawat inap yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda menyatakan bahwa dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan yang perlu mereka persiapkan saat pasien sedang mengalami kekerasan adalah mengamankan diri terlebih dahulu serta mental yang kuat untuk menghadapi pasien tersebut. Untuk menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan, perawat mengatakan tidak dapat melakukan penanganan pasien dengan sendiri dikarenakan takut dapat mengancam diri sendiri terutama pada perawat perempuan, perawat perlu bantuan teman atau security untuk membantu penanganan pasien tersebut. Untuk penanganan pasien perilaku kekerasan perawat mengatakan perlu bantuan kurang lebih 5 sampai 6 orang untuk satu orang pasien yang mengalami perilaku kekerasan. Perawat menyatakan jika pasien sudah di amankan dan tetap melakukan tindakan perilaku kekerasan maka pasien tersebut akan dimasukan di ruang isloasi dan diberikan fiksasi.

Perawat juga menyatakan selama melakukan tindakan penanganan pasien dengan perilaku kekerasan sering mendapatkan perlakuan secara fisik dari pasien seperti di pukul, diludahi digigit, dikejar dan dibentak oleh pasien tersbut. Berdasarkan fenomena di atas maka peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian tentang Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, pengalaman ini adalah sebuah penelitian untuk melihat makna hidup seseorang sehingga perlu melakukannya dengan studi kualitatif. Diharapakan dengan adanya penelitian fenomenologi ini dapat memaknai Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

B. Rumusan masalah

Berdasarakan uraian dalam latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana pengalaman Perawat dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan ?

C. Tujuan penelitian

Tujuan penelitian ini sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

2. Tujuan Khusus

a) Mengeksplorasi Pengalaman Perawat kesehatan dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

b) Mengeksplorasi Pengalaman Perawat dalam mencegah terjadinya kekambuhan perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

c) Mengeksplorasi peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan serta wawasan peneliti tentang pengalaman perawat kesehatan dalam menangani perilaku kekerasan

2. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber rifrensi serta sumber rujukan untuk penelitian selanjutnya tentang pengalaman perawat kesehatan dalam menangani perilaku kekerasan

3. Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil umum penelitian ini di harapakan dapat menjadi sumber referensi tentang penanganan pasien perilaku kekerasan

4. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan serta wawasan dalam menangani pasien perilaku kekerasan

E. Penelitian Terkait

Adapaun penelitian yang terkait dengan penelitian ini sebagai berikut:

1. Dalam penelitian yang di lakukan oleh (Sulistyono dkk, 2014) "*Pengelaman Perawat Dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Yang Di Sebabkan Halusinasi Di Ruang Melati RSJD Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang*" Penelitian ini bertujuan untuk menggali pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan yang di sebabkan halusinasi di ruang Melati RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat lawing adapun hasil penelitian ini mengungkapakan tiga tema antara lain: melaksanakan tahapan-tahapan dalam proses keperawatan, kesadaran diri, empati.
2. Dalam penelitian yang di lakukan oleh (Afriani dkk, 2018) "*Hubungan Persepsi Perawat Tentang Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Tingkat Kecemasan Prawat Dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan*" Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan persepsi perawat tentang pasien perilaku kekerasan dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien perilaku kekerasan adapun hasil penelitian ini diharapkan dapat memeberikan informasi dalam mengembangkan ilmu keperawatan jiwa terkait dengan konsep persepsi dan kecemasan perawat, sehingga dapat memberikan wawasan baru dalam ilmu keperawatan jiwa tentang persepsi perawat dan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien perilaku kekerasan.
3. Dalam penelitian yang di lakukan oleh (Azalia dkk, 2017) "*Hubungan Perilaku Agresif Pasien Dengan Stres Perawat Rumah Sakit Jiwa Aceh*" Penelitian ini bertujuan terdiri atas tujuan umum dan khusus. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran perilaku agresif pasien dan stress perawat di Rumah Sakit Jiwa Aceh. Sedangkan tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk menegetahui hubungan perilaku agresif pasien dengan stress perawat di Rumah Sakit Jiwa Aceh. Adapaun hasil penelitian berdasarkan hasil analisis data penelitian terhadap 111 orang responden di dapatkan responden dengan jenis perempuan berjumalh 66 orang (59,5%), sedangkan laki-laki berjumalah

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

45 orang (40-5%), ini menunjukan bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini adalah perempuan. Berdasarkan data perawat pelaksana Rumah Sakit Jiwa Aceh jumlah perawat pelaksana lebih banyak dibandingkan dengan perawat pelaksana perawat laki-laki.

4. Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Subu dkk, 2016) “Stigmatisasi dan perilaku kekerasan pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Indonesia” penelitian ini bertujuan memahami dampak stigmatisasi dalam hubungannya dengan perilaku kekerasan terhadap penderita; serta untuk mengetahui perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita terhadap orang lain. Penelitian ini menggunakan Constructivist Grounded Theory. Metode pengumpulan data Paille. Hasil temuan ini relavan untuk para perawat jiwa yang memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien perilaku kekerasan.

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengalaman Perawat

a. Definisi Pengalaman

Menurut Emerson (2009) pengalaman terdiri dari 2 kategori yaitu pengalaman dari suatu individu yang baru saja dialami terhadap suatu peristiwa atau kejadian yang disebut dengan *immediacy of experience* sedangkan yang kedua adalah *subjective experience* merupakan pengalaman persepsi yang tebentuk karena adanya interaksi yang lama pada suatu kejadian atau peristiwa. Hal ini berarti pengalaman perawat dalam penanganan pasien amuk merupakan pengalaman yang terbentuk karena adanya interaksi dari individu terhadap suatu peristiwa, sehingga berdampak bagi individu tersebut (Emerson, 2009).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu ancaman bagi kesehatan fisik dan psikologis perawat. Perawat harus menghadapi kekerasan baik secara lisan maupun fisik yang hampir terjadi setiap hari. Untuk itu perlu adanya kesiapan khusus dari perawat untuk mampu mengantisipasi atau menghadapi kondisi tersebut. As'ad dan Sutjipto (2010) mengemukakan bahwa diperlukan adanya kemampuan professional khusus bagi perawat dalam mengelola klien kekerasan. Hal senada dikemukakan pula oleh Malfesari (2014) yang menyatakan bahwa untuk menjaga keselamatan pasien dan perawat serta terjaminnya hak asasi manusia pasien, maka perawat harus dibekali dengan keterampilan khusus yang berkaitan dengan pelaksanaan dalam menangani pada pasien dengan perilaku kekerasan waspada terhadap kondisi pasien. (Malfesari, 2014).

b. Manajemen Perilaku Kekerasan

Stuart dan Sundeen memberikan batasan tentang keperawatan jiwa, yaitu suatu proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku, yang mengontribusi pada fungsi yang terintegrasi. Sementara ANA (*American Nurses Association*) mendefinisikan keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya (Stuart, 2007). Berdasarkan dua pengertian di atas, maka setiap perawat jiwa dituntut mampu menguasai bidangnya dengan menggunakan ilmu perilaku sebagai landasan berpikir dan berupaya sedemikian rupa sehingga dirinya dapat menjadi alat yang efektif dalam merawat pasien (Depkes RI, 1998).

Komunikasi terapeutik adalah suatu cara dalam berkomunikasi dengan menekankan pengalaman belajar bersama dengan pasien untuk memperbaiki emosi pasien. Walaupun perawat atau tenaga kesehatan lain lebih mengerti tentang masalah kesehatan, seseorang yang lebih mengerti tentang masalah pasien adalah perawat. Oleh karenanya, perawat harus menciptakan rasa percaya (Trust) agar pasien dapat mempercayai perawat sebagai tempat berkeluh kesah tentang masalah kesehatannya. Perawat mengkaji data secara verbal dan nonverbal sehingga dapat dirumuskan masalah keperawatan untuk diselesaikan bersama dengan pasien. Dengan demikian, perawat dapat menggunakan dirinya sebagai seorang penolong (helper).

Gangguan jiwa merupakan dikonseptualisasikan secara klinis sebagai sindrom perilaku atau psikologis atau pola yang terajdi pada individu dan terkait dengan penderitaan atau suatu keadaan yang berbahaya seperti misalnya gejala yang menyakitkan atau cacat serta dapat di artikan sebagai berkurang risiko menderita kematian, sakit, cacat, atau kerugian penting kebebasan (Suhaimi, 2015). Sedangkan menurut Szazs (2011) gangguan jiwa atau penyakit mental diartikan sebagai gangguan atau disfungsi dari otak. Skzofrenia adalah suatu

jenis gangguan yang biasanya ditandai dengan disorganisasi kepribadian yang cukup parah, distorsi realita serta ketidakmampuan berinteraksi dengan kehidupan sehari-hari (Ardani, 2013).

Skizofrenia menurut Prabowo dibagi menjadi beberapa tipe yaitu skizofrenia simplex, skizofrenia paranoid, skizofrenia skizo afektif. Skizofreni paranoid merupakan salah satu tipe dari skizofrenia yang rentan terhadap delusi, skizofrenia paranoid biasanya muncul gejala-gejala seperti pederita seringkali merasa terancam, ditipu diamati, diikuti atau bahkan seperti hendak dibunuh. (Prabowo, 2014)

Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan harus segera ditangani karena dapat membahayakan diri pasien, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara fisik dan verbal. Penanganan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya dengan cara isolasi dan atau restarin (menurut kebijakan institusi) (Purwanto, 2015).

Restrain adalah aplikasi langsung kekuatan fisik pada individu tersebut, tanpa ijin individu tersebut, untuk membatasi kebebasan gerak dari individu. Kekuatan fisik ini menggunakan alat medis, tenaga manusia ataupun kombinasi keduanya. Pengekangan fisik menggunakan pengekangan mekanik, seperti manset pada pegelangan tangan dan kaki, serta sprey untuk pengekangan. Restrain tenaga manusia dilakukan ketika anggota staf secara fisik mengendalikan pasien dan memindahkan pasien ke ruangan (Sulistyowati, 2014).

c. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Yosep (2009) mengemukakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1) Fisik

Muka merah dan tegang, Mata melotot/ pandangan tajam,Tangan mengepal, Rahang mengatup, Postur tubuh kaku Jalan mondar mandiri.

2) Verbal

Bicara kasar,Suara tinggi, membentak atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumapat dengan kata-kata kotor, suara keras.

3) Perilaku

Melempar atau memukul benda, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/ orang lain, merusak lingkungan, amuk/ agresif.

4) Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

5) Intelektual

Mendominasi cerewet kasar, berdebat, meremehkan.

6) Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, tidak bermoral, kreavitas terhambat.

7) Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.

8) Perhatian

Bolos, Melarikan diri dan melakukan penyimpangan seksual.

d. Penyebab Kemarahan

Menurut Stearen kemarahan adalah kombinasi dari segala sesuatu yang tidak enak, cemas, tegang, dendam, sakit hati, dan frustasi. Hilangnya harga, kebutuhan akan status dan prestise yang tidak terpenuhi.

1) Frustasi, seseorang yang mengalami hambatan dalam mencapai tujuan/keinginan yang diharapkan menyebabkan ia menjadi frustasi.

Merasa terancam dan cemas. Jika ia tidak mampu menghadapi rasa frustasi itu dengan cara lain tanpa mengendalikan orang lain dan keadaan sekitarnya misalnya dengan kekerasan.

2) Hilangnya haraga diri, pada dasarnya manusia itu mempunyai kebutuhan yang sama untuk diharagai. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi akibatnya individu tersebut mungkin akan merasa rendah diri, tidak berani bertindak, lekas tersinggung, lekas marah, dan sebagainya.

3) Kebutuhan akan status dan prestise, manusia pada umumnya mempunyai keinginan untuk mengakualisasikan dirinya, ingin dihargai dan diakui satatusnya.

e. Mekanisme Koping

Beberapa mekanisme koping yang dapakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain :

1) Sublimasi: menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurnya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas remas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2) Proyeksi: menyalahkan orang lain kesukarnya atau keinginannya yang tidak baik, misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.

3) Represi: mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kealam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orangtuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orangtua merupakan hal yang tidak baik. Sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakanya.

4) Reaksi formasi: mencegah keinginan yang berbahaya bila di ekspresikan. Dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.
5) Deplacemnt: melepasakan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada obyek yang begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya : Timmy berusia 4 tahun marah karena menggambar dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

f. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhdap stressor merupakan proses evaluasi secara menyeluruh yang dilakukan oleh indvidu terhadap stressor dengan tujuan untuk melihat tingkat kemaknaan dari kejadian yang dialaminya dan penilaian stressor tersebut merupakan suatu proses kondisi stress yang komprehensif yang penilaiannya terhadap stressor yang meliputi 5 aspek, yakni respon kognitif, respon afektif, respon fisiologis, respon perilaku dan respon sosial (Stuart, 2013).

1) Respon kognitif

Pada klien agresif untuk respon kognitif selalu dikaitkan atau dihubungakan dengan psikologis individu, bentuk respon yang muncul atau tergambar pada klien yang melakukan perilaku kekerasan adalah permusuhan, kemarahan dan keyakinan yang irasional. Respon kognitif yang ditemukan pada klien yang melakukan perilaku kekerasan adalah bingung, tidak mampu memecahkan masalah, mendominasi, supresi pikirian.pada individu dengan perilaku agresif atau perilaku kekerasan berfikir secara irasional yang akan tercermin dari kata-kata yang tidak logis menunjukan cara berfikir yang salah. Berdasrkan penjelesan diatas dapat disimpulkan bahwa respon kognitif pada klien yang mengalami perilaku kekerasan adalah adanya ketidakmampuan memecahkan masalah dan mesupresi pikiran, yang ditujukan

dengan pikiran yang irasional, mendominasi dan kata-kata yang tidak jelas.

2) **Repon efektif (Emosi)**

marah sebagai suatu emosi yang mempunyai ciri-ciri aktivitas saraf simpatik yang tinggi. Bagaimana pengalaman emosional dari marah tidak selalu mengarah pada respon antagonis. Menurut Putri (2010) tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara efektif yaitu akan ditemukan irribilitas, depresi, marah, kecemasan, dan apatis.

3) **Respon fisiologis**

Respon fisiologis marah timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinephrine sehingga tekanan darah meningkat, frekuensi jantung meningkat, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urin meningkat.

4) **Respon Perilaku**

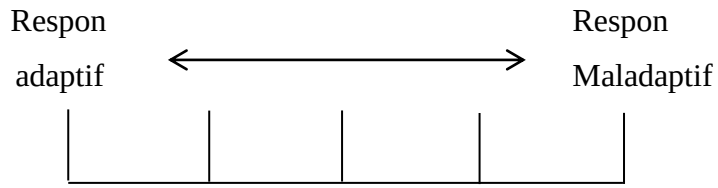
Respon perilaku dapat menarik perhatian dan menimbulkan konflik pada diri sendiri seperti melarikan diri, bolos bekerja atau penyimpangan seksual. Marah selalu dihubungkan dengan perilaku kekerasan secara perilaku akan ditemukan merasa tidak nyaman, berasa tidak berdaya, jengkel, merasa ingin berkelahi, mengamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahkan, menuntut, mudah tersinggung, euporia yang berlebihan atau tidak tepat, dan efek labil (Stuart & Laraia 2009).

5) **Respon Sosial**

Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Sebagian orang menyalurkan kemarahan dengan menilai dan mengkritik tingkah laku orang lain. Dalam memenuhi kebutuhan, seseorang memerlukan saling berhubungan denga orang lain. Pengalaman marah dapat mengganggu hubungan interpersonal. Cara seseorang mengungkapkan marah, merefleksikan latar belakang budayanya. Menurut Putri (2010) tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial akan ditemukan penurunan interaksi sosial.

g. Rentang Respon

Skema 2.1 : Rentang respon marah



(Sumber: Yosep (2010)

Keterangan:

1) Asertif
   Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan keterangan.
2) Frustasi
   Indvidu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak menemukan alternatif.
3) Pasif
   Individu yang dapat mengungkapkanperasaanya
4) Agresif
   Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih bisa terkontrol .
5) Kekerasan
   Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta kehilangan kontrol.

h. Faktor Presdiposisi

Menurut Dalami (2010) faktor presdiposisi perilaku kekerasan yaitu:

1) Biologis

Dalam sistem otak limbik berfungsi sebagai regulator/ Pengatur perilaku. Adanya lesi pada hipotalamus dan amigdala dapat mengurangi atau meningkatkan perilaku agresif. Rangsangan pada

sistem neurofisiologis dapat menimbulkan respon-respon emosional dan ledakan agresif. Penurunan neuropinefrin dapat menstimulasi agresif. Penurunan neuropinefrin dapat menstimulasi perilaku agresif misalnya pada peningkatan kadar hormone testoteron atau progesterone. Pengaturan perilaku agresif adalah mengatur jumlah metabolisme biogenik amino-neuropinefrin.

2) Psikologis

Menurut Lorenz, agresif adalah pembawaan individu sejak, lahir sebagai respon terhadap stimulus yang diterima. Respon tersebut berupa pertengkaran atau permusuhan. Gangguan ekspresi marah disebabkan indvidu karena ketidakmampuan menyelesaikan agresif yang menyebabkan indvidu berprilaku destruksif. Sedangkan menurut freud menyatakan bahwa sejak dilahirkan individu akan mengalami ancaman yang perlu diekspresikan. Perilaku desktruktif terjadi apabila ancaman tersebut menguasai indvidu. Menurut Freud, agresif berasal dari frustasi akibat ketidakmampuan individu mencapai tujuan. Bila individu tidak mampu mengekspresikan perasaanya individu akan marah pada dirinya. Frustasi dirasakan sebagai ancaman yang menimbulkan kecemasan sehingga individu merasa harga dirinya terganggu. Persepsi yang salah terhadap konflik yang terjadi dapat membuat individu menjadi agresif.

3) Sosiokultural

Norma-norma kultural dapat digunakan untuk membantu memahami ekspresi agresif invidu. Teori lingkungan sosial mengemukakan bahwa norma yang memperkuat perilakunya disebabkan ekspersi marah yang pernah dialami sebelumnya. Menurut Madden, orang-orang yang pernah memiliki riwayat ditipu cenderung mudah marah; yang disebut *"Acting Out"* terhadap marah. Bila *privacy* atau pribadi terganggu oleh kondisi sosial maka responnya berupa agresi/amuk. Teori Mller dan Dollar, mengemukakan bahwa tingkat laku agresif dipelajari sebagai

bagian dari proses sosial. Agresif dipelajari dengan cara imitasi terhadap pengalaman langsung. Pada subkultural cenderung menyebabkan imitasi tingkah laku agresif yang mengarah pada amuk. Ahli teroi sosial berpendapat bahwa komponen biologi tingkah laku agresif berhubungan dengan aspek-aspek psikososial.

4) Faktor Prespitasi

Faktor Presiptasi dengan suatu stimulus yang dipersepsikan sebagai suatu kesempatan, tantangan, ancaman/ tuntunan. Faktor presipitasi meliputi 4 hal yaitu : Sifat stressor, asal stressor. Lamanya terpapar stressor yang dialami dan banyaknya stressor yang dihadapi oleh seseorang (Stuart, 2013).

Berdasrkan sifatnya, sifat stressor terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah stressor biologis, stressor psikologis dan sosial budaya, stressor biologik seperti jenis penyakit yang berpengaruh pada fungsi dan struktur dari otak, adanya kelemahan fisik, penyakit infeksi dan kronis stressor psikologis, adanya kegagalan-kegagalan, kehilangan yang padat, rebut kritikan, penghinaan, aturan dan konfilik, tuntuan masyrakat yang tidak sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, serta stigma dari masyarakat terhadap orang yang mengalami gangguan jiwa.

Berdasrkan asal stressor, asal stressor ada dua internal dan eksternal. Stresor interal berasal dari diri sendiri seperti proses penuaan, hilang kepercayaan diri,perasaan tidak mampu, hilangnya kepercayaan diri, ketidakberdayaan dan lain sebagainya. Stressor eksternal berasal dari luar diri contoh keluarga dan lingkungan sekitar (kelompok dan masyarakat) seperti kehilngan anggota keluarga, orang yang di cintai, adanya tuntunan dari keluarga dan masyarakat dan lain-lain. Berdasarkan lamanya dan jumlah stressor terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama, frekuensinya berapa kali serta jumlah stressornya. Penanganan lebih intensif jika klien baru pertama kali terkena masalah dan tujuan tindakan adalah pencegahan primer. Jumlah stressor dan frekuensi mempengaruhi

individu, jika frekunsi dari jumalah stressor terkena masalah sedikit akan memerlukan penanganan yang berbeda dibandingkan dengan frekuensi dan jumalah stressornya lebih banyak (Stuart,2013).

