

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pengetahuan

2.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu dari manusia, yang sekadar menjawab pertanyaan “*what*”, misalnya apa air, apa manusia, apa alam, dan sebagainya (Notoatmojo, 2010). Pengetahuan pada dasarnya terdiri dari sejumlah fakta dan teori yang memungkinkan seseorang untuk dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Dan pengetahuan dapat berkembang menjadi ilmu apabila memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Mempunyai objek kajian
2. Metode pendekatan
3. Disusun secara sistematis
4. Bersifat universal (mendapat pengakuan secara umum) (Notoatmodjo, 2010).

Dalam pengertian lain, pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris atau pengetahuan *aposteriori*. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris tersebut juga dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat, dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Misalnya, seseorang yang

sering dipilih untuk memimpin organisasi dengan sendirinya akan mendapatkan pengetahuan tentang manajemen organisasi (Meliono, Irmayanti, dkk. 2007).

Pengetahuan perawat adalah setiap individu mempunyai tingkat pengetahuan yang berbeda. Perawat perlu mengkaji tingkat pengetahuan lawan bicara pasien, sehingga dalam menyampaikan pesan atau membicarakan topik, perawat dapat menyesuaikan dengan tingkat pengetahuan lawan bicara (Dalami, 2010).

2.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Faktor Internal

a. Umur

Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa.

Menurut Hurlock (2001) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dengan umur yang matang masyarakat mampu berfikir atau mencari informasi kesehatan.

Kriteria umur menurut Hurlock (2001) :

- 1) Dewasa Awal : 18 – 40 tahun
- 2) Dewasa Madya : 41 – 60 tahun
- 3) Dewasa Lanjut : > 60 tahun

b. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan demi mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

Semakin tinggi pendidikan maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut. Tingkat pendidikan dibagi menjadi 3 tingkatan :

1) Pendidikan Rendah

Pendidikan rendah adalah yang telah menamatkan pendidikan di sekolah dasar dan SLTP

2) Pendidikan Sedang

Pendidikan sedang adalah yang telah menamatkan pendidikan di SMA atau SLTA

3) Pendidikan Tinggi

Pendidikan tinggi adalah yang telah menamatkan pendidikan akademi atau perguruan tinggi (Arikunto, 2006).

c. Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga (A. Wawan dan Dewi M, 2010).

Pekerjaan umumnya merupakan kegiatan yang banyak menyita waktu. Dengan pekerjaan yang padat dan banyak menyita waktu mempengaruhi seseorang untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan.

Kriteria pekerjaan menurut Depkes RI (2009) :

- 1) Belum bekerja
- 2) Ibu Rumah Tangga (IRT)
- 3) Pegawai Negeri Sipil (PNS)
- 4) Wiraswasta

2. Faktor Eksternal

a. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

Menurut Ann Mariner yang dikutip dari Nursalam. 3 lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat

mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Suatu lingkungan yang kurang mendapatkan tentang informasi kesehatan.

b. Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi (Wawan dan Dewi M, 2010).

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi kesehatan. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang akan kita ukur adapun pertanyaan yang akan digunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu :

- 1) Pertanyaan subjektif, misal pertanyaan jenis essay.
- 2) Pertanyaan objektif, misalnya pertanyaan pilihan ganda, betul salah, dan pertanyaan menjodohkan.

Dari kedua pertanyaan tersebut, pertanyaan objektif khususnya pertanyaan pilihan ganda lebih disukai untuk dijadikan sebagai alat ukur dalam pengukuran pengetahuan karena akan lebih mudah disesuaikan dalam pengetahuan yang akan diukur dan penilaiannya akan lebih cepat (Arikunto, 2001).