2. Perilaku kekerasan

a. Definsi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan atau agresif adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain. Perilaku kekerasan biasanya muncul perasaan marah, jengkel, emosi, kecewa yang timbul yang ditandai dengan mengepal, melotot, pandangan tajam, bicara keras dan kasar (Afnuhazi, 2015). Tanda dan gejala dari pasien jiwa dengan perilaku agresif antara lain adanya sikap bermusuhan, penuh rasa dendam, pada beberapa kasus sering melakukan tindak pidana, perilaku menyerang, kejam serta merusak (Prabowo, 2014).

Menurut Purwanto (2015) perilaku yang sering muncul dan biasanya menyebabkan pasien dengan gangguan jiwa harus dilakukan tindakan restrain yaitu menyerang atau menghindar, memberontak perilaku ini biasanya muncul disertai dengan kekerasan akibat konflik untuk menarik perhatian orang lain, perilaku kekerasan atau mengamuk yang biasanya ditujukan kepada diri sendiri, orang lain ataupun lingkungannya (Purwanto, 2015).

b. Penanganan Perilaku Kekerasan

Penanganan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain (Keliat,2009) :

1) Penanganan intervensi keperawatan diberikan pada klien riwayat perilaku kekerasan dengan terapi generalis dan terapi spesialis, terapi spesialis, terapi generalis meliputi tujuan khusus dan strategi

komunikasi untuk klien, sedangkan terapi spesialisnya meliputi : *Cognitif Behavioral Therapy, Assertive Training*, sedangkan terapi keluarga *Family Psycho Education* dan terapi kelompoknya Therapy *Supportif Group.* Sedangkan penanganan intervensi keperawatan pada klien perilaku kekerasan dengan memberikan strategi komunikasi pada klien melipuit :

2) Intervensi keperawatan pada klien perilaku kekerasan bertujuan untuk mengontrol perilaku kekerasanya, dengan cara
   (a) Bersama klien mendiskusikan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan.
   (b) Bersama klien mendiskusikan akibat dan perilaku kekerasan yang dilakukan.
   (c) Bersama klien mendiskusikan cara mengontrol dan melatih perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (tariks napas dalam) dan fisik 2 (melakukan aktivitas yang disukai).
   (d) Bersama klien melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
   (e) Bersama klien melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.
   (f) Bersama klien mngontrol perilaku kekerasan denngan cara patuh minum obat.
   (g) Bersama klien mengevaluasi jadwal kegiatan harian yang sudah dibuat dan dilaksanakan.
   (h) Bersama klien mengavaluasi jadwal kegiatan harian yang sudah dibuat dan dilaksanakan.
   (i) Memberikan *Cognitif Behavioral Therapy;* dan memberikan *Assertive Training.*
3) Intervensi keperawatan yang diberikan pada keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, bertujuan agar keluarga mampu merawat klien dengan perilaku kekerasan, dengan cara :
   (a) Bersama keluarga mendiskusikan masalah yang dirahasikan keluarga dalam merawat pasien.

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

(b) Bersama keluarga menyamakan pengalaman perilaku kekerasan tanda dan gejala, proses terjadinya perilaku kekerasan.

(c) Bersama keluarga dalam memberikan *Family Pscho Educaiton*

(d) Memberikan *Therapy Supportif Group;* dan bersama keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*) dan menjelaskan *Follow up* pasien setelah pulang.

4) Intervensi keperawatan dengan terapi kelompok perilaku kekerasan menurut Stuart bertujuan untuk merubah perilaku yang konstruktif, sehingga mampu berinteraksi dengan orang lain. Sedangkan menurut Keliat (2009), manfaat terapi kelompok adalah saling berbagi pengalaman, saling membantu menyelesaikan masalah dan memperaktekkan cara marah yang asertif. Terapi kelompok perilaku kekerasan yang diberikan adalah. Terapi aktivitas kelompok yaitu stimulasi pengalaman meliputi :

(a) Bersama kelompok mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

(b) Bersama kelompok belajar mencegah tidak melakukan perilaku kekerasan secara fisik.

(c) Bersama kelompok belajar mencegah perilaku kekerasan secara sosial.

(d) Bersama kelompok belajar mencegah perilaku kekerasan dengan spiritual.

(e) Bersama kelompok belajar dan mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

c. Peran Perawat

Perawat merupakan proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang mengkontrbusi pada fungsi yang terintegrasi selain itu perawat juga berperan sebagai memberi pertolongan ke pada orang sakit sesuai dengan

ketidak mampuannya merawat diri dan memberi pengobatan atas petunjuk dokter dengan maksud menyembuhkan atau mengurangi penderitaan pasien dalam merawat orang sakit (Purnomo, 2013).

Peran perawat kesehatan jiwa mempunyai peran bervariasi dan spesifik Aspek dari peran tersebut meliputi kemandirian dan kolaborasi diantaranya adalah memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan, yaitu perawat memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa kepada individu, keluarga dan komunitas. Dalam menjalankan perannya perawat menggunakan konsep perilaku manusia, perkembangan kepribadian dan konsep kesehatan jiwa, yaitu pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan serta evaluasi terhadap tindakan tersebut. (Dalami, 2010).

d. Melaksanakan Tahapan-Tahapan Dalam Proses Keperawatan

1) Pengkajian

Pengkajian sebagai tahap awal proses kperawatan meliputi pengmpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistic, dan spiritual, seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart dan Sundeen, 2002) karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Secara lebih terstruktur pengkajian kesehatan jiwa meliputi hal berikut:

a) Identitas pasien
b) Keluhan utama pasien/ alasan masuk
c) Faktor predisposisi
d) Aspek pskologis
e) Aspek psikososial
f) Status mental
g) Kebutuhan persiapan pulang
h) Mekanisme koping

i) Masalah pskososial dan lingkungan

j) Pengetahuan

k) Aspek medis

Data di kelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif. Data objektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan/ atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat.

Jenis data yang diperoleh dapat sebagai data primer bila didapat langsung oleh perawat, sedangkan data skunder bila data didapat dari hasil pengkajian perawat yang lain atau catatan tim kesehatan lain. Setelah data terkumpul dan didokumentasikan dalam format pengkajian kesehatan jiwa, maka seorang perawat harus melakukan analysis data dan menetapkan suatu kesimpulan terhdap masalah yang dialami pasien.

2) Menentukan Diagnosa

Menurut Carpenito (dalam, 1998), dianosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/ proses kehidupan. Rumusan Diagnosis yaitu permasalahan hubungan dengan etiologi dan kedunya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa megacu pada pohon masalah yang sudah dibuat.

3) Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian maslah. Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan khusus yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi. Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus di capai. Pada umumnya kemampuan ini terdiri atas tiga aspek yaitu sebagai berikut (Stuart dan Sundeen, 2002).

1) Kempuan kognitif diperlukan untuk menyelesaikan etiologi dari diagnosis keperawatan.

2) Kempauan psikomotor diperlukan agar etiologi dapat selesai.
3) Kemampuan efektif perlu dimiliki agar pasien percaya akan kemampuan penyelesaian masalah.

Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa, disarankan membat Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan (LPSP), yang berisi tentang proses keperawatan dan strategi pelaksaan tindakan yang direncanakan.

4) Implementasi Tindakan Keperawatan

Sebelum tindakan keperawatan diimplemetasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (Here and Now). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengann tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan.

5) Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evalusia ada dua macam yaitu evalausi proses atau evaluasi formatif yang dilakukan setiap selesai melaksnakan tindakan, dan kedua evaluasi hasil atau sumartif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah diteteapkan.

3. Kepercayaan Diri Perawat

a. Definisi Kepercayaan Diri Perawat

Percaya diri berasal dari bahsa inggris yakni Self Confidence yang artinya percya pada kemampuan, kekuatan dan penilaian yang positif sendiri adalah berupa penilaian yang positif. Penilaian positif inilah yang nantinya akan menimbulkan sebuah motivasi dalam diri individu untuk lebih mau menghargai suatu keyakinan

seseorang terhadap gejala aspek kelebihan yang dimiliki oleh indvidu dan keyakinan tersebut membuatnya merasa mampu untuk bisa mencapai berbagai tujuan hidupnya (Thusan, 2002 hal. 63).

Menurut Thantway dalam kamus istilah Bimbingan dalam Konseling (2005 hal. 87), Percya diri adalah kondisi mental atau pskologis diri seseroang yang memberi keyakinan kuat pada dirinya untuk berbuat atau melakukan sesuatu tindakan. Orang yang tidak percaya diri memiliki konsep diri negatif, kurang percaya pada kempuannya, karena itu sering menutupi diri.

Menurut Adler menyatakan bahwa kebutuhan manusia yang paling penting adalah kebutuhan akan rasa percaya diri dan rasa superioritas rasa percaya diri juga dapat diartikan sebagai suatu kepercayaan terhadap diri sendiri yang dimiliki setiap orang dalam kehidupan serta bagaimana orang tersebut memandang dirinya secara utuh dengan megacu pada konsep dirinya (Rahmad, 1991 hal.3).

Menurut Maslow kepercayaan diri itu diawali oleh konsep diri. Menurut Centi, konsep diri adalah gagasan seseroang tentang dirinya sendiri, yang memberikan gambaran kepada seseorang mengenai kepada dirinya sendiri. Sulvian mengatakan bahwa ada dua macam konsep diri Positif dan konsep diri negatif. Konsep diri yang positif terbentuk karena seseorang secara terus menerus sejak lama menerima umpan balik yang positif berupa pujian dan penghargaan. Sedangkan konsep diri yang negatif dikaitakan dengan umpan balik negatif seperti ejekan dan perendahan (Bastaman, 1995 hal. 123).

Sedikit berbeda dengan pendapat yang lain, De Angelis mendefinisikan kepercayaan diri sebagai sesuatu yang harus mampu menyalurkan segala yang kita ketahui dan segala yang kita kerjakan. Dalam pengertian ini rasa percaya diri dapat muncul karena dalam melakukan atau mengerjakan sesuatu. Sehingga rasa percaya diri baru muncul setelah seseorang tidak akan pernah

menjadi orang yang benar-benar percaya diri yang sejati senantiasa bersumber dari hati nurani, bukan dibuat-buat. Rasa percaya diri berawal dari tekad dari diri sendiri untuk melakukan segala yang diinginkan dan dibutuhkan dalam hidup seseorang yang terbina dari keyakinan diri sendiri (Barbara, 2000 hal. 57-58).

b. Aspek Kepercayaan Diri

Ada bebrapa aspek dari kepercayaan diri seperti yang diungkapakan oleh Lauster (2002), adalah sebagai berikut:

1) Kemampuan pribadi, yaitu kemampuan yang dimiliki seseroang untuk mengembangkan diri dimana individu yang bersangkutan tidak terlalu mengembangkan diri dimana individu yang bersangkutan tidak terlalu cerdas dalam tindakan, tidak tergantung dengan orang lain dan mengenal kemampuanya sendiri.
2) Interkasi sosial, yaitu bagaimana individu dalam berhubungan dengan lingkungannya dan mengenal sikap individu dalam menyesuikan diri dengan lingkungan, bertoleransi dan dapat menerima dan menghargai orang lain. Menurut Syah (dalam, 2006). Lingkungan sosial yang lebih banyak mempengaruhi kegiatan belajar ialah orangtua dan keluaraga siswa itu sendiri.
3) Konsep diri, yaitu bagaimana individu memandang dan menilai dirinya sendiri secara positif atau negatif, mengenal kelebihan dan kekurangan Lindenfield (1997). Orang yang percaya diri selalu tahu tujuan hidupnya ini disebabkan karena mereka punya alasan dan pemikiran yang jelas dari tindakan yang meraka lakukkan serta hasil apa yang bisa meraka dapatkan.

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

c. Proses Terbentuknya Kepercayaan Diri

Sullivivan (Rahmat, 1991) menyatakan bahwa jika kita diterima oleh orang lain, dihormati dan disegani karena keadaan diri kita, kita akan cenderung bersikap menghormati dan menerima diri sendiri, namun jika sebaliknya maka akan rasa itu sikap percaya diri akan terbentuk jika sudah mampu untuk mengharagai diri sendiri.

Proses terbentunya rasa percaya diri menurut (Hakim, 2002 hal. 170) secara garis besar sebagai berikut:

1) Terbentunya kepribadian yang baik sesuai dengan proses perkembangan yang melahirkan kelebihan-kelebihan tertentu.
2) Pemahaman seseorang terhadap kelebihan-kelebihan yang dimilikinya dan melahirkan keyakinan kuat untuk bisa berbuat segala sesuatu dengan menmanfaatkan kelebihannya.
3) Pemahaman dan reaksi positif seseorang terhdap kelemahan-kelemahan yang dimilikinya agar tidak menimbulkan rasa rendah diri atau rasa sulit menyeseuikan diri.
4) Pengalaman didalam menjalani bebagai aspek kehidupan dengan menggunakan segala kelebihan yang ada pada dirinya.

Proses terbentuknya rasa percaya diri menurut Kartono, kepercayaan seseorang pada diri maupun yang didapat dari orang lain sangatlah bermanfaat bagi perkembangan kepribadiannya.

B. Teori Keperawatan

Model adaptasi Callisata Roy menyebabkan manusia adalah sistem adaptif yang holistik serta merupakan fokus dari keperawatan. Lingkungan baik internal maupun eksternal yang terdiri dari semua fonomena yang mengelilingi sistem adaptif manusia dan mempengaruhi perkembangan serta perilaku manusia. Perilaku yang terwujud dari adaptasi dapat dilihat dari empat mode adaptif. Pertama mode fisiologis, berfokus pada respon fisik seseorang pada lingkungannya dan kebutuhan yang mendasarinya adalah

intergritas psikologis. Kedua mode konsep diri, berfokus pada perasaan, keyakinan serta pemikiran seseorang mengenai dirinya dalam waktu tertentu. Kebutuhan dasar pada konsep diri ini yaitu intergritas psikologis dan spiritual. Ketiga mode fungsi peran primer, sekunder, serta trisier yang ditampilkan seseorang di lingkungan sekitarnya. Kebutuhan dasar fungsi peran yaitu intregasi sosial atau mengetahui prilaku apa yang harus ditunjukkan dilingkungan sekitar atu masyarakat. Keempat mode adaptif interdepensi, berfokus pada hubungan dan orang-orang disekitar. Kebutuhan dasar mode adaptif interdepensi yaitu integritas sosial untuk memberi serta menerima rasa cinta, hormat dan nilai-nilai dari seseorang terdekat.

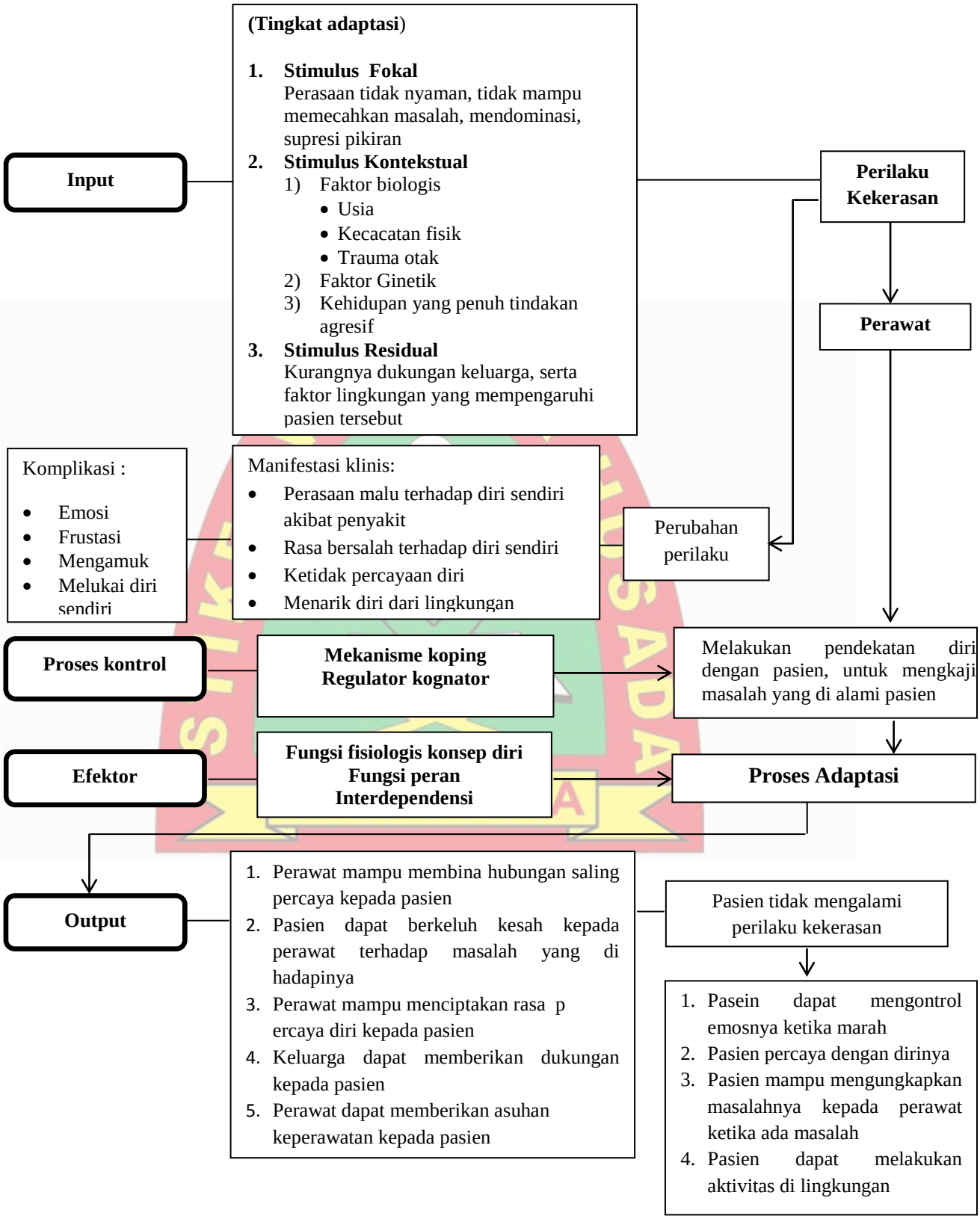
Manusia merupakan sistem holistic dan adaptif. Sebagai sebuah sistem adaptif, manusia digambarkan sebagai suatu keseluruhan dengan bagin-bagiannya yang berfungsi sebagai satu kesatuan untuk tujuan masing-masing. Sistem manusia meliputi manusia sebagai individu atau dalam kelompok termasuk keluarga, organisasi, komunitas, dan masyarakat sebagai satu keseluruhan. Sistem manusia memiliki kemampuan berfikir dan merasakan, yang berakar dari kesadaran dan makna, dimana keduanya menyesuaikan diri secara efektif terhadap perubahan lingkungan yang pada akhirnya akan mempengaruhi lingkungan tersebut

Roy mengartikan keperawatan secara luas sebagai profesi pelayanan kesehatan yang berfokus pada proses kehidupan manusia beserta polanya dan menekankan pada promosi kesehatan individu, keluarga, kelompok, da masyarakat secara keseluruhan, serta memperluas kemampuan adaptif dan meningkatkan tranformasi manusia dan lingkungan. Aktivitas keperawatan sebagai pengkajian perilaku dan stimulus yang dapat mempengaruhi adaptasi, pengkajian sebagai penilaian keperawatan, intervensi yaitu perencanaan yang disusun untuk mengelola stimulus tersebut.

Roy mendifinisikan manusia sebagai fokus dalam pelayanan keperawatan sebagai sistem adaptif yang hidup dan kompleks dengan proses-proses internalnya (kognator dan regulator) yang bekerja untuk mempertahankan adaptasi dalam keempat mode adaptif (fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdepndensi).

C. Kerangka Teori

Proses terjadinya perilaku kekerasan berdasarkan teori Callista Roy.



Skema 2.2 : Kerangka teori modifikasi dari model Callista Roy

Sumber : Alligood (2017)

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Penelitian kualitatatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang di alami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistic dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Iskandar, 2008).

Rancangan pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Fenomenologi merupakan suatu pendekatan riset dan filosofi Eropa yang diperkenalkan pertama kali pada abad ke-20 oleh Edmund Husserl tepatnya pada tahun 1859-1938). Pendapat Husserl tentang perspektif fenomenologi adalah memebrikan diskripsi, refleksi, interprestasi, dan modus riset yang menyampaikan intisiari dari pengalaman kehidupan individu yang diteliti. Fenomenologi berkontribusi mendalami pemahaman tentang berbagai perilaku, tindakan, dan gagasan masing-masing individu terhadap dunia benar. Manen (2007) menjelaskan yang dimaksud pengalaman individu berdasarkan pendekatan fenomenologi adalah berbagai persepsi individu tentang keberadaanya di dunia, kepercayaan dan nilai-nilai yang dimiliki tentang sesuatu dari sudut pandangnya (Afiyanti, 2014).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini akan dilaksanakan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Waktu

Waktu penelitian akan dilaksanakan dari bulan April sampai bulan Mei 2019.

C. Subjek Penelitian dan Objek Penelittian

1. Subjek Penelitian

Subjek penelitian atau informan adalah orang yang diminta untuk memeberikan keterangan tentang suatu fakta atau pendapat. Subjek penelitian adalah subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti dan subjek penelitian merupakan sumber informasi yang digali untuk mengungkapkan fakta-fakta di lapangan (Arikunto, 2007). Penentuan Subjek penelitian dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan secara jelas dan mendalam. Adapaun subjek dalam penelitian ini adalah Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan.

2. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian adalah satuan tertentu yang di perhitungkan sebagai subjek penelitian. Dalam pengertian yang lain, Objek penelitian diartikan sebagai sesuatu yang berkaitan dengan fokus atau komponen yang di teliti. Adapaun objek dalam penelitian ini adalah Perawat itu sendiri.

D. Pemilihan Subjek Penelitian

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan *Purposive Sampling* untuk memperluas subjek penelitian. Metode ini merupakan salah satu bentuk judgment sampling. Dienkes (1984 dalam Creswell, 1998) merekomendasikan jumlah partisiapan dalam penelitian fenomenologi adalah 3-10 orang, sedangkan (Riemen, 1986) dalam (Creswell 1998) merekomendasikan 6-10 orang atau tergantung pada tercapainya saturasi data. Jika belum tercapainya saturasi data maka jumlah partisipan dapat ditambah sampai terjadi pengulangan informasi oleh partisipan. Jumlah partisipan dapat diakhiri berdasarkan informasi yang didapatkan mencapai saturasi, jumlah partisipan bisa mencapai 10 orang atau kurang dari 10 partisiapan (Hungler, 2001). Cara pengambilan sampel dengan teknik ini dilakukan dengan arah menetapkan terlebih dahulu kriteria partisipan yang telah ditetapkan sebelumnya (Afiyanti, 2014).

Adapun kriteria informan dalam penelitian ini sebagai berikut.

1. Perawat yang mempunyai pengalaman dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan
2. Perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSJD Atma Husada Samarinda
3. Perawat yang bersedia menjadi informan

E. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber Data

Sumber data utama adalah utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dari tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumentasi dan lainnya (Lofland dalam Meleong, 2005). Sumber data dalam penelitian ini yaitu Petugas Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan.

2. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi intrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri sehingga peneliti harus divalidasi. Validasi terhadap penelitian kualitatif, meliputi: pemahaman metode kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian baik secara akedemik maupun logikanya (Sugiono, 2009).

Penelitian kualitatif sebagai human instrument berfungsi menetapkan fokus penelitian, memiliki informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiono, 2009). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan 5 pertanyaan pokok wawancara mendalam dengan sistem wawancara semi standar (Semi standard Interview). Wawancara semi standar merupakan kombinasi wawancara terpimpin dan tidak terpimpin yang menggunakan beberapa inti pokok pembicaraan, namun dalam melaksanakan interview mengajukan pertanyaan secara bebas, poko-poko pertanyaan dirumuskan tidak perlu dipertanyakan secara berurutan dan pemilihan kata-katanya juga tidak baku tetapi dimodifikasi pada saat wawancara berdasarkan situasinya.

Menurut Sugiono (2009) peneliti sebagai instrument atau alat penelitian karena mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1. Peneliti sebagai alat peka dan dapat breaksi terhadap segala stimulus dari lingkungan yang harus diperkirakannya bermakna atau tidak bagi penelitian.
2. Peneliti sebagai alat dapat menyesuaikan dari terhadap semua aspek keadaan dan dapat mengumpulkan aneka ragam data sekaligus.
3. Setiap situasi merupakan keseluruhan artinya tidak ada suatu instrument berupa teks yang dapat menangkap keseluruhan situasi kecuali manusia.
4. Suatu situasi yang dilibatkan interkasi manusia tidak dapat dipahami dengan pengetahuan semata dan untuk memahaminya, kita perlu sering merasakannya, menyelaminya berdasarkan pengetahuan kita.
5. Peneliti sebagai instrument dapat segera menganilisis data yang diperoleh peneliti dapat menafsirkannya, melahirkan hopotesis dengan yang timbul seketika.
6. Hanya manusia sebagai instrument dapat mengambil keseimpulan berdasarkan data yang dikumpulkan pada suatu saat dan menggunakan segera sebagai balikan untuk memperoleh penegasan, perubahan, perbaikan atau pelakuan.

Peneliti juga tidak lupa melengkapi diri dengan:

a. Aplikasi rekam *tape recoder* yang berfungsi merekam hasil wawancara anatara peneliti dan informan.
b. Camera digital untuk memotret keadaan yang dilapangan.
c. Daftar pertanyaan sebagai pedomam wawancara dilapangan.
d. Catatan lapangan sebagai pedoman observasi untuk mencatat informasi tambahan yang merupakan hasil observasi lapangan:

F. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan yang paling penting bagi kegiatan penelitian, karena pengumpulan data tersebut akan menentukan hasil suatu penelitian. Sehingga dalam penelitian teknik pengumpulan data harus cermat.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan langsung oleh peneliti kepada partisipan, jawaban-jawaban responden dicatat atau direkam (Hasan, 2002). Terdapat tujuh langkah dalam melakukan metode wawancara (Kvale, 2011). Langkah-langkah tersebut perlu dilakukan peneliti dalam melakukan wawancara. Berikut langkah-langkah tersebut:

1) Peneliti menetukan partisipan terlebih dahulu sebelum melakukan wawancara.
2) Melakukan wawancara sesuai dengan pedomam wawancara yang telah dibuat secara sistemik. Waktu yang diperlukan peneliti dalam tiap wawancara sekitar 30-40 menit dengan menggunakan alat bantu untuk merekam berupa *tape recorder*.
3) Setelah melakukan wawancara peneliti kemudian langsung mentranskip hasil wawancara tersebut.
4) Setelah transkip sudah slesai peneliti kemudian menganalisis hasil transkip tersebut untuk dapat membuat kategori.
5) Setelah hasil transkip sudah selesai dan sudah dianalsis kemudian peneliti melakukan validasi data dengan mendatangi partisipan dan mengkonfirmasikan kembali hasil wawancara yang telah dilakukan peneliti dengan partisipan.
6) Membuat laporan hasil wawancara.

2. Observasi

Menurut (Sugiono, 2013), observasi adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan pengmatan terhadap suatu obejek yang diteliti baik secara langsung maupun tidak langsung untuk memperoleh data yang harus dikumpulkan dalam penelitian. Melalui observasi, peneliti bisa mengobservasi pengalaman perawat dalam menangani pasien dengan gangguan jiwa untuk mengetahui sekilas tentang pengalaman petugas dalam menangani pasien perilaku kekerasan. Melalui observasi

ini baik observasi tempat dan melakukan wawancara secara singkat kepada Perawat yang ada di sekitar RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda ini sangat membantu peneliti untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian.

3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2009). Dokumentasi yang digunakan penelitian ini berupa foto atau gambar dan hasil rekaman selama wawancara berlangsung. Adapun dokumentasi dalam penelitian ini yaitu berupa gambar, video serta foto peneliti pada saat melakukan wawancara dan sesudah melakukan wawancara. Hasil penelitian dari wawancara dan observasi akan semakin sah dan dapat dipercaya apa bila didukung dengan hasil dokumentasi.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

Pengumpulan data dimulai dengan kontak awal dilakukan peneliti dengan salah satu Petugas yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda guna mendapatkan data terkait jumlah partisipan. Kemudian peneliti mengunjungi partisipan untuk membina hubungan saling percaya. Peneliti menejelaskan tentang tujuan dan menanyakan ketesedian partisipan untuk mengikuti peneliti ini, kontrak waktu serta menyampaikan *Inform Consent.*

2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti melakukan wawancara mendalam dengan tiga fase, yaitu:

a) Fase Orentasi

Pada fase orentasi dalam penelitian ini, peneliti memulai dengan melakukan *Inform Consent* tersebut peneliti membuat suasana di rumah partisipan menjadi nyaman dan tidak lupa peneliti

mempersiapakan aplikasi rekaman *Tape Recorder* serta Kamera untuk memvideo dan alat tulis untuk mencatat apa yang perlu peneliti catat.

b) Fase Kerja

Pada fase kerja dalam penelitian ini, peneliti langsung saja memulai wawancara dengan memberikan pertanyaan semi standard dan dalam bentuk pertanyaan terbuka, guna untuk memberi kebebasan partisipan untuk menjawab sesuai dengan apa yang telah dialami partisipan, Peneliti menggunakan pedomam wawancara untuk membantu peneliti dalam mengajukan pertanyaan. Setiap selesai wawancara dilakukan analisis hasil wawancara, yang kemudian dibuat dalam bentuk transkip.

Berikut hasil proses wawancara dalam penelitian ini yaitu:

(a) Partisipan[1]

Pada hari Senin, tanggal 20 Mei 2019 pukul 10.30 Wita, peneliti mendatangi ruang rawat inap partisipan bekerja untuk melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya. Partisipan menyambut peneliti dengan sikap ramah dan tersenyum. Sebelum melakukan wawancara, peneliti menjelaskan kembali secara singkat tujuan, maksud dan kesiapan partisipan untuk di wawancara. Walaupun proses wawancara masih ada kendala yaitu terdengarnya suara pasien memanggil perawatnya sesekali.

(b) Partisipan[2]

Pada hari Jumat, tanggal 24 Mei 2019 pukul 10:00 Wita, peneliti mendatangi ruang rawat inap tempat pasrtisipan bekerja untuk melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya. Partisipan menyambut peneliti dengan sikap ramah dan tersenyum. Sebelum melakukan wawancara, peneliti menjelaskan kembali secara singkat tujuan, maksud dan kesiapan partisipan untuk di wawancara. Proses wawancara berjalan lancar, ruangan yang

tertutup walaupun masih terkendala dengan adanya sesekali suara teriakan pasien yang agak lumayan jauh.

(c) Partisipan[3]

Pada hari Senin, tanggal 17 juni 2019 pukul 11.00 Wita, peneliti mendatangi ruang rawat inap tempat partisipan bekerja untuk melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya. Partisipan menyambut peneliti dengan sikap ramh dan tersenyum. Sebelum melakukan wawancara penelti menjelaskan kembali secara singkat tujuan, maksud dan kesiapan partisipan untuk di wawancara. Proses wawancara berjalan lancar, ruangan tertutup, dan di samping partisipan ada teman partisipan yang sedang menulis.

(d) Partisipan[4]

Pada Rabu, tanggal 19 Juni 2019 pukul 10.00 Wita, peneliti mendatangi ruangan rawat inap tempat partisipan bekerja untuk melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya. Partisipan menyambut peneliti dengan sikap ramah dan tersenyum. Sebelum melakukan wawancara, peneliti menjelaskan kembali secara singkat tujuan, maksud dan kesiapan partisipan untuk diwawancara. Proses wawancara berjalan lancar, ruangan tertutup walaupun sedikit terkendala pada saat berjalannya wawancara dengan adanya suara pasien masuk ke ruangan saat itu untuk membeli kopi.

(e) Partisipan[5]

Pada hari Kamis, tanggal 19 juni 2019 pukul 10.00 Wita. Peneliti mendatangi ruangan rawat inap tempat partisipan bekerja untuk melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya. Partisipan menyambut peneliti dengan sikap ramah dan tersenyum. Sebelum melakukan wawancara, peneliti menjelaskan kembali secara singkat tujuan, maksud dan kesiapan partisipan untuk

diwawancara. Proses wawancara berjalan lancar, ruangan yang kondusif dan pintu tertutup.

(f) Partisipan[6]

Pada hari Senin, tanggal 24 juni 2019 pukul 12.00 Wita. Peneliti mendatangi ruangan rawat inap tempat partisipan bekerja untuk melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya. Partisipan menyambut peneliti dengan sikap ramah dan tersenyum. Sebelum melakukan wawancara, peneliti menjelaskan kembali secara singkat tujuan, maksud dan kesiapan partisipan untuk diwawancara. Proses wawancara berjalan lancar, walaupun terkendala dengan adanya suara pintu keluar masuk pada saat itu dikarnakan sedang waktunya istirahat dan berkumpul untuk makan bersama.

c) Fase Terminasi

Pada fase terminasi dalam penelitian ini dilakukan setelah semua pertanyaan yang ingin ditanyakan sudah selesai. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih atas kerjasamanya dalam penelitian yang sedang dilakukan.

H. Analisis Data

1. Coding

Proses koding adalah proses memberi difinisi tentang apa atau seperti apa data yang sedang dipelajari peneliti (Charmaz, 2009). Proses ini dilakukan peneliti dengan cara mereduksi data ke dalam segmen-segmen khusus yang memiliki arti dan memberi nama atau lebel dari segmen-segmen tersebut, mengkombinasikan atau membuat hubungan di antara segmen-segmen data yang sudah diberi label/ nama menjadi suatu kategori atau tema, kemudian menampilkannya dan membuat perbandingan dalam bentuk gambar, table, grafik. Coding yang di lakukan dalam penelitian ini yaitu seperti nama partisipan dan tema penelitian.

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

2. **Membuat tema atau kategori**

   Tema atau kategori adalah hasil akhir dari proses koding, hasil katgorisasi data, dan hasil refleksi analtik dari data yang telah dilakukan melalui proses koding. Tema atau kategori adalah unit data informasi yang luas yang terdiri dari gabungan bebrapa kode/label yang telah dikelompokkan membuat suatu ide yang bersifat umum. Pembuatan tema atau kategori merupakan tahap terakhir dari melakukan abstrak pada data yang telah dihasilkan. Selama proses membuat tema atau kategori, peneliti diwajibkan menulis memo.

3. **Penulisan memo**

   Menulis memo pada kode-kode yang telah ditemukan mulai dari awal proses analisis, akan membantu peneliti melakukan klarifikasi tentang apa yang terjadi pada lokasi penelitian. Aktifitas menulis memo dilakukan secara terus menerus selama proses analisis data untuk membantu peneliti menentukan kategori inti.

I. Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji kredibilitas (kepercayaan), transferbilitas (keteralihan), dan dipendibilitas (ketergantungan) (Afiyanti, 2014).

1. ***Uji Kredibilitas***

   Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dilakukan.

2. ***Uji transferbilitas***

   Seberapa mampu suatu hasil penelitian kulitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipan lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat keteralihan atau transferbilitas.

3. ***Uji dependabilitas***

   Seberapa dasar untuk memperoleh nilai dependibilitas dari studi kualitatif adalah bagaimana studi yang sama dapat diulang atau

direplikasi pada saat yang berbeda dengan menggunakan metode yang sama partisipan yang sama, dan dalam konteks yang sama.

4. ***Konfirmabilitas***

   Aspek obyektifitas pada penelitian studi kualitatif, yaitu adanya kesedian peneliti mengungkap secara terbuka proses elemen-elemen penelitiannya. Peneliti akan merefleksikan hasil penelitiannya pada jurnal terkait, konsultasi dengan pembimbing, dan melakukan konfirmasi informasi dengan partisipan.

J. Etika Penelitian

Etik dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian.

1. ***Inform Consent***

   Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan informan dengan memberikan lembar persetujuan *(Inform Consent). Inform consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi informan. Tujuan infomend consent adalah agar informan mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika informan bersedia untuk direkam dan jika informan tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak.

2. ***Anonimity***

   Merupakan etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama informan pada lembar penelitian dan hanya menulis inisial/kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. ***Confidentiality (Kerahasian)***

   Merupakan etika dalam penelitian untuk kerahasian dari hasil peneliti baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informan

yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

Menurut Notoatmadjo (2010), merupakan hubungan yang harus diperhatikan secara etika antara peneliti dengan orang yang akan diteliti. Adapaun status hubungan dalam anatara peneliti dan orang yang akan diteliti masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban yang harus diakui dan diharagai. Hak dan kewajiban yang harus diakui dan diharagai. Hak dan kewajiban bagi peneliti dan orang yang di teliti adalah:

1. **Hak kewajiban responden**

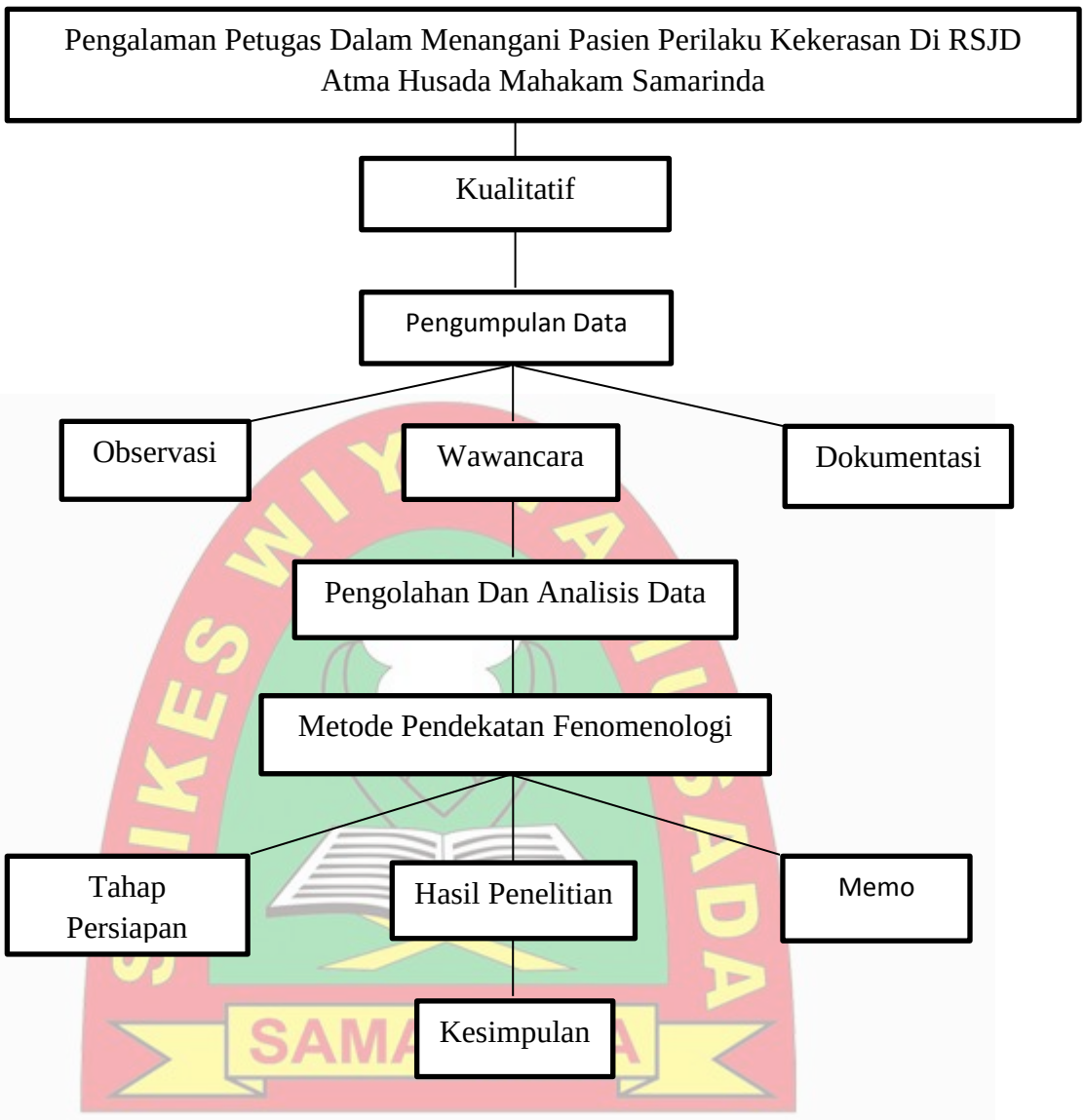
   Hak-hak bagi responden anatara lain: Hak untuk diharagai *Privacy*nya, hak untuk merahasikan informasi yang diberikan, hak memperoleh jaminan keamanan dan keselamatan dan keselamatan akibat dari infomasi yang diperlukan oleh peneliti setelah adanya persetujuan *Inform consent*.