2.1.3 Berbagai Cara Memperoleh Pengetahuan

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

1. Cara Memperoleh Kebenaran Pengetahuan *Nonilmiah*

a. Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Pada waktu itu seseorang apabila menghadapi persoalan atau masalah, upaya pemecahannya dilakukan dengan coba-coba saja. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

b. Secara Kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan. Salah satu contoh adalah penemuan *enzim urease* oleh Summers pada tahun 1926.

c. Cara Kekuasaan (*Otoritas*)

Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintahan, toko agama, maupun ahli ilmu pengetahuan pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama di dalam penemuan pengetahuan. Prinsip inilah, orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa terlebih dulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini disebabkan

karena orang yang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa apa yang dikemukakannya adalah sudah benar.

d. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu, pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan.

e. Cara Akal Sehat (*Common Sense*)

Akal sehat atau common sense kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang para orangtua menghukum anaknya agar mau menuruti nasihatnya. Ternyata cara menghukum anak ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman adalah merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak.

f. Kebiasaan Melalui Wahyu

Ajaran atau *dogma* agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak. Sebab kebenaran ini diterima oleh para Nabi adalah sebagai wahyu dan bukan karena hasil usaha penalaran atau penyelidikan manusia.

g. Kebenaran secara Intuitif

Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia secara cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir.

Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sulit dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan yang sistematis. Kebenaran ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan *intuisi* atau suara hati atau bisikan hati.

h. Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia juga ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya.

i. Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pernyataan yang bersifat umum. Hal ini berarti dalam berfikir induksi pembuatan kesimpulan tersebut berdasarkan pengalaman-pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra. Kemudian disimpulkan ke dalam suatu konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala yaitu bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang konkret kepada hal-hal yang abstrak. Proses berfikir induksi dikelompokkan menjadi dua, yaitu induksi sempurna terjadi bila kesimpulan diperoleh dari penjumlahan dari penjumlahan khusus. Sedangkan proses berfikir induksi tidak sempurna terjadi apabila kesimpulan tersebut diperoleh dari lompatan, dari pernyataan-pernyataan khusus.

j. Deduksi

Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum ke khusus. Aristoteles (384 – 322 SM) mengembangkan cara berfikir

deduksi ini ke dalam suatu bentuk deduksi yang memungkinkan seseorang untuk dapat mencapai kesimpulan yang lebih baik.

2. Cara Ilmiah dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561 - 1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

2.1.4 Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan ini bertujuan untuk mengelompokkan atau individu yang diinginkan, bagaimana individu itu berfikir, berbuat sebagai suatu unit pengetahuan yang telah diberikan. Adapun tingkat pengetahuan tersebut :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham tentang objek atau materi harus dapat menjelaskan dan menyebutkan.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (*real*). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau pengguna hukum-hukum, rumus, metode prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan *justifikasi* atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria- kriteria yang ada (Notoatmodjo, 2003).

2.1.5 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat tes atau kuesioner tentang objek pengetahuan yang mau diukur, selanjutnya tentang isi materi yang ingin di ukur dari subjek penelitian atau responden. Pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas (Notoadmojo, 2005). Cara mengukur tingkat pengetahuan

dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan, kemudian dilakukan penilaian nilai 1 untuk jawaban benar dan nilai untuk jawaban salah. Kemudian digolongkan menjadi 3 kategori yang baik, sedang, kurang. (Khosman, 2000).

2.1.6 Katagori Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006), pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yaitu:

1. Baik : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 76% - 100% dari seluruh pertanyaan
2. Cukup : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan
3. Kurang : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 40% - 55% dari seluruh pertanyaan.

Menurut Syaifudin (2009) Pengetahuan diinterpretasikan dengan cara :

Rumus mean :

$$M = \frac{X}{N}$$

(Sutrisno Hadi, 2004)

Keterangan:

M : Mean

X : Nilai

N : Jumlah subjek (Responden)

Diinterpretasikan dengan skala :

1. Baik : > mean
2. Kurang : < mean.

2.2 Konsep Dasar Sikap

2.2.1 Pengertian Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya bisa ditafsirkan dahulu oleh perilaku tertutup, sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan suatu predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoadmojo, 2009)

Sikap merupakan pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau secara sederhana. Sikap merupakan respon yang telah dikondisikan (Syaifuddin, 2009).

Pada awalnya, istilah sikap di gunakan untuk menunjuk status mental seseorang. Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari individu, selalu di arahkan terhadap suatu hal atau objek tertentu dan sifatnya tertutup. Oleh sebab itu, manifestasi sikap tidak dapat langsung di lihat, namun hanya dapat di tafsirkan dari tingkah laku yang tertutup tersebut. Di samping sikap yang bersifat tertutup, sikap juga bersifat sosial, dalam arti bahwa kita hendaknya dapat beradaptasi dengan orang lain. Sikap menuntun tingkah laku kita sehingga kita akan bertindak sesuai dengan sikap yang kita ekspresikan. Kesadaran individu untuk menentukan tingkah laku nyata dan tingkah laku yang mungkin terjadi itulah yang di namakan sikap.