2. **Hak kewajiban peneliti**

   Peneliti berhak memperoleh informasi yang diperlukan sejujurnya dan selengkap-lengkapnya dari responden. Kewajiban peneliti adalah menjaga *Privacy* responden, menjaga kerahasian responden dan memberikan kompensasi.

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

K. Alur Penelitian



(Skema 3.1 : Alur Penelitian)

BAB IV
HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Hasil penelitian menjelaskan Pengalaman Perawat Dalam menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Samarinda. Berdasarkan masalah dan tujuan yang telah ditetapkan, hasil penelitian ini dibagi menjadi 2 bagian, yaitu; menceritakan secara singkat gambaran karateristik informan dan pembahasan dari hasil penelitian.

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) berdiri pada tahun 1933 di atas tanah seluas 20.157 m^2 dengan nama awal Rumah Sakit Jiwa Pusat (RSJP) Samarinda yang pembangunannya dibiayai oleh Kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa.

Pada awalnya Rumah Sakit Jiwa Pusat (RSJP) Samarinda didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum ditetapkan Ketua Bestwer College Samarinda, tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed. Masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda DIserahkan Oleh Kesultanan Kutai Kepada Dewan Kesultanan dan Kerajaan di Kalimantan Timur. Pada tanggal 01 Jnuari 1951, pembiayaan diambil alih oleh pemerintah pusat. Berdasarkan suart keputusan bulan November 1951, tahun 1952 Kantor Rumah Sakit Jiwa dipisahkan dari Rumah Sakit Umum.

Tanggal 28 April 1978 Rumah Sakit Jiwa ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa kelas B. UPTD Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah daerah sesuai surat Menkes No. 1732/Menkes-Kesos/XII/2000 Tentang pengalihan UPTD kepada pemerintah kabupaten/kota, dan surat revisi Depkes No. 196/Menkes-Sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penataan kelembagaan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa

(RSJ) Samarinda dalam tahun 2001 di bawah pemerintah provinsi Kalimantan

Timur, pada tahun 2005 untuk menghilangkan stigma di masyarakat, Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Samarinda berubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam (RS AHM) dengan surat keputusan Gubernur No. 03 tahun 2005 Tanggal 17 Januari 2005.

Sesuai dengan Peraturan Daerah No. 10 tahun 2008 tentang organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Daerah Kalimntan Timur Tanggal 23 Juli 2008 Perubahan nama Rumah Sakit Atma Husada Mahakam (RSKD AHM) dan selanjutnya berkedudukan sebagai unsur pendukung tugas kepala daerah di bidang pelayanan kesehatan jiwa yang bersifat khusus dan atau spesifik yang berbentuk lembaga tekhnis daerah. Dan sesuai keputusan Kementerian Kesehatan No. 2 232/MENKES/SK/II/2011 nama Rumah Sakit Khusus Daereah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) Bekerja sama dengan intansi Pendidikan lainnya sebagai fasilitas frefensi, promosi, kuratif dan rehabilatif serta riset di bidang kesehatan jiwa. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Huasada Mahakam (RSJD AHM) melaksanakan pelayanan kesehata jiwa intramural dan ekstramural serta melakukan pembinaan dan integrasi ke Puskesmas dan Rumah Sakit Umum secara berkala. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Huasada Mahakam (RSJD AHM) Bertujuan memberikan pelayanan kesehatan jiwa untuk seluruh masyrakat Kalimantan Timur yang tersebar di 4 kota dan 10 kabupaten.

2. Gambaran Karaterirstik Partisipan

Gambaran Karaterirstik partisipan ini adalah Perawat yang berepengalaman dalam merawat pasien dengan perilaku kekerasan, bekerja di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda, khususnya berada di ruang rawat inap, dan bersedia menjadi partisipan. Adapun karateristik partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karateristik Responden

Kode Partisipan	Umur	Pendidikan	Lama Bekerja	Jenis Kelamin
Partisipan 1	32 tahun	Ners	9 Tahun	Perempuan
Partisipan 2	29 tahun	Ners	3 Tahun	Laki-laki
Partisipan 3	31 tahun	D3	9 Tahun	Perempuan
Partisipan 4	32 tahun	Ners	4 Tahun	Perempuan
Partisipan 5	32 tahun	Ners	9 Tahun	Perempuan
Partisipan 6	30 tahun	Ners	8 Tahun	Perempuan

Didapatkan data pada masing-masing partisipan yaitu, karateristik partisipan berdasarkan umur diketahu bahwa partisipan berumur 29 tahun satu orang, 30 tahun satu orang, 31 tahun satu orang, dan 32 tahun tiga orang.

3. Profil Partisipan

a. Partispan[1]

Seorang perawat perempuan dengan Tinggi 165cm, berat badan 55kg, berwajah oval, kulit sawo matang, memakai baju perawat lengan panjang, memakai jilbab warna putih segi empat berukuran sedang, memilki postur tubuh semampai, bekerja dengan gesit, berumur 32 tahun dia adalah Perawat “S’. Partisipan bekerja di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda di tempatkan di ruangan rawat inap.

b. Partisipan[2]

Seorang perawat Laki-laki dengan tinggi 170cm, berwajah bulat, kulit sawo matang, memakai baju perawat, berambut ikal, berpostur tubuh yang tegap dan besar, bekerja dengan tegas, berumur 29 tahun dia adalah perawat “R”. Partisipan bekerja di RSJD Atma Husada Samarinda di tempatkan di ruang rawat inap.

c. Partisipan[3]

Seorang perawat perempuan dengan tinggi 165cm, berat badan 62kg, berwajah oval, memakai baju perawat lengan panjang, memakai jilbab segi empat berukuran sedang dengan warna coklat bercorak bunga, berpostur tubuh gemuk, bekerja dengan gesit, berumur 31 tahun dia adalah Perawat “D” Partisipan bekerja di RSJD Atma Husada Samarinda di tempatkan di ruang rawat inap.

d. Partisipan[4]

Seorang perawat perempuan dengan tinggi 152cm, berat badan 54kg, berwajah bulat, kulit sawo matang, memakai baju perawat lengan panjang, memakai jilbab Syar'i berukuran panjang bewarna hitam, memakai kacamata, berpostur tubuh semampai, bekerja dengan gesit, berumur 32 tahun dia adalah perawat "M". Partisipan bekerja di RSJD Atma Husada Samarinda di ruang rawat inap.

e. Partisipan[5]

Seorang perawat perempuan dengan tinggi 152cm, berat badan 58kg, berwajah oval, kulit sawo matang, memakai baju perawat lengan panjang, memakai jilbab segi empat berukuran sedang berwarna abu-abu, memakai kacamata, berpostur tubuh gemuk, bekerja dengan gesit, berumur 32 tahun dia adalah perawat "T". Partisipan bekerja di RSJD Atma Husada Samarinda di ruang rawat inap.

f. Partisipan[6]

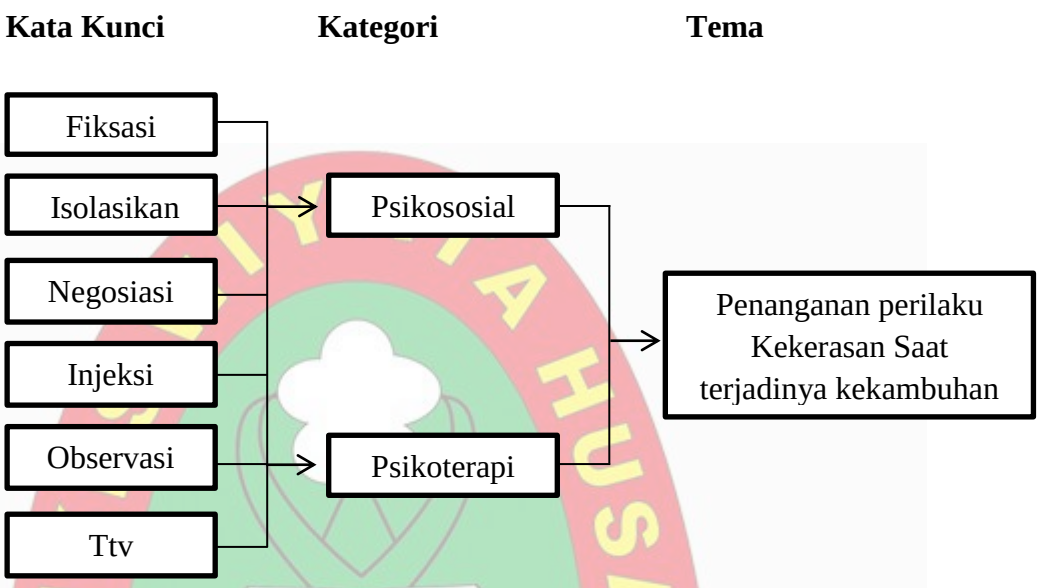
Seorang perawat perempuan dengan tinggi 153cm, berat badan 55kg, berwajah oval, kulit sawo matang, memakai baju perawat lengan sepertiga , memakai jilbab khimar berukuran sedang bewarna biru tua, bepostur tubuh semampai, bekerja dengan gesit, berumur 30 tahun dia adalah perawat "SMS". Partisipan bekerja di RSJD Atma Husada Samarinda di ruang rawat inap.

4. Tema Hasil Analisis Penelitian

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban informan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan kshusus peneliti. Pertanyaan khusus peneliti terjawab dalam Empat (4) tema hasl penelitian. Adapun tema yang telah didapatkan dari hasil Analisis peneliti digambarkan dalam skema sebagai berikut :

1) **Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Saat Terjadinya Kekambuhan**

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan bahwa penanganan pasien perilaku kekerasan yaitu ada 6 partisipan mengatakan dilakukannya fiksasi, kemudian 1 partisipan mengatakan setelah dilakukan fiksasi dilakukan observasi dan Ttv.



Skema 4.1 Tema 1

Ada 6 partisipan yang mengatakan bahwa penanganan pasien perilaku kekerasan saat terjadinya kekambuhan adalah dilakukannya fiksasi. Berikut kata kunci terkait dilakukannya fiksasi yaitu :

"Biasanya kita ikuti SOP yah misalnya inih, dinilai kan biasanya kita konsul ke dokter dia menilai kalo memang lebih dari umumnya nanti biasanya diruangan lain itu dikasih ini kalo memang anu.. PK dikasih les hitam. *tergantung nanti dokternya anukan apa ngasih terapi entah dia* ***diisolasikan*** *atau* ***difiksasi*** *atau dia pindah ke Upip atau juga kadang* ***diinjeksi*** *nanti tergantung dokter lagikan aktis dokternya lagikan gitu…* tapi biasanya difiksasi di sendirikan dikasih baju les

hitam gitu. Ehmm.. soalnyakan takut dia menganggu temannya kan atau menyakiti dirinya sendiri (P^1)"

(Hasil observasi : Saat menceritakan mata partisipan melihat ke bawah sambil menulis, sesekali melihat kehadapan peneliti)

"Kalo disini amankan pasien biasanya tergantung tingkat kegawatdarutannya, *seandainya dia sampai berusaha melukai atau merusak benda dirungannya atau memukul teman serungannya itu biasanya* ***kita fiksasi.*** Kalo dia cuman hanya sekedar istilahnya hanya marah-marah tidak melakukan tindakan berbahaya kepada siapapun ya kita secara verbal kasih ***negosisasi*** aja kita ajak ngobrol jangan lupa kita tenangkan (P^2) "

(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti sambil memainkan pulpen, sesekali melihat ke kiri)

"Kalo ada ketemu kita pasien yang mengamuk yah.. yang pertama itu kita posisi dulu amankan diri dulu persiapakan diri dulu APDnya kita gimana, posisi lingkungannya ama pasien dulu itu selalu yang utama, habis itu yang kedua coba hindarkan dari benda-benda yang berbahaya yang dari lingkungan tadi kita amankan, kemudian kalo kita gak bisa sendiri kita minta bantuan sama orang lain sama temen-temen saat jaga pada saat itu atau kalo gak ada minta bantuan satpam kemudian kita coba amankan *kalo pasiennya memang dalam kondisi gak kooperatif yang gak bisa dibilangin mau gak mau kita* ***fiksasi*** *dengan catatan kita segera kita lapor dokter jaga.* setelah lapor dokter jaga kita liat instruksi dokter jaga apa biasanya sih acc langsung untuk fiksasi kita liat dan kita lakukan SPO fiksasi, SPO fiksasikan sudah ada.. jadi kita observasi terus secara ini nyah sesuai dengan standar (P^3) "

(Hasil observsi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan ali melihat ke kiri kanan)

"Pasien PK yah maksudnya gaduh gelisah yah… *biasanya sih penanganannya disini dilakukan disini ketika ruang gelisah itu penuh biasanya kita* ***fiksasi*** (P^4) "

(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sambil menggerakkan jari tangan kanan)

"Awalnya sih kalo misalnya kondisi pasiennya tidak bisa sama sekali mengarahkan biasanya kita *masukan ke ruang sefty atau ke ruang* ***isolasi*** *kalo di ruangan isolasi atau ruangan sefty itu gak bisa di arahkan sama sekali baru kita telfon BPJPnya untuk lakukan* ***fiksasi*** agar mengurangi resiko dia mencederai diri maupun lingkungan sekitar (P^5) "

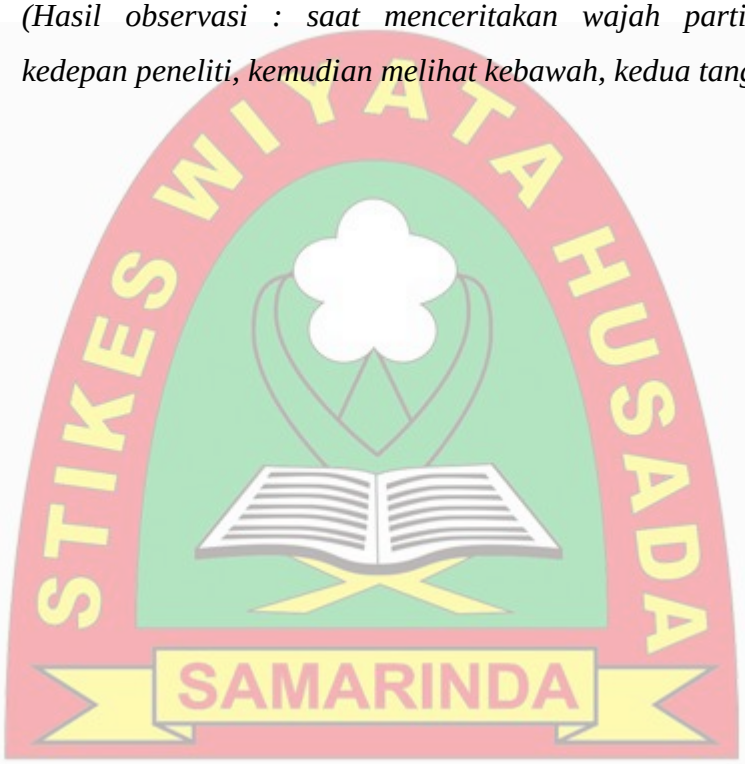
(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sesekali melihat ke kiri ke kanan)

"Jadi kalo misalnya menangani pasien PK kalo pasiennya itu bawa senjata seperti besi pertama kita datangin dulu pasiennya, tapi itu kita pastikan pasiennya itu aman maksudnya dia tidak melukai badannya sendiri terus temen-temennya yang lain juga tidak ada dilukai terus itu kita negosiasi pada dia untuk menyerahkan benda itu kalo misalnya dia tetap menolak kita hubungin perawat lain perawat terdekat dulu, sama minta bantuan satpam terus itu kita juga hubungin dokter jaga baru itu hubungin kepala ruangan supaya beliau tau, *jadi biasanya kita sama-sama untuk mengamankan untuk melakukan* ***fiksasi*** jika sudah aman biasanya pasiennya kita pindahkan ke ruang UPIP ke ruang pasien gelisah tapi untuk pasien-pasien yang lain kita kunci dulu suapaya mereka juga gak terkena imbasnya (P^6) "

(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, jari tangan kanan sambil memegang pulpen)

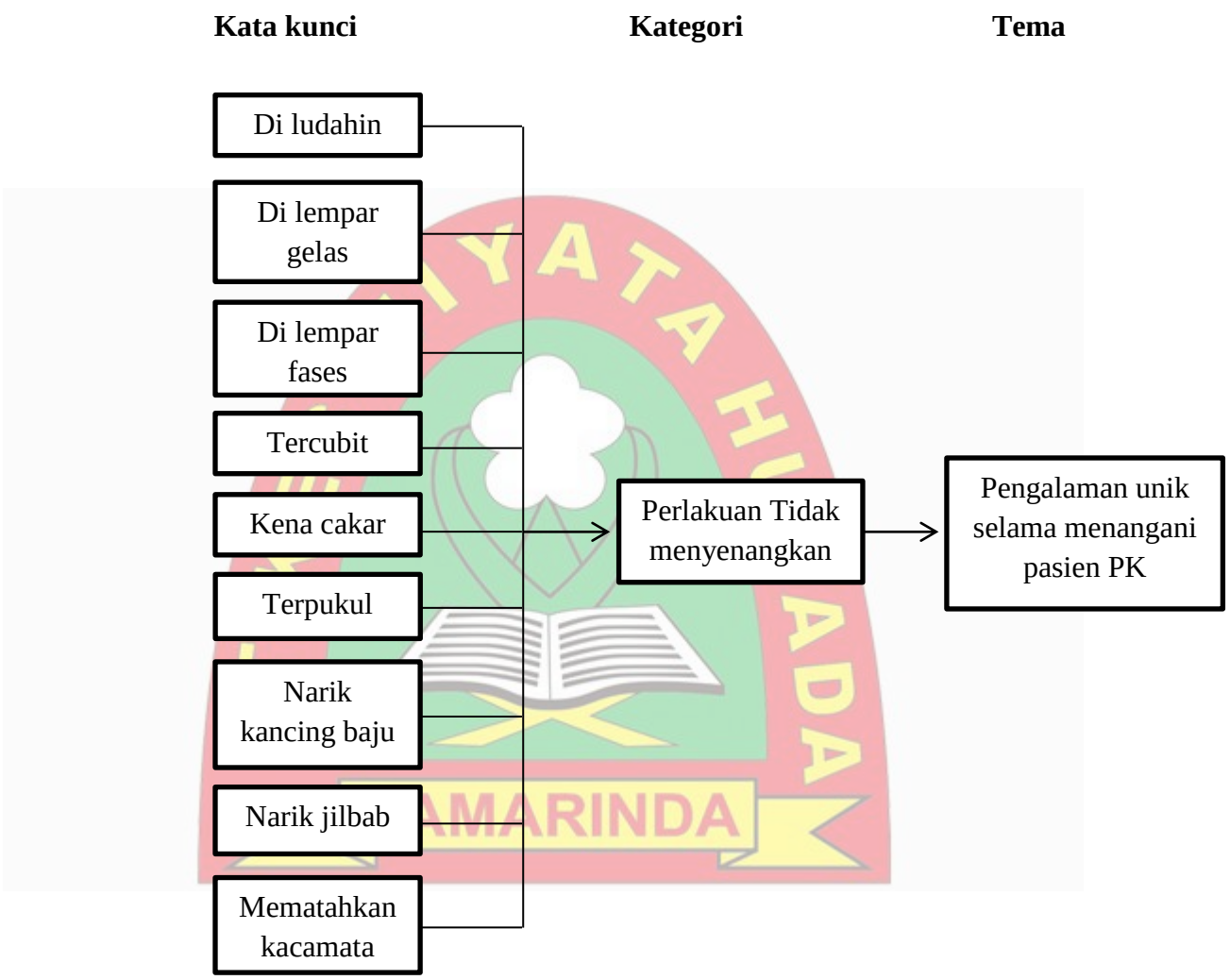
Ada 1 partisipan menyatakan setelah dilakukannya fiksasi kemudian dilakukannya observasi dan Ttv. Berikut kata kunci terkait observasi, Ttv, yaitu :

"*iyaa… seperti yang saya jelaskan tadi sih kalo kondisinya fiksasi itu* SOPnya memang ada lembar observasi *di status pasien.* lembar observasi untuk fiksasi yang dimana yang 2 jam pertama itu setiap 15 menit itu kita observasi, observasi langsung kepasien dari cctv yang di ***observasi*** *itu lokasi pengikatan sama* ***tanda-tanda vital*** (P^4) "
(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, kemudian melihat kebawah, kedua tangan di meja)



2) Pengalaman Unik Selama Menangani Pasien Perilaku Kekerasan

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan beberapa pengalaman unik perawat saat menangani pasien perilaku kekerasan yaitu ada 6 partisipan yang menceritakan pengalaman uniknya saat menangani pasien perilaku kekerasan.



Skema 4.2 Tema 2

Ada 6 partisipan yang menceritakan pengalaman unik selama menangani pasien perilaku kekerasan.