Individu memiliki sikap terhadap bermacam-macam objek, seperti benda, orang, peristiwa, pemandangan, norma, nilai, lembaga, dan sebagainya. Misalnya, sikap positif seorang pasien terhadap perawat yang memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu adalah menaati segala nasihat dari perawat tersebut.

Sifat individu dan sebagian besar masyarakat membenci tindakan kekerasan yang akhir-akhir ini sering terjadi di masyarakat.

Secara nyata, sikap menunjukkan adanya kesesuaian antar reaksi dan stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap masih merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, bukan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain, sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, namun merupakan suatu kecenderungan untuk bertindak terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut.

2.2.2 Struktur Sikap

Sikap membentuk 3 komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu:

1. Komponen Perceptual (*Komponen kognitif*)

Merupakan komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsikan terhadap objek sikap.

2. Komponen Emosional (*Komponen afektif*)

Yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang terhadap objek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negatif.

3. Komponen Perilaku (*Komponen konatif*)

Yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap objek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas sikap, yaitu menunjukkan besar kecilnya kecenderungan bertindak atau berperilaku terhadap sikap objek (Syarifuddin, 2009).

2.2.3 Faktor-faktor Pembentuk Sikap

Syaifuddin Azwar (2011) mengemukakan bahwa berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap, yaitu :

1. Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadi dapat menjadi dasar pembentukan sikap apabila pengalaman tersebut meninggalkan kesan yang kuat. Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2. Pengaruh Kebudayaan

Kebudayaan dapat memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya. Sebagai akibatnya, tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah.

3. Media Massa

Dalam pemberitaan surat kabar, maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya aktual disampaikan secara obyektif berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

4. Pengaruh Orang Lain yang dianggap Penting

Individu pada umumnya cenderung untuk memiliki sikap yang *konformis* atau searah dengan sikap seseorang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berelisasi dan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

5. Faktor Emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran *frustasi* atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

6. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan. Tidaklah mengherankan apabila pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

2.2.4 Sifat-sifat Sikap

Sifat-sifat sikap ada 2 macam, yaitu :

1. Sikap Positif

Yaitu sikap dengan kecenderungan tindakannya adalah mendekati, menyenangkan, dan mengharapkan objek tertentu.

2. Sikap Negatif

Yaitu sikap yang terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci atau tidak menyukai objek tertentu.

2.2.5 Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari beberapa tingkat (Notoadmojo, 2003) yaitu :

1. Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
2. Merespon memberikan jawaban apabila ditanya, dan mengerjakan tugas yang diberikan merupakan suatu analisis dari sikap.
3. Menghargai mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tinggi.

4. Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

2.2.6 Pengukuran Sikap

Sampai sekarang sudah lebih dari 500 macam metode pengukuran sikap yang muncul (Fishbein dan Ajnen, 1972 dalam Berhm dan Kassir, 1990 dalam Azwar, 2008).

Berikut ini adalah uraian mengenai beberapa diantara banyak metode pengukuran sikap yang secara historik telah dilakukan antara lain :

1. Observasi perilaku untuk mengetahui sikap seseorang terhadap sesuatu kita dapat memperlihatkan perilakunya, sebab perilaku merupakan salah satu indikator sikap individu. Sayangnya perilaku ternyata menjadi indikator yang baik bagi sikap hanya apabila sikap berada pada posisi ekstrim.
2. Menyatakan langsung asumsi yang mendasari metode penanyaan langsung guna pengukuran sikap pertama adalah asumsi bahwa individu merupakan orang yang paling tahu mengenai dirinya sendiri dan kedua adalah asumsi keterusterangan bahwa manusia akan mengemukakan secara terbuka apa yang dirasakannya. Oleh karena itu, dalam metode ini jawaban yang diberdakan oleh mereka yang ditanyai menjadi indikator sikap mereka.
3. Pengungkapan langsung suatu versi metode penanyaan langsung adalah pengungkapan langsung secara tertulis yang dapat dilakukan dengan menggunakan item tunggal maupun dengan menggunakan item ganda. Responden diminta menjawab langsung suatu pertanyaan sikap tertulis dengan memberi tanda setuju atau tidak setuju.