Berikut kata kunci terkait pengalaman unik selama menangani PK, yaitu :

"*Yaa… paling* ***dilempar gelas*** *sama pasien dulu kan ini pasien cw jadi di sampingnya itu ada minum segala macam di simburnya kita kaget jadinya, kadang* ***di ludahi*** *juga itu paling sering kalo diludahin sama pasien itu. ada juga yang* ***dilempar sama fases*** *gitu..* (P^1) "

(Hasil observasi *: saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan sesekali menundukkan kepala kebawah, sambil tersenyum malu, kedua tangan di meja sambil memegang pulpen tangan kanan)*

"Ooh.. Hahaaa… *sudah gak terhitung hehe… sudah sering, iya sudah namanyakan resikonya kalo pasien-pasien beginikan ya mau gimana lagi istilahnyakan dia pasti berusaha menyerang kita intinyakan kitakan berusaha untuk menghindari dari kontak fisik cumankan namanya pasien begini tidak bisa diprediksi namanya* ***terpukul***, ***ditendang, terludahi, tercubit*** *ada aja pasti sudah hehe… sudah sering sih. Paling sering sih di ludahi pasien itu sering sudah* (P^2) "

(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan sambil tertawa, kemudian tangan kanan mengusap jidad)

"*Ya jelas udah pernah… namanya pasien inikan macem-macem ketika ada yang dia kumat, dia* ***ngelempar fases****, ada yang* ***narik baju, mematahkan kacamata*** *itu temen-temen sudah ngalamin semua disini gitu..* tiba-tiba kondisi pasiennya awalnya tenang tiba-tiba mengamuk menggedor-gedor ruang perawat sudah sering dialami (P^3) "

(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan, sambil tersenyum kedua tangan di meja)

"Eeemmm.. selama ini pernah hampir sih itu kejadianya belum diikat ya karnakan pasien yang agresif artinya itu pada saat dia tenang tiba-tiba muncul halusinasinya atau ada yang menstimulus dia artinya membuat emosinya labil bisa aja langsung agresif. *Nah kebetulan saya pernah sih begitu jadi sudah pernah* ***hampir dipukul eee..*** kalo saya sih pada saat itu karna ini yah apa namanya.. kondisi pasienya juga ada yang sudah stabil jadi dibantu oleh pasiennya gitu aja sih… (P^4) "

(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti sambil tersenyum)

"Emm… apa ya.. rasanya pernah dulu di Enggang mungkin dulu bukan tertuju sama saya sih.. Cuma waktu itu memang ada pasien amuk pasien PK dia kesel sama salah satu perawat nah kebetulan perawat itu ada di sebelah saya terus di depan tu ada teman juga kan, *kita di ruang perawat ginilah terus tiba-tiba pasien itu ee… ngamuk dia lagi kumat gaduh gelisahnya* ***gak tau gelasnya itu dapat dari mana di lemparrrr….*** *Ini pasien gak ada komunikatif sama saya gitu kan terus tiba-tiba kok ngelempar,..* sebenarnya ngelemparnya tu ke teman saya kesebelah Cuma kan namanya pasien sembarang lempar aja kan, gitu kaget aja gitu… (P^5) "

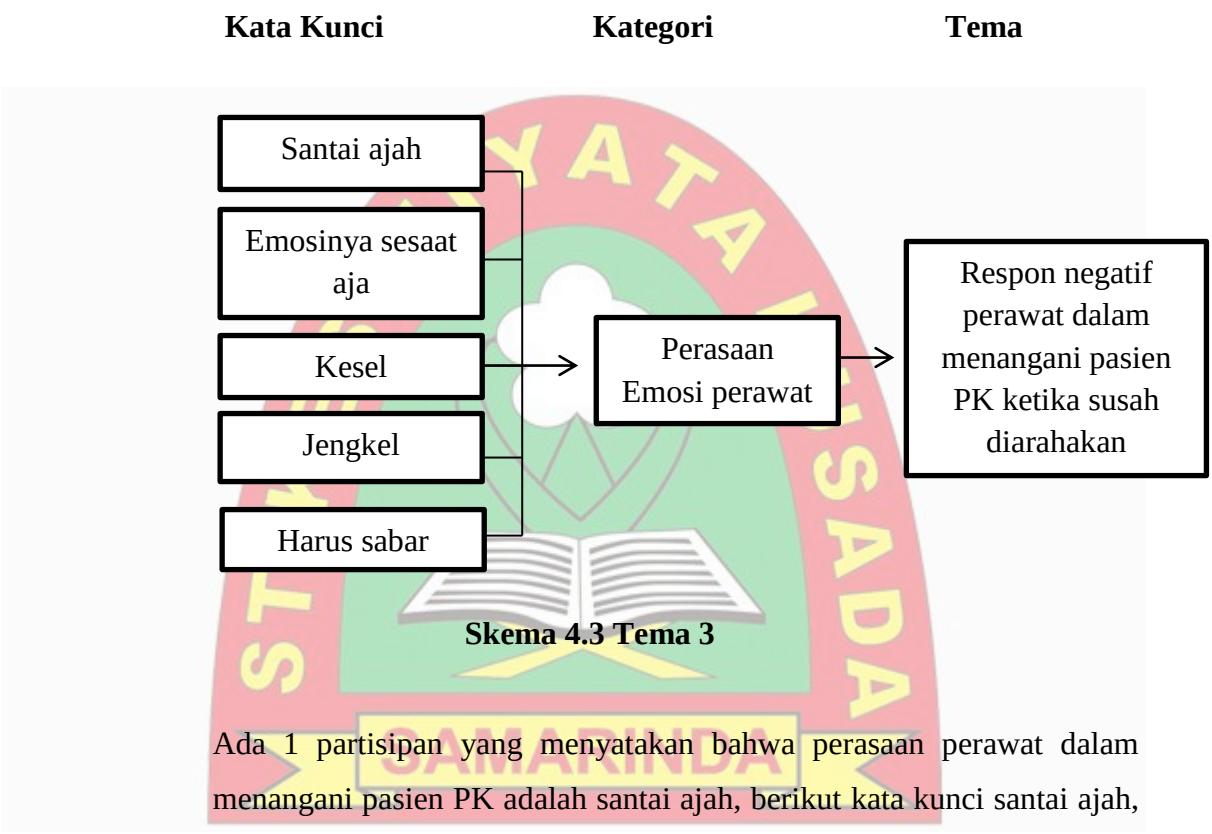
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat ke kanan kemudian ke depan peneliti, mengeluarkan ekspresi tekejut saat di lempar pasien dengan gelas, kedua tangan menggerak-gerakan)

"Ouh pernah… *pernah sih biasanya klo pasien-pasien ngamuk gitu pernah sekali-sekali* ***kena cakar, dipukul, di ludahi*** *itu sering, sering sekali kalo pasiennya perempuan* (P^6) "

(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, kemudian melihat ke bawah, sesekali melihat ke kanan, sambil memegang kertas)

3) Respon Negatif Perawat Dalam Menangani Pasien PK Ketika Susah Diarahkan

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan bahwa Respon negatif perawat dalam menangani pasien PK ketika susah diarahkan yaitu ada 1 partisipan yang mengatakan santai aja, 1 partisipan mengatakan emosinya sesaat aja, 2 partisipan mengatakan kesel, 1 partisipan mengatakan jengkel, 1 partisipan mengatakan harus sabar.



Skema 4.3 Tema 3

Ada 1 partisipan yang menyatakan bahwa perasaan perawat dalam menangani pasien PK adalah santai ajah, berikut kata kunci santai ajah, yaitu :

"*Karna kalo kita bawa emosi ya.. kayak mana yah sakit hati sendiri kali yah hehe..* ***jadi santai ajah…****''* (P1)

(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kebawah sambil menulis kemudian melihat ke depan peneliti)

Ada 1 partisipan yang menyatakan bahwa perasaan perawat dalam menangani pasien PK adalah emosinya sesaat ajah, berikut kata kunci emosinya sesaat ajah, yaitu :

"eee… biasanya sih saya sih orangnya emosian yah meledek-ledek yah hehe.. tapi saya ***emosinya sesaat aja,*** *cumah saat itu emosi saat itu juga gak lama mungkin ya ujung-ujungnya kasian juga dengan pasien kadang''* (P2)

(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sesekali melihat kesamping kiri)

Ada 2 partisipan yang menyatakan bahwa perasaan perawat dalam menangani pasien PK adalah jengkel, berikut kata kunci jengkel, yaitu :

*"****…kadang kala kita juga kesel*** *tapi ya namanya pasien seperti itu kita harus malum-maklum juga, kadang pas kita ikat kita omel-omelin nanti kalo dia udah mulai tenang sipasienpun sadar iya bu.. kadang beberapa pasien minta maaf loh.. minta maaf tadi saya begini kita juga minta maaf sama dia ibu ngikat begitu"* (P3)

(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan penelti)

*"****seperti kesel ajah sih*** *gak lebih dari itu susah diarahkan pasiennya"* (P6)

(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti kemudian melihat ke arah teman yang ada di depan)

Ada 1 partisipan yang menyatakan bahwa perasaan perawat dalam menangani pasien PK adalah jengkel, berikut kata kunci jengkel, yaitu :

"Terkadang sih... terkadang muncul sih apa namanya ee.. kalo pasiennya itu susah diarahkan ya tapikan kita kembali lagi kalo mereka itu pasien gitu.. ***kalo jengkel wajar ya*** *namanya manusiawi yah..''* (P4)

(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti)

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

Ada 1 partisipan yang menyatakan bahwa perasaan perawat dalam menangani pasien PK adalah harus sabar, berikut kata kunci harus sabar, yaitu :

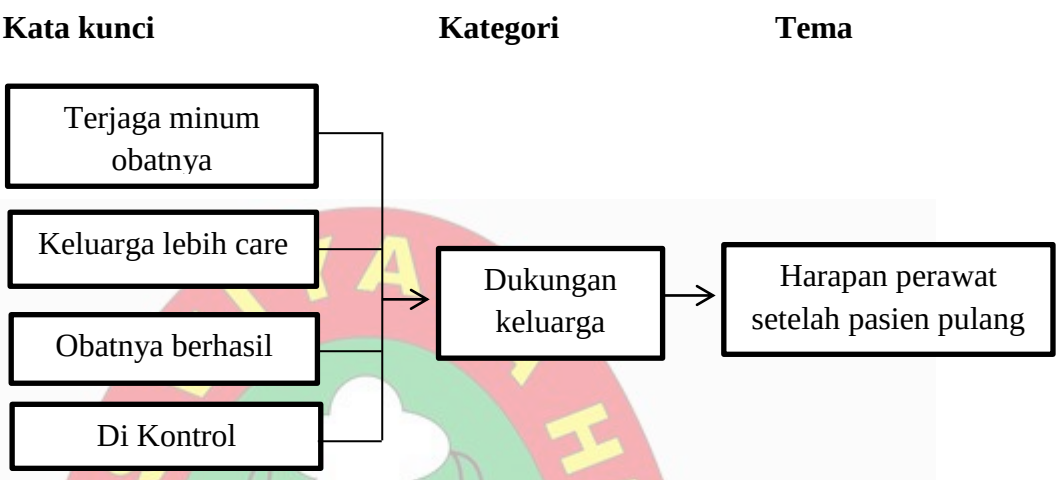
"Terkadang sih… kalo pasiennya itu susah dikasih tau susah untuk diarahakan gitu.. tapi ya.. gimana yah namanya pasien yah ***jadi ya harus sabar*** (P5)"

(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sambil memegang kertas yang ada didepan)

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

4) Harapan Perawat Kepada Keluarga Setelah Pasien Pulang

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan bahwa harapan perawat akibat seringnya pasien kembali ke RSJD kurangnya dukungan keluarga dalam memperhatikan obat pasien yaitu ada 6 partisipan yang mengatakan kurangnya dukungan keluarga.



Skema 4.4 Tema 4

Ada 6 partisipan yang mengatakan harapan perawat setelah pasien pulang dari RSJD adalah kurangnya dukungan keluarga.

Berikut kata kunci terkait kurangnya dukungan keluarga, yaitu :

"*kalo harapannya sih yah.. kalo pasien itu sudah bagus di rumah sakit ini… kalo sudah pulang kerumah itu* ***terjaga minum obatnya*** *terjaga apa sih…* ***kooperatiflah keluarganya menjaga paseinnya*** *jangan kalo sudah bagu-bagus nih.. udah pulang tapi minum obat gak teratur* pasiennya di biarin aja itu yang kadang kasih gitu nah, percuma sudah berusaha bikin pasiennya tenang gitu kan udah tenang gitukan pulang udah akhirnya ketemu lagi dijalan, gara-gara pasien gk minum obat, ngamuk-ngamuk. Banyak sini pasien satu dua kali masuk dia masih diperhatikan pas sudah baik dia keluarganya sudah gk kooperatif lagi. Jadi ya gimana yah kayak gak diharapkan lagi (P^1) "

(Hasil observasi: saat menceritakan wajah partisipan melihat ke bawah sambil menulis, kemudian berhenti menatap ke penelit)

"*Iya… **keluarganya lebih kooperatif** lah dalam pemeberian obatnya jangan sampai putus,* karnakan kebanyakan rata-rata pasien kembali itu karna dia putus obat (P^2) "

(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti kemudian sesekali melihat ke kiri kearah temanya yang ada di samping)

*"Ya.. kebanyakan yang saya bilang tadi kebanyakan adalah yang **dukungan dari keluarganya kurang** jadi obat-obatan tidak dipedulikan,* pasiennya dalam kondisi ada masalah juga mungkin gak care sama pasiennya, kebanyakan sih karna kekambuhan putusnya obat atau obatnya berenti diminum gitu…gitu sih ***harapannya keluarganya lebih care*** (P^3) "

(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, kedua tangan di meja)

"Ini sih apa yah… ***keluarganya lebih kooperatif mengawasi minum obatnya gitu***, karna ***obatnya berhasil*** pasti tidak akan kambuh lagi kan tidak akan kembali lagi kesini kan intinya keluarga harus lebih aktif dalam mengawasi minum obat terus kalo untuk apa yaa.. itu aja sih.. (P^4) "

(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, kedua telapak tangan sambil menyentuh, sesekali melihat ke atas kemudian kedepan peneliti)

"emm… mungkin harapannya lebih kepada keluarganya yah, sebenarnya pasien masuk berulang ada beberapa karna keluaraga gak terlalu kooperatif dalam pemeberian obatnya. Biasanya juga ada beberapa keluaraga yang cuma menyerahkan kepada pasiennya aja

nih.. atau juga dia juga gak terlalu sering memantau obatnya pasien jadi kalo dia saat pulang ya pulang aja gitu jadi kalo dia gaduh gelisah baru dimasukan tempat ini. *itu sih lebih* ***harapan keluarganya lebih kooperatif dalam pemberian obatnya****,* ***kontrolnya mungkin lebih perhatianlah*** *pada keluaraganya dia sendiri gitu pada yang mengalami gangguan* (P^5) ”

(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat ke depan peneliti, sesekali melihat kebawah kemudian melihat ke peneliti)

“Biasanya kasusnya gak mau minum obat. Keluarganya merasa pasien yang habis keluar dari rumah sakit umum sudah pulang berarti sudah sembuh obat of, ternyatakan beda perlakuannya pasien fisik dengan pasien gangguan seperti ini obat harus rutin, ***dukungan keluaraga juga harus care*** *itu sih. Kami juga berharap sih kalo dia sudah pulang* ***Terus di kontrol juga*** (P^6) ”

(Hasil observasi : Saat menceritiakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sesekali melihat ke kiri ke kanan)

B. Pembahasan

Setelah dilakukan penelitian oleh peneliti pada perawat yang menangani pasien perilaku kekerasan didapatkan oleh peneliti hasil wawancara. peneliti memperoleh empat tema yang menggambarkan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian. Berikut ini merupakan uraian berdasarkan tema-tema yang didapatkan oleh peneliti :

1. Tema pertama : Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Saat Terjadinya Kekeambuhan

Hasil penelitian pernyataan partisipan dalam menangani pasien perilaku kekerasan saat terjadinya kekambuhan bahwa menangani pasien perilaku kekerasan tidak mampu mengatasi sendiri, oleh karena itu partisipan dinyatakan dalam bentuk mencari bantuan, merasa kesulitan, merasa takut. Perawat khususnya partisipan dalam merawat pasien gangguan jiwa khususnya pasien perilaku kekerasan pada saat-saat tertentu

kadang kala tidak mampu melakukan sendiri dalam melaksanakan suatu tindakan keperawatan, sehingga dalam melaksanakan tindakan keperawatan tersebut mereka mencari bantuan ke orang lain untuk melakukan tindakan fiksasi atau mengamankan pasien. Partisipan juga menyatakan bahwa dalam rencana keperawatan untuk pasien perilaku kekerasan ini sudah sesuai dengan SOP yang ada.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sulistyono (2014) didapatkan bahwa partisipan dalam merawat pasien dengan perilaku kekerasan pada saat menghadapi situasi pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan dimana partisipan harus melakukan tindakan fiksasi atau manset mereka untuk mencari bantuan kepada teman dinas atau satpam, hal ini dikarenakan partisipan merasa takut kalau perilaku kekerasan pasien tidak terkontrol dan menyerang petugas. (Sulistyono,2014)

Dalam penelitian Sulistyono (2014) menyatakan bahwa tindakan keperawatan khsusnya managemen krisis sebelumnya tidak direncanakan, hal ini dikarenakan pasien dalam kondisi marah dan sifatnya tidak secara tiba-tiba, sehingga tindakkan keperawatan yang dilakukan lebih banyak mengandalkan institusi dan tidak rencana. Walapun tindakkan tersebut hanya mengandalkan institusi petugas tetapi sudah sesuai dengan SOP yang ada hal tersebut mungkin dikarenakan rencana keperawatan yang ada di SOP sudah terbiasa dilakukan. (Sulistyono, 2014)

Dalam peneltiian ini sikap antisipasi ini dinyatakan dalam bentuk mengamankan pasien dan juga menjaga jarak dengan pasien agar aman. Hal tersebut juga sesuai dengan apa yang dinyatakan Iyus bahwa perawat dalam merawat pasien perilaku kekerasan ini diharuskan mempunyai sikap waspada dan tindakan antisipasi tidak boleh dilakukan secara berlebihan hal ini dapat merugikan pasien maupun perawat sendiri. Pasien perilaku kekerasan dalam penanganannya tidak selalu harus dilakukan tindakan fiksasi atau manset karena tindakan perilaku kekerasan tidak selalu destruktif, dan tindakan fiksasi dilakukan bukan untuk hukuman bagi

pasien yang kurang bisa diarahakan. (Iyus, 2009) dalam jurnal (sulistyono, 2014).

Dalam penelitian ini bahwa penanganan pasien dengan resiko perilaku kekerasan partisipan tidak mampu melakukan penangaanan sendiri untuk mengamankan pasien di karnakan pasien dalam keadaan gelisah, untuk menangani partisipan mencari bantuan kepada teman, atau satpam untuk mengamankan pasien salah satu untuk mengamankan pasien tersebut adalah dengan dilakukannya fiksasi atau dimasukkan di ruang isolasi, kemudian diberikan injeksi sesuai instruksi oleh dokter jika pasien tersebut tetap gelisah, setelah itu dilakukannya observasi serta Tanda-tanda vital.

2. **Tema ketiga : Pengalaman Unik Selama Menangani Pasien Perilaku Kekerasan**

Hasil penelitian ini pernyataan pengalaman partisipan selama menangani pasien dengan perilaku kekerasan sering mendapatkan dampak tindakan kekerasan secara fisik mapun verbal. Tindakan kekerasan yang dilakukan oleh pasien seperti diludahin, dilempar, gelas, dilempar fases, kena cakar, terpukul, narik kancing baju, narik jilbab, serta mematahkan kacamata. Pasien dengan gangguan perilaku kekerasan bisa terjadi pada siapa saja, tidak mengenal siapa dan objeknya. Pasien yang melakukan tindakan kekerasan tidak akan mempedulikan hak orang lain lagi. Siapapun individu yang terlibat dalam peristiwa kekerasan di ruang rawat inap dapat mengalami tindakan tersebut baik itu perawat,dokter, staf lain dan semua yang bertugas di ruangan rawat inap.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Lisa (2013) Pengalaman Perawat Dalam Merawat Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan menyatakan pasien yang sering kali memperlihatkan perilaku kekerasan yaitu ruang UPIP, sehingga perawat dituntut harus siap kapan saja dalam memberikan intervensi keperawatan kepada pasien perilaku kekerasan bila pasien memperlihatkan tanda dan gejala. Selama perawat menangani pasien dengan resiko perilaku kekerasan sering mengalami tindakan kekerasan secara verbal. Perawat juga menambahkah bahwa tindakan

kekerasan secara fisik juga pernah dialami oleh rekan-rekannya yang lain, tetapi tidak terlalu serius sehingga tidak sampai membutuhakan perawatan.

Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh yang tak terkontrol. *North American Nurisng Diagnosis Association* (NANDA, 2005) mengatakan perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu dimana psikologis, emosiaonal, dan atau seksual melukai orang lain maupun diri sendiri. (Lisa, 2013)

Dalam penelitian ini bahwa pengalaman selama menangani pasien dengan perilaku kekerasan dimana partisipan sering mendapatkan perlakuan secara fisik maupun verbal oleh pasien seperti diludahin, dilempar, gelas, dilempar fases, kena cakar, terpukul, narik kancing baju, narik jilbab, serta memetahkan kacamata oleh karena itu petugas perawat, maupun satf-sataf tentunya yang berada di ruang inap harus lebih berhati-hati dalam menangani pasien perilaku kekerasan agar tidak terjadi hal yang serius.

3. Tema ketiga : Respon Negatif Perawat Dalam Menangani Pasien PK Ketika Susah Diarahkan

Hasil penelitian ini pernyataan perawat dalam menangani pasien PK ketika pasien tersebut susah di arahkan dimana perawat kadang kala timbul respon negatif kepada pasien tersebut, respon negatif yang ditimbulkaan oleh perawat yaitu timbulnya rasa emosi seperti kesel, jengkel namun beberapa perawat juga mengatakan saat menangani pasien PK yaitu harus sabar ada pula yang mengatakan santai ajah.

Hal ini sejalan dengan penelitian Tutik (2013) menunjukkan bahwa tinggi atau rendahnya perilaku prososial perawat dirumah sakit sangat dipengaruhi oleh kematangan emosi. Oleh karena itu setiap perawat didalam melaksanakan aktivitas kerja yang berkaitan dengan pelayanan kepada para pasien yang berobat baik rawat jalan maupun rawat inap memperlukan kematangan emosi agar mampu mengendalikan emosi yang

berlebihan. Sedangkan ciri-ciri seseorang yang mempunyai kematangan sosial tinggi antara lain : (a) dapat menerima keadaan dirinya maupun orang lain sesuai dengan subjek tifnya, (b) dapat mengontrol emosinya dengan baik dan dapat mengontrol ekspresinya emosinya walaupun dalam keadaan marah dan kemarahan itu tidak ditampakkan keluar, (c) dapat berpikir objektif sehingga akan bersifat sabar, penuh pengertian dan cukup mempunyai toleransi yang baik, (d) mempunyai tanggung jawab yang baik, dapat berdiri sendiri, tidak mengalami frustasi dan mampu menghadapi masalah dengan penuh pengertian. (Tutik, 2013)

Dalam penelitian ini bahwa dalam menangani pasien perilaku kekerasan beberapa perawat khsusnya partisipan terlihat bahwa tidak mampu untuk mengontrol emosinya ketika pasien tersebut susah untuk diarahkah namun ada juga partisipan yang mengatakan harus sabar dalam menangani pasien tersebut. bahwa dapat diketahui perawat dalam menangani pasien perilaku kekerasan memilki pemikiran yang berbeda-beda dalam mengontrol emosi ketika pasien teresbut susah untuk diarahkan maupun dikasih pengertian tidak mau mengerti.

4. Tema keempat : Harapan Perawat Kepada Keluarga Setelah Pasien Pulang

Hasil penelitian ini pernyataan kurangnya dukungan keluarga pasien dalam pemberian obat seperti minum obat tidak teratur, keluarga kurang care, dan tidak melakukan kontrol dapat memicu kekambuhan perilaku kekerasan pasien sehingga pasien masuk rumah sakit berulang kali.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Emi (2018) ketidakpatuhan terhadap pengobatan antipsikotik merupakan faktor resiko terjadinya perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk meningkatkan pengetahuan keluarga mengenali faktor pencetus perilaku kekerasan sebagai upaya mencegah kekambuhan perilaku kekerasan pasien. (Emi, 2018).

Keluarga berkotmitmen dalam memeberikan dukungan dan mendampingi pasien untuk patuh dalam pengobatan, hal ini sesuai dengan

anjuran WHO (2002), perawatan kesehatan yang dapat diberikan keluarga pada pasien yaitu mendampingi pasien melakukan pengobatan, memberikan dorongan yang positif, dan konsisten dalam merawat pasien. Strategi untuk mengurangi kekambuhan pada pasien gangguan jiwa berat yang berpotensi menimbulkan perilaku kekerasan adalah meningkatkan kepatuhan minum obat antipsikotik (Haddad, 2010) dalam jurnal (Emi, 2018)

Dalam penelitian ini bahwa harapan partisipan kepada keluarga lebih komperatif dalam pemberian obat, di karnakan keluarga lebih penting untuk memberikan dukungan kepada pasien untuk penyembuhan. Partisipan juga mengatakan bahwa pasien yang sudah bagus kemudian masuk kembali kerumah sakit di karenakan putus obat, partisipan menyatakan bahwa pasien yang sudah pulang seperti pasien yang mengalami sakit fisik yang pulang dari rumah sakit umum, sehingga pasien yang sudah bagus tidak perlu diberikan obat namun kenyataannya tidak bahwa pasien dengan gangguan jiwa harus lebih rutin dalam memberikan obat, serta mengontrol pasien oleh karena itu keluarga lebih penting dalam menjaga pasien karna jika obatnya berhasil pasien tidak akan kembali kerumah sakit.

Makna keluarga menjalani pengalamannya dalam mencegah kekambuhan pasien yaitu ketetapan dari tuhan yang harus dijalani, ujian dari tuhan dan hal yang terbaik yang tuhan berikan untuknya. Salah satu spiritualitas adalah keyakinan dan pemaknaan, tidak hanya pada keyakinan individu dalam memberikan makna dan menentukan tujuannya hidupnya, tetapi juga pengalamannya mempertahankan keyakinannya. Kekuatan spiritual diperoleh dari pengalamannya (Fontaine, 2009) dalam jurnal (Emi, 2018).

Adanya sikap penerimaan positif tersebut mencerminkan kesejahteraan spiritual yang memberikan dukungan kepada pasien teteap mengusahakan hal yang terbaik meskipun harus menghadapi kesulitan dan beban dalam upayanya mencegah kekambuhan pasien. Penerimaan positif pada keluarga yaitu memakluminya, menerima dengan ikhlas, bersyukur, tidak

merasa malu maupun jengkel, merasa tidak ada kesulitan untuk mencegah kekambuhan pasien. (Subandi, 2008) dalam jurnal (Emi, 2018).

Kepasrahan dan penerimaan positif ini hampir ditunjukkan oleh seluruh keluarga. Pada Al-Quran (kitab umat Islam) mengajarkan umatNya untuk bertawakal kepada Allah. Tawakal kepada Allah atau berserah diri kepada segala kehendaknya tetapi tetap disertai usaha yang nyata untuk menghadapi permasalahan. Penerimaan positif ini juga dipengaruhi oleh budaya jawa yang memilki prinsip ngemong pada anggota keluarga sakit. Prinsip dasar dari ngemong adalah menghadapi perilaku dan sikap seseorang dan memposisikan seseorang tersebut sebagai seorang anak (Subandi, 2008) dalam jurnal (Emi, 2018).

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan, dihasilkan empat tema yaitu : Penanganan pasien perilaku kekerasan saat terjadinya kekambuhan, pengalaman unik selama menangani pasien perilaku kekerasan, kompotensi perawat dalam menangani pasien PK ketika susah diarahkan, harapan perawat kepada keluarga setelah pasien pulang, sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Penanganan pasien perilaku kekerasan saat terjadinya kekambuhan, Perawat khususnya partisipan dalam merawat pasien gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan pada saat-saat tertentu kadang kala tidak mampu melakukan sendiri dalam melaksanakan suatu tindakan keperawatan, sehingga dalam melaksanakan tindakan keperawatan tersebut mereka mencari bantuan ke orang lain untuk mengamankan pasien, salah satu untuk terhindarnya dari perilaku agresif pada perawat maupun pasien-pasien lain ialah dilakukannya fiksasi atau diisloasi.
2. Pengalaman unik perawat selama menangani pasien perilaku kekerasan, menangani pasien dengan perilaku kekerasan sering mendapatkan dampak tindakan kekerasan secara fisik mapun verbal. Tindakan kekerasan yang dilakukan pasien dengan gangguan perilaku kekerasan bisa terjadi pada siapa saja, tidak mengenal siapa dan objeknya. Dalam penelitian ini partisipan khsusnya perawat sering mendapatkan perlakuan secara fisik salah satunya adalah dipukul, diludahin, dilempar fases, dilempar gelas, dicakar, narik jilbab, serta mematahkan kacamata sehingga perawat dalam menangani perilaku kekerasan harus berhati-hati.
3. Kompotensi perawat dalam menangani pasien PK ketika susah diarahkan adalah dimana partisipan dalam menangani pasien perilaku kekerasan dalam menjalankan tugasnya sebagai perawat jiwa harus memerlukan

4. kesabaran dalam menangani pasien tersebut namun kadang kala membuat beberapa partisipan menimbulkan perasaan emosi kepada pasien. Timbulnya perasaan emosi disebabkan oleh karena faktor yang disebabkan oleh pasien itu sendiri seperti susah diarahkan serta dikasih pengertian tapi tidak mau mengerti sehingga beberapa partisipan terkadang tersulut kepada pasien tersebut.
5. Harapan perawat kepada keluarga setelah pasien pulang adalah Partisipan berharap kepada keluarga pasien dalam pemberian dukungan seperti pemberian obat secara rutin, pemberian obat sesuai dosis, dan mengontrol pasien, sehingga dalam penelitian ini perawat lebih menekankan kepada keluarga agar lebih komperatif dalam pemberian obat kepada pasien, dikarenakan pasien masuk berulang kali disebabkan oleh karenanya kurangnya dukungan keluarga dalam pemeberian obat.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan Keperawatan

   Diharapkan dapat bekontribusi dalam meningkatkan pengetahuan mahasiswa khususnya pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

2. Bagi Mahasiswa

   Diharapkan menjadi masukan bagi mahasiswa dalam mempelajari perilaku kekerasan serta peran keluarga dalam proses penyembuhan pasien gangguan jiwa dengan perilakun kekerasan. Mahasiswa hendaknya senantiasa meningkatkan pengetahuan mereka dan melakukan kegiatan kepada masyarakat dengan memberikan pemahaman yang benar kepada masyarakat tentang perawatan pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan.

3. Bagi Keluarga

   Diharapakan dapat menjadi acuan bagi keluarga yang mempunyai keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam memberikan dukungan kepada pasien seperti pemberian obat secara teratur, mengontrol pasien agar tidak terjadinya kekambuhan dan tidak masuk berulang kali.

DAFTAR PUSTAKA

Afriani, K., Nauli, F. A., & Hasneli, Y. (Juli-Desember 2018). *Hubungan Persepsi Perawat Tentang Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan.* JOM FKp, Vol.5 No.2, 777-786.

Azalia, R., Saragih, J., & Idayati, R. (Febuari 2017). *Hubungan Perilaku Agresif Pasien dengan Stres Perawat Rumah Sakit Jiwa Aceh. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Medisia* Vol.2 No.1, 55-60.

Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (8 ed., Vol.1). Singapore: elsevier.

As'ad dan Sucipto. 2010. *Agresi Pasien dan Strategi Coping Perawat. Jurnal Psikologi Indonesia.*

Dalami, E. (2009) *Asuhan keperawatan jiwa dengan masalah psikososial.* Jakarta: TIM, 2009.

Faradhila, F., Kesehatan, F. I., & Surakarta, U. M. (2017). *Dengan Restrain extremitas di rumah sakit jiwa.*

Hidayat, F., Keliat, B. A., & Mustikasari. (Mei 2015). *Penerapan Cognitif Behavior Theraphy pada Klien Halusinasi dan Perilaku Kekerasan Dengan Pendekatan Model Stress Adapatasi Stuart dan Model Hubungan Interpersonal Peplau Di Rs Dr Marzoki Mahdi Bogor. Jurnal Keperawatan Jiwa, Volume 3, No 1,* 28-42.

Haryati, Tutik Dwi. "Kematangan emosi, religiusitas dan perilaku prososial perawat di rumah sakit. " Persona: Jurnal Psikologi Indonesia 2,2 (2013).

Iyus, Y. (2009). *Keperawatan Jiwa (edisi revisi).* Bandung: Refika Aditama.

Keliat, B. A. (2009). *Model praktik keperawatan profesional jiwa.* Jakarta: EGC.

Kandar. 2014. *Efektifitas Tindakan Restrain Pada Pasien Perilaku Kekerasan Yang Menjalani Perawatan Di Unit Pelayanan Intensif Pskiatri (UPIP) RSJ Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.* Prosiding PPNI II tahun 2014.

Malfasari. (2010). *Analisa Legal Aspek Dan Kebijakan Resatain Seklusi dan Pasung Pada Pasien Gangguan Jiwa. Jurnal Penelitian*.

Muhits, A., Fardiansyah, A., Mawaddah, N., & Mulyatin. (Agustus 2018). *Hubungan Perilaku Kekerasan Pasien Dengan Stres Perawat di Intansi*

IPCU RSJ.Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang. Jurnal Ners dan Kebidanan, Volume 5, No. 2, 137-143.

Nursalam. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan pendekatan praktis* (4 ed.). Surabaya: Salemba Medika.

Putri, D. E., Kelit, B. A., & Nasution, Y. (2010). *Pengaruh Rational Emotive Behaviour Therapy Terhadap Klien Perilaku Kekerasan Di Ruang Rawat Inap Rsmm Bogor Tahun 2010. Fik Ui.*

Prabowo, E. (Agustus 2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa.* Banyuwangi.

Purwanto, T. (2015). *Buku ajar keperawatan jiwa.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Penelitian, B., & Kesehatan, P. (2108). *Hasil utama Riskesdas 2018.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Penelitian, B. (2013). *Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013.* Lap. Nas, 2013, 1-384

Sulistyono, Winarni, I., & Windarwati, H. (2 Mei 2014). *Pengalaman Perawat Dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Yang Disebabkan Halusinasi di Ruang Melati RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Jurnal Ilmu Kesehatan* Vol.2, 20-34.

Subu, M. A., Holmes, D., & Elliot, J. (November 2016). *Stigmatisasi dan Perilaku Kekerasan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Indonesia*. *Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 19 No.3*, hal 191-199.

Subu, M. A., Waluyo, I., N, A. E., Priscilla, V., & Apriani, T. (Febuari 2018). *Stigmatisasi, Perilaku Kekerasan dan Ketakutan diantara orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di indonesia: Penelitian Constructivist Grounded Theory. Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 30, No 1*, 53-60.

Silitonga, R. O. (Juli 2014). *Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa klien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Roy dan Jonson's Bheavioural System Model di Unit Pelayanan Intensive Psikiatri (UPIP) di Rs MM Bogor*. Universitas Indonesia.

Wuryaningsih, Emi Wuri; Hamid, Achir Yani S.Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Mencegah Kekambuhan Perilaku kekerasan Pasien Pasca Hospitalisasi RSJ. jurnal keperawatan Jiwa, 2013, 1.2.

Yosep. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing. In 6.*

Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa (edisi revisi).* Bandung: Refika Aditama.

LAMPIRAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN STIKES WIYATA HUASADA SAMARINDA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Keterangan Diri

1.	Nama	: Junaidi
2.	Tempat/Tanggal Lahir	: Samarinda, 18 Desember 1996
3.	Nim	: 15.0239.574.01
4.	Jurusan	: S1-Keperawatan
5.	Semester	: VIII (Genap)
6.	Tahun Ajaran	: 2015
7.	Jenis Kelamin	: Laki-laki
8.	Agama	: Islam
9.	Suku	: Banjar
10.	Status Perkawinan	: Belum Menikah
11.	Pekerjaan	: Mahasiswa
12.	Alamat	: Jl.Aw.Syahrani. Gg.10
13.	Email	: junaipraditaone@gmail.com
14.	Hobby	: Futsal

B. Riwayat Pendidikan

SDN 017 Samarinda

SMPN 7 Samarinda

SMKN 5 Samarinda

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Lampiran 1

JADWAL PENELITIAN

No.	Kegiatan	Bulan Ke																																	
		JAN				**FEB**				**MAR**				**APR**				**MEI**				**JUNI**				**JULI**				**AGUST**				**SEPT**			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penemuan topic dan judul																																				
2.	Pembagian Dosen Pembimbing																																				
3.	Bimbingan proposal																																				
4.	Ujian proposal																																				
5.	Revisi proposal																																				
6.	Penelitian																																				
7.	Penglolaan Data																																				
8.	Seminar Hasil																																				
9.	Revisi yudisium																																				
10.	Persiapan yudisium																																				
11.	Wisuda																																				

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial :

Umur :

Alamat :

Jenis Kelamin :

Bersedia untuk ikut serta sebagai responden dalam penelitian yang berjudul

"Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan"

Adapun bentuk kesedian saya ini adalah:

1. Bersedia meluangkan waktu.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif dan membahayakan bagi saya dan keikut sertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi saya.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, maka saya menyatakan bahwa saya akan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Samarinda, Juni 2019

Responden

(…….)

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

Lampiran 3

PEDOMAM WAWANCARA UNTUK SUBYEK PENELITIAN

Pengalaman Perawat Dalam Menangni Pasien Perilaku Kekerasan

Nama Partisipan (Samaran) :

Hari/Tgl/Jam :

Tempat :

Wawancara Ke- :

Pertanyaan

No.	**PEDOMAM PERTANYAAN WAWANCARA UNTUK SUBYEK PENELITIAN**	
1.	Sudah berapa lama saudara/ saudari bekerja di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda ini ?	- Sebelumnya saudara pernah bekerja di instansi lain ? - Berapa lama saudara/ saudari bekerja di intasi tersebut ? - Setelah saudara bekerja di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebelumnya saudara/ saudari di tempatkan di ruangan mana ? - Apa yang saudara/ saudari rasakan selama bekerja di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda ?
2.	Untuk penanganan pasien perilaku kekerasan, sebelumnya apakah saudara/ saudari sudah pernah di berikan pelatihan untuk menangni pasien perilaku kekerasan ?	- Kapan saudara/ saudari melakukan pelatihan tersebut ? - Dimana saudara/ saudari melakukan pelatihan tersebut ? - Walaupun sudah diberikan pelatihan bagaimana perasaan saudara/ saudari saat pertama kali menangani pasien dengan perilaku kekerasan ?

		- Apa yang saudara/ saudari persiapakan terlebih dahulu untuk penanganan pasien perilaku kekerasan ? - Untuk penanganan perilaku kekerasan apakah saudara/ saudari melakukannya sendiri ? - Membutuhkan berapa orang untuk penanganan pasien perilaku kekerasan tersebut ?
3.	Jika pasien sudah diamankan tindakan seperti apa yang selanjutnya saudara/ saudari berikan ?	- Apa yang saudara/ saudari berikan jika pasien tersebut masih tetap berperilaku agresif ? - Pemberian fiksasi yang seperti apa yang saudara/ saudari berikan ? - Pemberian obat apa yang saudara/ saudari berikan kepada pasien perilaku kekerasan tersebut ? - Apakah tindakan penanganan pasien tersebut sudah sesuai dengan prosedur ?
4.	Selama menangani pasien perilaku kekerasan apakah saudara/ saudari pernah mendapatkan perlakuan secara fisik terhadap pasien ?	- Untuk penanganan pasien perilaku kekerasan saudara/ saudari sudah tahu bahwa Berisko, apakah saudara/ saudari berkeinginan tetap untuk melanjutkan pekerjaan ini ? - Apakah ada perasaan stress saudara/ saudari selama pekerjaan ini ? - Apakah ada perasaan emosi saudara/ saudari saat menangani pasien tersebut ? - Jika iya pasien yang seperti apa yang

		membuat saudara emosi ? - Untuk membantu/ mencegah terjadinya perilaku kekerasan apa yang saudara/ saudari berikan kepada pasien tersebut ? - Pemberian terapeutik seperti apa yang saudara/ saudari berikan kepada pasien tersbut ? - Bagaimana saudara/ saudari mendekatkan diri kepada pasien tersebut ? - Apakah saudara/ saudari tidak merasa takut saat melakukan pendekatan kepada pasien tersebut ? - Untuk terapi, terapi apa saja yang di berikan kepada pasien yang mengalami perilaku kekerasan tersebut ? - Setelah pemberian terepeutik dan terapi tersebut apakah ada perubahan pada pasien tersebut ? - Perubahan seperti apa yang di alami pasien tersebut ?
5.	Apakah ada kendala yang di alami saat melakukan penanganan pasien tersebut ?	- Jika ada, kendala seperti apa ? - Bagaimana cara saudara/ saudari mengatasi kendala tersebut ? - Apa harapan saudara kedepannya untuk masalah pasien dengan perilaku kekerasan ini ?