4. Skala sikap berupa kumpulan pertanyaan mengenai suatu objek sikap. Dari responden subjek pada pertanyaan setiap pertanyaan itu kemudian dapat disimpulkan mengenai arah dan intensitas seseorang.

Skala sikap berisi pernyataan-pernyataan sikap, yaitu suatu pernyataan mengenai objek sikap, misalnya bila bermaksud mengungkapkan sikap sekelompok orang terhadap isu renovasi pasar merupakan pernyataan sikap, sedangkan renovasi pasar sendiri merupakan objek sikap. Pernyataan sikap terdiri dari 2 macam yaitu *favorable* (mengandung atau memihak pada objek sikap) dan pernyataan yang *unfevorabel* (tidak mengandung objek sikap) yaitu :

Pernyataan positif diberi skor :

Ss : Sangat setuju (4)

S : Setuju (3)

Td : Tidak setuju (2)

Sts : Sangat tidak setuju (1)

Pernyataan negatif diberi skor :

Ss : Sangat setuju (1)

S : Setuju (2)

Td : Tidak setuju (3)

Sts : Sangat tidak setuju (4)

Kemudian diinterpretasikan dengan rumus :

$$P = \frac{Sp}{Smax} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Prosentase

Sp = Skor pertanyaan

Smax = Skor maksimal

Hasilnya dapat disimpulkan berdasarkan kriteria sebagai berikut :

Mendukung : > 50% dari skor total

Tidak mendukung : < 50% dari skor total.

2.3 Konsep Dasar Perawat

2.3.1 Pengertian Perawat

Menurut Undang-Undang RI. No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya, yang diperoleh melalui pendidikan perawatan.

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien (*Internasional Council of Nursing*, 1965).

2.3.2 Pendidikan Keperawatan

Salah satu ciri profesionalisme keperawatan adalah adanya pohon ibu dan pendidikan tinggi keperawatan. Pendidikan keperawatan diselenggarakan berdasarkan kepada kebutuhan akan pelayanan keperawatan, seperti yang tercantum dalam undang-undang kesehatan No 23/1992/pasal 32 ayat 3 dan 4 yang antara lain menyebutkan bahwa pengobatan atau perawatan serta pelaksanaannya dapat dilakukan.

Pendidikan keperawatan di Indonesia mengacu kepada UU No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Jenis pendidikan keperawatan di Indonesia mencakup.

1. Pendidikan Vokasional

Yaitu jenis pendidikan diploma sesuai dengan jenjangnya untuk memiliki keahlian ilmu terapan keperawatan yang diakui oleh pemerintah Republik Indonesia.

2. Pendidikan Akademik

Yaitu pendidikan tinggi program sarjana dan pasca sarjana yang diarahkan terutama pada penguasaan disiplin ilmu pengetahuan tertentu.

3. Pendidikan Profesi

Yaitu pendidikan tinggi setelah program sarjana yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan persyaratan keahlian khusus. Sedangkan jenjang pendidikan keperawatan mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis dan doktor. Sesuai dengan amanah UU Sisdiknas No.20 Tahun 2003 tersebut Organisasi Profesi yaitu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Asosiasi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI), bersama dukungan dari Kementerian Pendidikan Nasional (Kemendiknas), telah menyusun dan memperbaharui kelengkapan sebagai suatu profesi. Perkembangan pendidikan keperawatan sungguh sangat panjang dengan berbagai dinamika perkembangan pendidikan di Indonesia, tetapi sejak tahun 1983 saat deklarasi dan kongres Nasional pendidikan keperawatan Indonesia yang dikawal oleh PPNI dan diikuti oleh seluruh komponen keperawatan Indonesia, serta dukungan penuh dari pemerintah kemendiknas

dan kemkes saat itu serta difasilitasi oleh Konsorsium Pendidikan Ilmu kesehatan saat itu, sepakat bahwa pendidikan keperawatan Indonesia adalah pendidikan profesi dan oleh karena itu harus berada pada pendidikan jenjang tinggi dan sejak itu pula mulai dikaji dan dirangcang suatu bentuk pendidikan keperawatan Indonesia yang pertama yaitu di Universitas Indonesia yang program pertamanya dibuka tahun 1985.

Sejak 2008 PPNI, AIPNI dan dukungan serta bekerjasama dengan Kemendiknas melalui project *health profession educational quality* (HPEQ), memperbaharui dan menyusun kembali Standar Kompetensi Perawat Indonesia, Naskah Akademik Pendidikan Keperawatan Indonesia, Standar Pendidikan Ners, standar borang akreditasi pendidikan ners Indonesia. Dan semua standar tersebut mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 8 tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) dan saat ini sudah diselesaikan menjadi dokumen negara yang berkaitan dengan arah dan kebijakan tentang pendidikan keperawatan Indonesia.

Standar-standar yang dimaksud diatas juga mengacu pada perkembangan keilmuan keperawatan, perkembangan dunia kerja yang selalu berubah, dibawah ini sekilas saya sampaikan beberapa hal yang tertulis dalam dokumen naskah akademik pendidikan keperawatan, yang berkaitan dengan Jenis, jenjang, gelar akademik dan level KKNI.

Jenjang pendidikan tinggi keperawatan Indonesia dan sebutan gelar :

1. Pendidikan jenjang Diploma Tiga keperawatan lulusannya mendapat sebutan Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)

2. Pendidikan jenjang Ners (Nurse) yaitu (Sarjana+Profesi), lulusannya mendapat sebutan Ners (Nurse), sebutan gelarnya (Ns)
 3. Pendidikan jenjang Magister Keperawatan, Lulusannya mendapat gelar (M. Kep)
 4. Pendidikan jenjang Spesialis Keperawatan, terdiri dari:
 - a) Spesialis Keperawatan Medikal Bedah, lulusannya (Sp. KMB)
 - b) Spesialis Keperawatan Maternitas, Lulusannya (Sp. Kep. Mat)
 - c) Spesialis Keperawatan Komunitas, Lulusannya (Sp. Kep. Kom)
 - d) Spesialis Keperawatan Anak, Lulusannya (Sp. Kep. Anak)
 - e) Spesialis Keperawatan Jiwa, Lulusannya (Sp. Kep. Jiwa)
 5. Pendidikan jenjang Doktor Keperawatan, Lulusannya (Dr. Kep)
- Lulusan pendidikan tinggi keperawatan sesuai dengan level KKNI, adalah sebagai berikut :
- a) Diploma tiga Keperawatan - Level KKNI 5
 - b) Ners (Sarjana+Ners) - Level KKNI 7
 - c) Magister keperawatan - Level KKNI 8
 - d) Ners Spesialis Keperawatan - Level KKNI 8
 - e) Doktor keperawatan - Level KKNI 9

2.3.3 Peran Perawat

Menurut Weiss (1947) yang dikutip Stuart Sundeen dalam *Principles and Practice of Psychiatric Nursing Care (1995)*, peran perawat adalah sebagai *Attitude Therapy*, yakni :

1. Mengobservasi perubahan, baik kecil atau menetap yang terjadi pada klien.
2. Mendemonstrasikan penerimaan.

3. Respek.
4. Memahami klien.
5. Mempromosikan ketertarikan klien dan berpartisipasi dalam interaksi.

Sedangkan menurut Peplau, peran perawat meliputi :

1. Sebagai pendidik
2. Sebagai pemimpin di dalam situasi yang bersifat lokal, nasional, dan internasional
3. Sebagai “*surrogate parent*”
4. Sebagai konselor.

Dan sebagai tambahan peran perawat adalah :

1. Bekerja sama dengan lembaga kesehatan mental.
2. Konsultasi dengan yayasan kesejahteraan.
3. Memberikan pelayanan kepada klien di luar klinik.
4. Aktif melakukan penelitian.
5. Membantu pendidikan masyarakat.

Peran perawat harus mempunyai cukup pengetahuan tentang strategi psikofarmakologis yang tersedia, tetapi informasi ini harus digunakan sebagai satu bagian dari pendekatan holistik pada asuhan pasien. Peran perawat meliputi yaitu : pengkajian pasien, koordinasi modalitas terapi, pemberian agens psikofarmakologis, pemantauan efek obat, penyuluhan pasien, program rumutan obat (Stuart, 2007).