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Kakap No. 23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035
Website : **rsjdahm.kaltimprov.go.id** // Email : rsjdahm@gmail.com

Management System ISO 9001 : 2008
TÜVRheinland CERTIFIED
www.tuv.com ID 9105079871

Samarinda, 22 Januari 2019

Nomor : 423.6/773/RSJD.AHM-TU/2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Study Pendahuluan

Kepada
Yth. Ketua STIKES
Wiyata Husada Samarinda
Di –
Samarinda

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 257/STIKES-WHS/LT/2018 Perihal Permohonan Izin Study Pendahuluan atas nama :

Nama	:	Junaidi
Nim	:	15.0239.674.01
Judul	:	Pengalaman Petugas Dalam Menangani Pasien Prilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Maka dengan ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui permohonan tersebut .

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM

Plh. Direktur,

Drs. Haris Nur Herlan, M.Si
Pembina
NIP. 19620204 198303 1 019

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA
IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015
PERINGKAT B
Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

Nomor : 817 /STIKES-WHS/LT/2019 7 Mei 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
Cq. Diklit RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
di -
Tempat

Dengan hormat,
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di rumah sakit yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama	:	Junaidi
NIM	:	15.0239.574.01
Semester	:	VIII
Program Studi	:	Ilmu Keperawatan
Judul	:	Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Ketua I,

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

Ns. Sumiati Sinaga.,M.Kep
NIK 113072.82.09.006

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Kakap No. 23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035
Website : **rsjdahm.kaltimprov.go.id** // Email : rsjdahm@gmail.com

Management System ISO 9001 : 2008
TÜVRheinland CERTIFIED
www.tuv.com ID 9105079871

Samarinda, 14 Mei 2019

Nomor : 423.6/1035/RSJD.AHM-TU/2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Izin Penelitian

Kepada
Yth. Ketua STIKES
Wiyata Husada Samarinda
Di –
Samarinda

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 817/STIKES-WHS/LT/2019, perihal mohon izin penelitian atas nama :

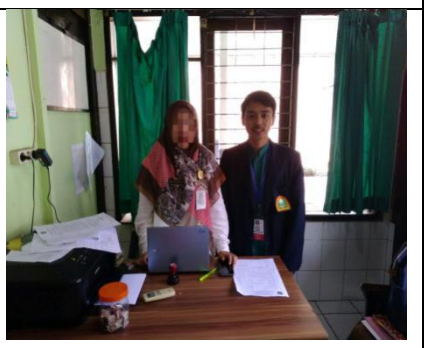
Nama	:	Junaidi
NIM	:	15.0239.574.01
Judul	:	"Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda".

Maka dengan ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui permohonan tersebut.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

An. Direktur
Wadir Umum dan Keuangan,

Drs. Haris Nur Herlan, M.Si
Pembina
NIP. 19620204 198303 1 019

DOKUMENTASI HASIL WAWANCARA		
Partisipan 1	**Partisipan 2**	**Partisipan 3**
		
Keterangan : Dokumentasi peneliti bersama partisipan peratama di tempat partisipan bekerja.	Keterangan : Dokumentasi peneliti bersama partisipan ke-2 di tempat partisipan bekerja.	Keterangan : Dokumentasi peneliti bersama partisipan Ke-3 di tempat partisipan bekerja.
Partisipan 4	**Partisipan 5**	**Partisipan 6**
Keterangan : Dokumentasi peneliti bersama partisipan ke-4 di tempat partisipan bekerja.	Keterangan : Dokumentasi peneliti bersama partisipan ke-5 di tempat partisipan bekerja.	Keterangan : Dokumentasi peneliti bersama partisipan ke-6 di tempat partisipan bekerja.

ABSTRAK

Pengalaman Perawat Dalam Menangnai Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Junaidi[1],Linda Dwi Novial[2],Rusdi[3]

Latar Belakang : Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku dari seseorang individu yang bertujuan untuk meluka diri sendiri maupun orang lain. Marah merajuk yang bertujuan untuk melukai diri sendiri maupun orag lain. Marah merajuk pada suatu perangkat perasaan–perasaan tertentu yang biasanya dikenal dengan perasaan marah. Agresi juga dikatakan suatu perilaku yang dimaksudkan untuk mencederai orang lain atau milik orang lain. **Tujuan :** Untuk mengeksprolasi pengalaman perawat dalam menangani pasien perilaku kekerasan. **Metode :** Penelitian ini menggunakan *metode kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologi*. Pengambilan partisipan menggunakan tehnik *purposive sampling* dengan jumlah partisipan sebanyak 6 partisipan dengan kriteria inklusi yaitu, perawat yang mempunyai pengalaman dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan. **Hasil :** Penelitian ini menghasilkan 4 tema utama yaitu, penanganan pasien perilaku kekerasan saat terjadinya kekambuhan, pengalaman unik selama menangani pasien perilaku kekerasan, respon negatif perawat dalam menangani pasien perilaku kekerasan ketika susah diarahkan, harapan perawat kepada keluarga setelah pasien pulang. **Kesimpulan :** Perawat dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan khususnya partisipan pada saat-saat tertentu kadang kala tidak mampu melakukan sendiri dalam melaksanakan suatu tindakan keperawatan, sehingga dalam melaksanakan suatu tindakan tersebut meraka mencari bantuan kepada teman atau satpam untuk mengamankan pasien.

Kata Kunci : Fiksasi, Pengalaman Unik, Harapan Perawat

ABSTRACT

NURSE EXPERIENCES IN TREATING PATIENTS WITH VIOLENT BEHAVIORS AT ATMA HUSADA MAHAKAM MENTAL HOSPITAL

Junaidi[1], Linda Dwi Novial[2], Rusdi[3]

Background: Violent behavior is a form of an individual behavior which aims to hurt one's own self or other people. Sulking is a set of certain feelings which is usually known as anger. Aggression is also included as a behavior which aims to hurt other people or property of other people. **Objective**: to explore the nurse experiences in treating patients with violent behaviors. **Method**: This research used qualitative method with phenomenological approach. The participants were selected using purposive sampling technique with the total of 6 participants with the inclusion criteria, namely nurses who had experiences in treating patients with violent behaviors. **Findings**: this research revealed 4 main themes, namely: the treatment of patients with violent behaviors during recurrence, unique experience during the period of treating patients with violent behaviors, negative responses of the nurses in treating patients with violent behaviors, especially when they were hard to be directed, the expectation of nurses to the family when the patients went home. **Conclusion:** in treating the patients with violent behaviors, the nurses were not able to do it alone, especially when they have to treat the patients in a certain condition and time. They sometimes find it difficult to give nursing treatment so that they have to find other people or security to help them in handling the patients.

Keywords*:* Fixation, Unique Experience, Nurse Expectation

Latar Belakang

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku dari seseorang individu yang bertujuan untuk melukai diri sendiri maupun orang lain. Marah merajuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya dikenal dengan perasaan marah. Agresi juga bisa dikatakan suatu perilaku yang dimaksudkan untuk mencederai orang lain atau milik orang lain (Muhits, 2015).

Perilaku kekerasan biasanya menunjukkan tanda dan gejala seperti muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatup rahang dengan dengan kuat, bicara kasar, jalan mondar-mandir, menjerit atau berteriak, suara tinggi, mengancam secara verbal atau fisik dan melempar atau memukul benda/ orang lain (Daulay, 2010). Perilaku kekerasan yang dilakukan oleh pasien dapat mengganggu kenyamanan suasana ruang rawat, baik pasien lain maupun perawat yang sedang bertugas (Wofest, 2011).

Untuk menangani pasien dengan perilaku kekerasan tenaga medis terutama staf keperawatan jiwa mempunyai peran yang sangat penting salah satunya adalah dengan restrain etremitas. Secara umum, dalam pasikiatrik restrain merupakan suatu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berprilaku diluar kendali yang bertujuan untuk memberikan keamanan fisik dan psikologis individu (Kandar dkk, 2013).

Perawat yang menangani pasien perilaku kekerasan sering mendapatkan ancaman yang berbahaya terutama pada petugas perawat perempuan tidak dapat melakukan penanganan dengan sendiri, memerlukan bantuan teman atau security untuk membantu penanganan pasien perilaku kekerasan tersebut. Untuk penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perawat membutuhkan kurang lebih 5 sampai 6 orang untuk membantu penanganan 1 orang pasien yang mengalami perilaku kekerasan.

Menurut data WHO (2016). terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Di Indonesia dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang.

Dari hasil observasi studi pendahuluan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda pada tanggal 22 Januari 2019 di dapatkan data selama tiga bulan terkahir terjadi Perilaku Kekerasan di ruangan belibis sebanyak 66,7%, ruangan enggang 98,5%, ruangan tiung 30,11%, ruangan gelatik 33,42% ruangan elang 69,9%, ruangan punai 89%, dan ruangan upip 14,7%.

Kemudian Peneliti melakukan wawancara singkat kepada tiga orang Perawat di ruang rawat inap yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda menyatakan bahwa dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan yang

perlu mereka persiapakan saat pasien sedang mengalami kekerasan adalah mengamankan diri terlebih dahulu serta mental yang kuat untuk menghadapi pasien tersebut. Untuk menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan, perawat mengatakan tidak dapat melakukan penanganan pasien dengan sendiri dikarenakan takut dapat mengancam diri sendiri terutama pada perawat perempuan, perawat perlu bantuan teman atau security untuk membantu penanganan pasien tersebut.

Untuk penanganan pasien perilaku kekerasan perawat mengatakan perlu bantuan kurang lebih 5 sampai 6 orang untuk satu orang pasien yang mengalami perilaku kekerasan. Perawat menyatakan jika pasien sudah di amankan dan tetap melakukan tindakan perilaku kekerasan maka pasien tersebut akan dimasukan di ruang isloasi dan diberikan fiksasi.

Perawat juga menyatakan selama melakukan tindakan penanganan pasien dengan perilaku kekerasan sering mendapatkan perlakuan secara fisik dari pasien seperti di pukul, diludahi digigit, dikejar dan dibentak oleh pasien tersbut.

Tujuan Penelitian

3. **Tujuan Umum**

   Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

4. **Tujuan Khusus**

   a. Mengeksplorasi Pengalaman Perawat kesehatan dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
   b. Mengeksplorasi Pengalaman Perawat kesehatan dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
   c. Mengeksplorasi peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

METOLOGI PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif, dan menggunakan pendekatan fenomenologi. Pendekatan fenomenologi merupakan pendekatan yang memberikan penjelasan secara terinci berupa deskripsi serta interprestasi dengan menyampaikan intisari yang berasal dari pengelaman individu yang dialami sehari-hari terkait Pengalaman Perawat dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Populasi Dan Sampel

Populasi penelitian ini meruapakan perawat yang mempunyai pengalaman dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan. Jumlah sampel/partisipan yang digunakan sebanyak 6 orang perawat yang mempunyai pengalaman menangani pasien dengan perilaku kekerasan. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan purposive sampling yaitu penentuan partisipan berdasarkan krtiteria inklusi : (1) Perawat yang mempunyai pengalaman dalam menangani pasien dengan perilaku

kekerasan (2) Perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSJD Atma Husada Samarinda (3) Perawat yang bersedia menjadi informan.

Tehnik Pengumpulan Data

Peneliti melakukan penjelasan penelitian sekaligus kontrak waktu untuk melakukan wawancara, selanjutnya pengisian lembar *informed consent* persetujuan menjadi partisipan, tahap selanjutnya melakukan indepth interview atau wawancara mendalam kemudian direkam menggunakan *tape recorder*, wawancara mendalam dilakukan menggunakan pedomam wawancara dengan 5 pertanyaan pokok masing-masing memiliki probing dengan sistem wawancara terbuka *semi berstruktur*, agar partisipan dapat menceritakan pengalaman yang dialaminya dengan tidak terapaku pada pedomam wawancara.

Teknik Analisa Data

Data yang telah direkam pada saat wawancara mendalam dengan partisipan dibuat dalam bentuk transkip wawancara atau *verbatim*, kemudian melakukan koding atau menandai bagian penting pada bagian verbatim, selanjutnya mengategorikan sesuai dengan jawaban partisipan, sehingga dapat terbentuk tema-tema yang menggambarkan jawaban partisipan dari pernyataan yang telah diberikan sesuai dengan tujuan penelitian.

Hasil Penelitian

5) Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Saat Terjadinya Kekambuhan

Tema pertama didapatkan dari 2 kategori yaitu pertama psikosoial dan kategori kedua psikoterapi. Berikut perkataan dari partisipan :

"…tergantung nanti dokternya anukan apa ngasih terapi entah dia ***diisolasikan*** *atau* ***difiksasi*** *atau dia pindah ke Upip atau juga kadang* ***diinjeksi*** *nanti tergantung dokter lagikan aktis dokternya lagikan gitu…* (P^1)"
(Hasil observasi : Saat menceritakan mata partisipan melihat ke bawah sambil menulis, sesekali melihat kehadapan peneliti)

"Kalo disini amankan pasien biasanya tergantung tingkat kegawatdarutannya, *seandainya dia sampai berusaha melukai atau merusak benda dirungannya atau memukul teman serungannya itu biasanya* ***kita fiksasi.*** Kalo dia cuman hanya sekedar istilahnya hanya marah-marah tidak melakukan tindakan berbahaya kepada siapapun ya kita secara verbal kasih ***negosisasi*** aja kita ajak ngobrol jangan lupa kita tenangkan (P^2) "
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti sambil memainkan pulpen, sesekali melihat ke kiri)

"…kalo pasiennya memang dalam kondisi gak kooperatif yang gak bisa dibilangin mau gak mau kita ***fiksasi*** *dengan catatan kita segera kita lapor dokter jaga...* (P^3) "

"…biasanya sih penanganannya disini dilakukan disini ketika ruang gelisah itu penuh biasanya kita ***fiksasi*** (P^4)" *(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan*

melihat kedepan peneliti, sambil menggerakkan jari tangan kanan)

"Awalnya sih kalo misalnya kondisi pasiennya tidak bisa sama sekali mengarahkan biasanya kita *masukan ke ruang sefty atau ke ruang* ***isolasi*** *kalo di ruangan isolasi atau ruangan sefty itu gak bisa di arahkan sama sekali baru kita telfon BPJPnya untuk lakukan* ***fiksasi*** …(P^5) "
(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sesekali melihat ke kiri ke kanan)

"*….jadi biasanya kita sama-sama untuk mengamankan untuk melakukan* ***fiksasi*** jika sudah aman biasanya pasiennya kita pindahkan ke ruang UPIP ke ruang pasien gelisah tapi untuk pasien-pasien yang lain kita kunci dulu suapaya mereka juga gak terkena imbasnya (P^6) "
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, jari tangan kanan sambil memegang pulpen)

Ada 1 partisipan menyatakan setelah dilakukannya fiksasi kemudian dilakukannya observasi dan Ttv.
Berikut jawaban dari (P^6)

"*iyaa… seperti yang saya jelaskan tadi sih kalo kondisinya fiksasi itu* SOPnya memang ada lembar observasi *di status pasien.* lembar observasi untuk fiksasi yang dimana yang 2 jam pertama itu setiap 15 menit itu kita observasi, observasi langsung kepasien dari cctv yang di ***observasi*** *itu lokasi pengikatan sama* ***tanda-tanda vital*** (P^4) "
(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, kemudian melihat kebawah, kedua tangan di meja)

6) Pengalaman Unik Selama Menangani Pasien Perilaku Kekerasan

Tema kedua didapatkan dari 1 kategori yaitu : Perlakuan tidak menyenangkan.
Hasil wawancara peneliti mendapatkan beberapa pengalaman unik perawat saat menangani pasien perilaku kekerasan yaitu ada 6 partisipan yang menceritakan pengalaman uniknya saat menangani pasien perilaku kekerasan.

"*Yaa… paling* ***dilempar gelas*** *sama pasien dulu kan ini pasien cw jadi di sampingnya itu ada minum segala macam di simburnya kita kaget jadinya, kadang* ***di ludahi*** *juga itu paling sering kalo diludahin sama pasien itu. ada juga yang* ***dilempar sama fases*** *gitu..* (P^1) "
(Hasil observasi *: saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan sesekali menundukkan kepala kebawah, sambil tersenyum malu, kedua tangan di meja sambil memegang pulpen tangan kanan)*

"…namanya pasien begini tidak bisa diprediksi namanya ***terpukul***, ***ditendang, terludahi, tercubit*** *ada aja pasti sudah hehe… sudah sering sih. Paling sering sih di ludahi pasien itu sering sudah* (P^2) "
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan sambil tertawa,

kemudian tangan kanan mengusap jidad)

"*Ya jelas udah pernah… namanya pasien inikan macem-macem ketika ada yang dia kumat, dia* ***ngelempar fases****, ada yang* ***narik baju, mematahkan kacamata*** *itu temen-temen sudah ngalamin semua disini gitu..* tiba-tiba kondisi pasiennya awalnya tenang tiba-tiba mengamuk menggedor-gedor ruang perawat sudah sering dialami (P^3) "
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan, sambil tersenyum kedua tangan di meja)

"…Nah kebetulan saya pernah sih begitu jadi sudah pernah ***hampir dipukul eee..*** kalo saya sih pada saat itu karna ini yah apa namanya.. kondisi pasienya juga ada yang sudah stabil jadi dibantu oleh pasiennya gitu aja sih… (P^4) "
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti sambil tersenyum)

"…ngamuk dia lagi kumat gaduh gelisahnya ***gak tau gelasnya itu dapat dari mana di lemparrrr….*** *Ini pasien gak ada komunikatif sama saya gitu kan terus tiba-tiba kok ngelempar,..* (P^5) "
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat ke kanan kemudian ke depan peneliti, mengeluarkan ekspresi tekejut saat di lempar pasien dengan gelas, kedua tangan menggerak-gerakan)

"Ouh pernah… *pernah sih biasanya klo pasien-pasien ngamuk gitu pernah sekali-sekali* ***kena cakar, dipukul, di ludahi*** *itu sering, sering sekali kalo pasiennya perempuan* (P^6) "
(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, kemudian melihat ke bawah, sesekali melihat ke kanan, sambil memegang kertas)

7) Respon Negatif Perawat Dalam Menangani Pasien PK Ketika Susah Diarahkan

Tema ke 3 didapatkan 1 kategori yaitu perasaan emosi perawat
Hasil wawancara peneliti mendapatkan bahwa Respon negatif perawat dalam menangani pasien PK ketika susah diarahkan. Berikut jawaban partisipan:

"*Karna kalo kita bawa emosi ya.. kayak mana yah sakit hati sendiri kali yah hehe..* ***jadi santai ajah…****''* (P1)
(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kebawah sambil menulis kemudian melihat ke depan peneliti)

''eee… biasanya sih saya sih orangnya emosian yah meledek-ledek yah hehe.. tapi saya ***emosinya sesaat aja,*** *cumah saat itu emosi saat itu juga gak lama mungkin ya ujung-ujungnya kasian juga dengan pasien kadang''* (P2)
(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sesekali melihat kesamping kiri)

*"****…kadang kala kita juga kesel*** *tapi ya namanya pasien seperti itu kita harus malum-maklum juga, kadang pas kita ikat kita omel-omelin nanti kalo dia udah mulai tenang sipasienpun sadar iya bu.. kadang beberapa pasien minta maaf loh..*

minta maaf tadi saya begini kita juga minta maaf sama dia ibu ngikat begitu" (P3)
(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan penelti)

"*Terkadang sih... terkadang muncul sih apa namanya ee.. kalo pasiennya itu susah diarahkan ya tapikan kita kembali lagi kalo mereka itu pasien gitu.. **kalo jengkel wajar ya** namanya manusiawi yah..''* (P4)
(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti)

*"Terkadang sih… kalo pasiennya itu susah dikasih tau susah untuk diarahakan gitu.. tapi ya.. gimana yah namanya pasien yah **jadi ya harus sabar*** (P5)"
(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sambil memegang kertas yang ada didepan)

*"**seperti kesel ajah sih** gak lebih dari itu susah diarahkan pasiennya"* (P6)
(Hasil Observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti kemudian melihat ke arah teman yang ada di depan)