Peran adalah tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam sistem, dimana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan

yang bersifat konstan. Peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan 1989 terdiri dari peran sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat pasien, pendidik, koordinator, kolabolator, konsultan dan peneliti. Berikut ini dapat diuraikan peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1999 adalah sebagai berikut :

1. Peran sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan

Peran ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya.

2. Peran sebagai Advokat Pasien

Peran ini dapat dilakukan perawat dalam membantu pasien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

3. Peran Edukator

Peran ini dilakukan dengan membantu pasien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan

sehingga terjadi perubahan perilaku dari pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4. Peran Koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

5. Peran Kolaborator

Peran perawat disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam pembentukan bentuk pelayanan selanjutnya.

6. Peran Konsultan

Peran disini sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan pasien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

7. Peran Pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan sistematis, dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

2.3.4 Fungsi Perawat

Fungsi perawat merupakan suatu pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi tersebut dapat berubah disesuaikan dengan keadaan yang ada. Dalam menjalankan perannya, perawat akan melaksanakan sebagai fungsi

diantaranya : fungsi independen, fungsi dependen dan fungsi interdependen. Berikut di bawah ini akan diuraikan fungsi perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 adalah sebagai berikut :

1. Fungsi *Independen*

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dalam melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis, keamanan dan kenyamanan, kebutuhan cinta mencintai, kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

2. Fungsi *Dependen*

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum.

3. Fungsi *Interdependen*

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan diantara tim satu dengan lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerjasama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter atau tim lainnya seperti dokter dalam memberikan tindakan pengobatan bekerja sama dengan perawat dalam pemantauan reaksi obat yang telah diberikan.

2.4 Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa

2.4.1 Pengertian Keperawatan Kesehatan Jiwa

Menurut *American Nurses Associations* (ANA) keperawatan jiwa adalah area khusus dalam praktek keperawatan yang menggunakan ilmu tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat dimana klien berada (*American Nurses Associations*). Pengertian ANA tersebut lebih memfokuskan pada spesifikasi bidang ilmu keperawatan jiwa (area khusus). Ilmu keperawatan terbagi menjadi beberapa cabang dan spesifikasi seperti keperawatan anak (*pediatric nursing*), keperawatan bedah (*medical surgical nursing*), keperawatan komunitas (*community nursing*), dan sebagainya. Masing-masing spesifikasi memiliki dasar keilmuan dan bidang kajian yang khas untuk memperkaya batang tubuh ilmunya (*body of knowledge*), misalnya untuk keperawatan jiwa lebih banyak dilandasi ilmu-ilmu perilaku seperti psikologi, sosiologi, dan komunikasi.

Fokus selanjutnya adalah penggunaan diri sendiri secara terapeutik, artinya perawat jiwa membutuhkan alat atau media untuk melakukan perawatan. Alat yang digunakan selain keterampilan teknik dan alat-alat klinik, yang terpenting adalah menggunakan dirinya sendiri (*use self therapeutic*) bahasa (*language*), tatapan mata (*eye*), pendengaran (*listening*), sentuhan (*touching*), nada suara (*vocalization*), dan sebagainya.

Menurut Caroline dalam *Basic Nursing, 1999. Mental health nursing skill care of clients with deviations in mental health, however provides a challenging opportunity for nurses to use these ability fully, must be emotionally available,*

able to listen, non punishing, supportive, understanding, and encouraging (Keahlian perawatan kesehatan mental adalah merawat seseorang dengan penyimpangan mental, dimana memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengoptimalkan kemampuannya, harus peka, memiliki kemampuan untuk mendengar, tidak hanya menyalahkan, memberikan penguatan atau dukungan, memahami dan memberikan dorongan).

Definisi diatas tersebut lebih memfokuskan pada syarat-syarat keahlian (*skill*) seorang perawat jiwa yaitu peka atau sensitif, kemampuan mendengar, memberi penguatan. Memahami dan memberikan dorongan. Pada prinsipnya semua pasien gangguan jiwa memiliki tiga hal berikut yaitu : tidak tahu, tidak mau, dan tidak mampu. Tugas perawat adalah menambah pengetahuannya dengan harapan berubah perilakunya atau menjadi termotivasi. Misalnya, menjelaskan manfaat mandi bagi kesehatan, manfaat berpikir positif, manfaat menjalin hubungan yang harmonis dengan sesama atau memberikan dorongan agar tetap berusaha, menambah ilmu, dan berdoa. Contoh lain perawat berusaha melatih klien berbicara sesuai kenyataan (*assertif*), melatih relaksasi (*occupational therapy*), melatih optimis dan sebagainya, hal tersebut sangat penting untuk memperkuat klien dalam menghadapi berbagai stressor. Hal lain adalah pentingnya *Expression Feeling* bagi klien untuk menyampaikan konflik psikisnya. Peran perawat adalah menjadi pendengar yang baik yang dikenal dengan teknik *komter listening*.