8) Harapan Perawat Kepada Keluarga Setelah Pasien Pulang

Tema ke 3 didapatkan 1 kategori yaitu dukungan keluarga

Hasil wawancara peneliti mendapatkan bahwa harapan perawat akibat seringnya pasien kembali ke RSJD kurangnya dukungan keluarga dalam memperhatikan obat pasien

Berikut jawaban partisipan:

"*kalo harapannya sih yah.. kalo pasien itu sudah bagus di rumah sakit ini… kalo sudah pulang kerumah itu **terjaga minum obatnya** terjaga apa sih… **kooperatiflah keluarganya menjaga paseinnya** jangan kalo sudah bagu-bagus nih.. udah pulang tapi minum obat gak teratu…* (P^1) "
(Hasil observasi: saat menceritakan wajah partisipan melihat ke bawah sambil menulis, kemudian berhenti menatap ke penelit)

"*Iya… **keluarganya lebih kooperatif** lah dalam pemeberian obatnya jangan sampai putus,* karnakan kebanyakan rata-rata pasien kembali itu karna dia putus obat (P^2) "
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti kemudian sesekali melihat ke kiri kearah temanya yang ada di samping)

*"Ya.. kebanyakan yang saya bilang tadi kebanyakan adalah yang **dukungan dari keluarganya kurang** jadi obat-obatan tidak dipedulikan,* pasiennya dalam kondisi ada masalah juga mungkin gak care sama pasiennya, kebanyakan sih karna kekambuhan putusnya obat atau obatnya berenti diminum gitu…gitu sih ***harapannya keluarganya lebih care*** (P^3) "
(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, kedua tangan di meja)
"Ini sih apa yah… ***keluarganya lebih kooperatif mengawasi minum obatnya gitu***, karna ***obatnya berhasil*** pasti tidak akan kambuh

lagi kan tidak akan kembali lagi kesini kan intinya keluarga harus lebih aktif dalam mengawasi minum obat terus kalo untuk apa yaa.. itu aja sih.. (P^4) ”
(Hasil observasi : Saat menceritakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, kedua telapak tangan sambil menyentuh, sesekali melihat ke atas kemudian kedepan peneliti)

”…itu sih lebih ***harapan keluarganya lebih kooperatif dalam pemberian obatnya****,* ***kontrolnya mungkin lebih perhatianlah*** *pada keluaraganya dia sendiri gitu pada yang mengalami gangguan* (P^5) ”
(Hasil observasi : saat menceritakan wajah partisipan melihat ke depan peneliti, sesekali melihat kebawah kemudian melihat ke peneliti)

“…***dukungan keluaraga juga harus care*** *itu sih. Kami juga berharap sih kalo dia sudah pulang* ***Terus di kontrol juga*** (P^6) ”
(Hasil observasi : Saat menceritiakan wajah partisipan melihat kedepan peneliti, sesekali melihat ke kiri ke kanan)

PEMBAHASAN

Hasil penelitian pernyataan partisipan dalam menangani pasien perilaku kekerasan saat terjadinya kekambuhan bahwa menangani pasien perilaku kekerasan tidak mampu mengatasi sendiri, oleh karena itu partisipan dinyatakan dalam bentuk mencari bantuan, merasa kesulitan, merasa takut. Perawat khususnya partisipan dalam merawat pasien gangguan jiwa khususnya pasien perilaku kekerasan pada saat-saat tertentu kadang kala tidak mampu melakukan sendiri dalam melaksanakan suatu tindakan keperawatan, sehingga dalam melaksanakan tindakan keperawatan tersebut mereka mencari bantuan ke orang lain untuk melakukan tindakan fiksasi atau mengamankan pasien. Partisipan juga menyatakan bahwa dalam rencana keperawatan untuk pasien perilaku kekerasan ini sudah sesuai dengan SOP yang ada.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sulistyono (2014) didapatkan bahwa partisipan dalam merawat pasien dengan perilaku kekerasan pada saat menghadapi situasi pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan dimana partisipan harus melakukan tindakan fiksasi atau manset mereka untuk mencari bantuan kepada teman dinas atau satpam, hal ini dikarenakan partisipan merasa takut kalau perilaku kekerasan pasien tidak terkontrol dan menyerang petugas. (Sulistyono,2014)

Hasil penelitian ini pernyataan pengalaman partisipan selama menangani pasien dengan perilaku kekerasan sering mendapatkan dampak tindakan kekerasan secara fisik mapun verbal. Tindakan kekerasan yang dilakukan oleh pasien seperti diludahin, dilempar, gelas, dilempar fases, kena cakar, terpukul, narik kancing baju, narik jilbab, serta mematahkan kacamata. Pasien dengan gangguan perilaku kekerasan bisa terjadi pada siapa saja, tidak mengenal siapa dan objeknya. Pasien yang melakukan tindakan kekerasan tidak akan mempedulikan hak orang lain lagi. Siapapun individu yang terlibat dalam peristiwa kekerasan di ruang rawat inap dapat mengalami

tindakan tersebut baik itu perawat,dokter, staf lain dan semua yang bertugas di ruangan rawat inap.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Lisa (2013) Pengalaman Perawat Dalam Merawat Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan menyatakan pasien yang sering kali memperlihatkan perilaku kekerasan yaitu ruang UPIP, sehingga perawat dituntut harus siap kapan saja dalam memberikan intervensi keperawatan kepada pasien perilaku kekerasan bila pasien memperlihatkan tanda dan gejala. Selama perawat menangani pasien dengan resiko perilaku kekerasan sering mengalami tindakan kekerasan secara verbal. Perawat juga menambahkah bahwa tindakan kekerasan secara fisik juga pernah dialami oleh rekan-rekannya yang lain, tetapi tidak terlalu serius sehingga tidak sampai membutuhakan perawatan

Hasil penelitian ini pernyataan perawat dalam menangani pasien PK ketika pasien tersebut susah di arahkan dimana perawat kadang kala timbul respon negatif kepada pasien tersebut, respon negatif yang ditimbulkaan oleh perawat yaitu timbulnya rasa emosi seperti kesel, jengkel namun beberapa perawat juga mengatakan saat menangani pasien PK yaitu harus sabar ada pula yang mengatakan santai ajah.

Hal ini sejalan dengan penelitian Tutik (2013) menunjukkan bahwa tinggi atau rendahnya perilaku prososial perawat dirumah sakit sangat dipengaruhi oleh kematangan emosi. Oleh karena itu setiap perawat didalam melaksanakan aktivitas kerja yang berkaitan dengan pelayanan kepada para pasien yang berobat baik rawat jalan maupun rawat inap memperlukan kematangan emosi agar mampu mengendalikan emosi yang berlebihan.

Hasil penelitian ini pernyataan kurangnya dukungan keluarga pasien dalam pemberian obat seperti minum obat tidak teratur, keluarga kurang care, dan tidak melakukan kontrol dapat memicu kekambuhan perilaku kekerasan pasien sehingga pasien masuk rumah sakit berulang kali.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Emi (2018) ketidakpatuhan terhadap pengobatan antipsikotik merupakan faktor resiko terjadinya perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk meningkatkan pengetahuan keluarga mengenali faktor pencetus perilaku kekerasan sebagai upaya mencegah kekambuhan perilaku kekerasan pasien. (Emi, 2018).

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Perilaku Kekerasan, dihasilkan empat tema yang menggambarkan makna hidup partisipan. Perawat dalam menangani pasien dengan perilaku kekeraan khususnya partisipan kadang kala tidak mampu melakukan sendiri dalam melaksanakan suatu tindakan keperawatan, sehingga partisipan dalam melaksanakan suatu tindakan tersebut mereka mencari bantuan kepada teman dari ruangan lain atau meminta bantuan kepada satpam untuk mengamankan pasien tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

As'ad dan Sucipto. 2010. *Agresi Pasien dan Strategi Coping Perawat. Jurnal Psikologi Indonesia.*

Haryati, Tutik Dwi. "Kematangan emosi, religiusitas dan perilaku prososial perawat di rumah sakit. " Persona: Jurnal Psikologi Indonesia 2,2 (2013).

Iyus, Y. (2009). *Keperawatan Jiwa (edisi revisi).* Bandung: Refika Aditama.

Kandar. 2014. *Efektifitas Tindakan Restrain Pada Pasien Perilaku Kekerasan Yang Menjalani Perawatan Di Unit Pelayanan Intensif Pskiatri (UPIP) RSJ*

Muhits, A., Fardiansyah, A., Mawaddah, N., & Mulyatin. (Agustus 2018). *Hubungan Perilaku Kekerasan Pasien Dengan Stres Perawat di Intansi IPCU RSJ.Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang. Jurnal Ners dan Kebidanan,* Volume 5, No. 2, 137-143.

Penelitian, B., & Kesehatan, P. (2108). *Hasil utama Riskesdas 2018.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Prosiding PPNI II tahun 2014.

Sulistyono, Winarni, I., & Windarwati, H. (2 Mei 2014). *Pengalaman Perawat Dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Yang Disebabkan Halusinasi di Ruang Melati RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Jurnal Ilmu Kesehatan* Vol.2, 20-34.

Wuryaningsih, Emi Wuri; Hamid, Achir Yani S.Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Mencegah Kekambuhan Perilaku kekerasan Pasien Pasca Hospitalisasi RSJ. jurnal keperawatan Jiwa, 2013, 1.2.

Tema 1 : Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Saat Terjadinya Kekambuhan

	Verbatim	Kategori
	P : Untuk pasien perilaku kekerasan ini kak, kan kk belum pernah nih diberikan pelatihan bagaimana kk menanganinya ? "biasanya kita ikuti SOP yah misalnya inih, dinilai kan biasanya kita konsul ke dokter dia menilai kalo memang lebih dari umumnya nanti biasanya diruangan lain itu dikasih ini kalo memang anu.. PK dikasih les hitam tergantung nanti dokternya anukan apa ngasih terapi entah dia diisolasikan atau difiksasi atau dia pindah ke Upip atau juga kadang diinjeksi nanti tergantung dokter lagikan aktis dokternya lagikan gitu… *(P1, Line 56-72)"*	1. Psikosoial 2. Psikoterapi
	P : itu gimana kak cara mengamankanya ? "Kalo disini amankan pasien biasanya tergantung tingkat kgawatdarutannya, seandainya dia sampai berusaha melukai atau merusak benda dirungannya atau memukul teman serungannya itu biasanya kita fiksasi kalo dia cuman hanya sekedar istilahnya hanya marah-marah tidak melakukan tindakan berbahaya kepada siapapun ya kita secara verbal kasih negosisasi aja kita ajak ngobrol jangan lupa kita tenangkan *(P2, Line 98-110)"*	
	P : Untuk pasien PK inikan kak, jika ada pasien yang mengamuk gitu kan kak apa yang perlu dipersiapakan terlebih dulu kak ? "Kalo pasiennya memang dalam kondisi gak komperatif yang gak bisa dibilangin mau gak mau	

	kita fiksasi dengan catatan kita segera kita lapor dokter jaga setelah lapor dokter jaga kita liat instruksi dokter jaga apa biasanya sih acc langsung untuk fiksasi kita liat dan kita lakukan SPO fiksasi *(P3, Line 91-94)"*	
	P : Nah ini kak untuk penanganan pasien perilaku kekerasan kak tahap awal yang perlu disiapkan apa sih kak ? "Pasien PK yah maksudnya gaduh gelisah yah biasanya sih penanganan disini dilakukan disini ketika ruang gelisah itu penuh biasanya kita fiksasi *(P4, Line 95-98)"*	
	P : Kan kk belum pernah diberikan pelatihan jadi gimana sih kak, kk menagani pasien perilaku kekerasan ini kak ? "Awalnya sih kalo misalnya kondisi pasiennya tidak bisa sama sekali mengarahkan biasanya kita masukan ke ruang sefty atau ruangan isolasi kalo di ruangan isolasi atau ruangan sefty itu gak bisa diarahkan sama sekali baru kita telfon BPJPnya untuk lakukan fiksasi agar mengurangi resiko dia mencederai diri maupun lingkungan sekitar *(P5, Line 89-92)"*	
	P : Walupun kaka sudah diberikan pelatihan kak bagaimana sih kaka saat pertama kali menangani pasien PK ini kak ? "….biasanya kita sama-sama untuk mengamankan untuk melakukan fiksasi jika sudah aman biasanya pasiennya kita pindahkan ke ruang UPIP ke ruang pasien gelisah tapi untuk pasien-	

STIKES MUHAMMADIYAH SAMARINDA

	pasien yang lain kita kunci dulu suapaya mereka juga gak terkena imbasnya *(P6, Line 93-95)"*	

Tema 2 Pengalaman Unik Selama Menangani Pasien Perilaku Kekerasan

	Verbatim	**Kategori**
	P : Tapi ada gak kak pengalaman unik-unik saat menangani pasien perilaku kekerasan ? "Yaa.. paling di lempar gelas sama pasien dulu kan ini pasien cewe jadi di sampingnya itu ada minum segala macam di simburnya kita kaget jadinya, kadang di ludahi juga itu paling sering kalo di ludahin sama pasien itu. ada juga yang di lempar sama fases gitu. *(P1, 201-203)"*	Perlakukan tidak menyenangkan
	P : Terus… kak selama kk menangani pasien perilaku kekerasan apakah kk pernah mendapatkan perlakukan fisik gitu kak terhadap pasien ? "ooh.. hahaaa.. sudah gak terhitung hehe… sudah sering, iya sudah sering namanyakan resikonya kalo pasien-pasien beginikan ya mau gimana lagi istilahnyakan dia pasti berusaha menyerang kita intinyakan kitakan berusaha untuk menghindari dari kontak fisik cumankan namanya pasien begini tidak bisa dprediksi namanya terpukul di tendang terludahi tercubit ada aja pasti sudah hehe… sudah sering sih. Paling sering sih di ludahi pasien itu sering sudah *(P2, Line 178-184)"*	

	P : Terus selama kk menangani pasien PK ini kak, apakah kk sudah pernah mengalami perlakuan secara fisik gitu kak dari pasien ? "ya jelas.. namanya pasien inikan macem-macem ketika ada yang dia kumat dia ngelempar pfases, ada yang narik jilbab, narik kancing baju, mematahkan kacamata itu temen-temen sudah ngalamin semua disini gitu.. tiba-tiba kondisi pasiennya awalnya tenang tiba-tiba mengamuk mengedor-gedor ruang perawat sudah sering dialami. *(P3, Line 162-166)"*	
	P : Nah selama kaka menangani pasien perilaku kekerasan ini kak apakah pernah kaka mendapatkan perlakuan fisik dari pasien ? "…nah kebetulan saya pernah sih begitu mengalami pengalaman begitu jadi sudah pernah hampir dipukul eee.. kalo saya sih pada saat itu karna ini yah apa namnya kondisi pasiennya juga ada yang sudah stabil jadi dibantu oleh pasiennya gitu aja sih… *(P4, Line 182-185)"*	
	P : Selama kk menangani pasien PK ini kan kak pernah gak kak mendapatkan perlakuan fisik gitu kak dari pasien ? "Emm… apa ya.. rasanya pernah dulu di Enggang mungkin dulu bukan tertuju sama saya sih.. Cuma waktu itu memang ada pasien amuk pasien PK dia kesel sama salah satu perawat nah kebetulan perawat itu ada disebalah saya terus di depan tu ada teman juga kan, kita di ruang perawat ginilah terus tiba-tiba pasien itu ee.. ngamuk dia lagi kumat kan gaduh gelisahnya gak tau gelasnya itu dapat dari mana di lemapar… *(P5, Line 202-206)"*	

	P : Selama kaka menangani pasien perialku kekerasan ini kak apakah kaka pernah mendapatkan perlakukan secara fisik gitu kak ? "Ouh pernah.. pernah sih biasanya kalo pasien-pasien ngamuk gitu pernah sekali-sekali kena cakar, dipukul, di ludahi itu sering sering sekali kalo pasiennya perempuan *(P6,Line 170-173)"*	

Tema 3 Respon Negatif Perawat Dalam Menangani Pasien PK Ketika Susah Diarahkan

	Verbatim	**Kategori**
	P : Ada gak perasaan emosi saat melakukan tindakan saat pasien teriak-teriak begitu ? "Karna kalo kita bawa emosi ya.. kayak mana yah sakit hati sendiri kali yah hehe.. jadi santai ajah, *(P1, Line 286-289)"*	Perasaan emosi perawat
	P : Itu saat kaka menangani pasien PK gimana ka ada perasaan emosi juga gak kak saat menanganinya ? "eee… biasanya sih saya sih orangnya emosian yah meledak-ledak yah hehe.. tapi saya emosinya sesaat aja, cuman saat itu emosi saat itu juga gak lama mungkin ya ujung-ujungnya kasin juga dengan pasien kadang. *(P2, Line 320-326)"*	
	P : saat kaka menangani pasien PK ini kak ada gak perasaan emosi ka ? "kadang kala tersulut namanya kita manusia biasa kalo pasiennya itu dikasih dengan cara kita	

	kan tiba-tiba pasien gangguan jiwa gak mungkin tiba-tiba kita langsung ikat jadi semua mempunyai step-step pertama kita kasih tau dulu pelan-pelan kita bujuk-bujuk dulu dengan suara halus intonasi yang sangat lembut sampai itu intonasi keras masih saja masih seperti itu mau gak mau baru kita fiksasi, kadang kala kita juga kesel tapi ya namanya pasien seperti itu kita harus maklum-maklum juga, *(P3, Line 256-260)"*	
	P : Terus ada gak ka perasaan emosi saat menangani pasien tersebut ka ? "Terkadang.. terkadang muncul sih apah namanya ee… kalo pasien itu susah diarahkan ya tapikan kita kembali lagi kalo mereka itu pasien gitu.. kalo jengkel wajar ya namanya manusiawi yah.. *(P4, Line 320-324)"*	
	P : Ada gak ka perasaan emosi saat menangani pasien PK ini ka ? "Kalo pasiennya itu susah dikasih tau susah untuk diarahkan gitu.. tapi ya.. gimana yah namanya pasien yah jadi ya harus sabar. *(P5, 272-275)"*	
	P : Perasaan emosi yang seperti apa kaka rasakan ? "Seperti kesel aja sih gak lebih dari itu susah diarahkan pasiennya *(P6, Line 264-266)"*	

Tema 4 Harapan Perawat Kepada Keluarga Setelah Pasien Pulang

	Verbatim	Kategori
	P : Untuk kedepannya bagaimana harapan kakak ? Tentang apa nih, tentang pasien atau rumah Sakit Untuk pasiennya kak ? "Kalo harapannya sih yah.. kalo pasien itu sudah bagus di rumah sakit ini… kalo sudah pulang kerumah itu terjaga minum obatnya terjaga apa sih…kooperatiflah keluarganya menjaga paseinnya *(P1, Line 424-428)"*	Dukungan keluarga
	P : Nah terus apa harapan kaka kedepannya kak untuk pasien PK ini kak ? "iya.. keluarganya lebih kooperatif lah dalam pemeberian obatnya jangan sampai putus, karnakan kebanyakan rata-rata pasien kembali itu karna dia putus obat. *(P2, Line 432-434)"*	
	P : Harapannya kak untuk pasien PK ini gimana kak ? "Ya.. kebanyakan yang saya bilang tadi kebanyakan adalah yang dukungan dari keluarganya kurang jadi jadi obat-obatan tidak dipedulikan pasiennya dalam kondisnya ada masalah juga mungkin gak care sama pasiennya kebanyakan sih karna kekambuhan putusnya obat atau obatnya berenti diminum gitu.. gitu sih harapannya keluarganya lebih care *(P3, Line 441-443)"*	
	P : Apa sih harapannya kaka untuk pasien PK ini kak ? "Ini sih apa yah…. Keluarga lebih kooperatif mengawasi minum obatnya gitu karna kalo	

	obatnya berhasil pasti tidak akan kambuh lagi *(P4, Line 502-505)"*	
	P : Terus apa sih harapan kaka untuk pasien PK ini kak untuk kedepannya ? "…itu sih lebih harapan keluarganya lebih kooperatif dalam pemberian obatnya kontrolnya mungkin lebih perhatianlah pada keluaraganya dia sendiri gitu pada yang mengalami gangguan *(P5, Line 425-427)"*	
	P : Nah terus apa harapan kaka kedepannya kak untuk pasien PK ini kak ? "….biasanya kasusnya gak mau minum obat. Keluarganya merasa pasien yang habis keluar dari rumah sakit umum sudah pulang berarti sudah sembuh obat of, ternyatakan beda perlakuannya pasien fisik dengan pasien gangguan seperti ini obat harus rutin, dukungan keluaraga juga harus care itu sih. Kami juga berharap sih kalo dia sudah pulang itu di kontrol *(P6, Line 436-441)"*	

STIKES MITRA HUSADA SAMARINDA