2.4.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Jiwa

1. Faktor Internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri seseorang seperti sifat, bakat, keturunan dan sebagainya.

- a. Contoh sifat yaitu seperti sifat jahat, baik, pemaarah, dengki, iri, pemalu, pemberani, dan lain sebagainya.
- b. Contoh bakat yakni misalnya bakat melukis, bermain musik, menciptakan lagu, akting, dan lain-lain.
- c. Sedangkan aspek keturunan seperti turunan emosi, intelegualitas, potensi diri, dan sebagainya.

2. Faktor Eksternal

- a. Faktor eksternal merupakan faktor yang berada di luar diri seseorang yang dapat mempengaruhi mental seseorang.
- b. Lingkungan eksternal yang paling dekat dengan seorang manusia adalah keluarga seperti orang tua, anak, istri, kakak, adik, kakek-nenek, dan masih banyak lagi lainnya.
- c. Faktor luar lain yang berpengaruh yaitu seperti hukum, politik, sosial budaya, agama, pemerintah, pendidikan, pekerjaan, masyarakat, dan sebagainya.
- d. Faktor eksternal yang baik dapat menjaga mental seseorang, namun faktor eksternal yang buruk atau tidak baik dapat berpotensi menimbulkan mental tidak sehat.

2.4.3 Konsep Model Perawatan Kesehatan Jiwa

1. Model Psiko Analisa

Merupakan model yang pertama dikemukakan oleh Sigmund Freud yang meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa berhubungan pada perkembangan pada masa anak.

2. Model Interpersonal

Model ini diperkenalkan oleh Harry Stack Sullivan. Sebagai tambahan mengembangkan teori interpersonal keperawatan. Teori ini meyakini bahwa perilaku berkembang dari hubungan interpersonal.

3. Model Sosial

Menurut Caplain situasi sosial dapat mencetuskan gangguan jiwa. Teori ini mengemukakan pandangan sosial terhadap perilaku bahwa faktor sosial dan lingkungan menciptakan stress yang menyebabkan *ansietas* yang akan menimbulkan perilaku menyimpang.

4. Model Eksistensi

Teori ini mengemukakan bahwa penyimpangan perilaku terjadi jika individu putus hubungan dengan dirinya dan lingkungannya. Keasingan diri dari lingkungan dapat terjadi karena hambatan pada diri individu. Individu merasa putus asa, sedih, sepi, kurangnya kesadaran diri yang mencegah partisipasi dan penghargaan pada hubungan dengan orang lain. Klien sudah kehilangan atau tidak mungkin menemukan nilai-nilai yang memberi arti pada eksistensinya.

5. Model Komunikasi

Teori ini menyatakan bahwa gangguan perilaku terjadi apabila pasien tidak dikomunikasikan dengan jelas. Bahasa dapat digunakan merusak makna, pesan

dapat pula tersampaikan mungkin tidak selaras. Fase komunikasi ada 4 yaitu : pre interaksi, orientasi, kerja dan terminasi.

6. Model Perilaku

Dikembangkan oleh H. J Eysenk, J. Wolpe dan B. F Skinner. Teori ini meyakini bahwa perubahan perilaku akan mengubah kognitif dan afektif.

7. Model *Medical*

Penyimpangan perilaku merupakan manifestasi gangguan sistem saraf pusat. Dicurigai bahwa depresi dan *skrizofenia* dipengaruhi oleh transmisi dan lingkungan diperhitungkan sebagai faktor pencetus.

8. Model Keperawatan

Teori ini mempunyai pandangan bahwa aspek berfokus pada respon individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial dengan model pendekatan berdasarkan teori sistem, teori perkembangan, teori interaksi, pendekatan holistik, teori keperawatan. Fokus pada rentang sehat sakit, teori dasar keperawatan, dan hasil tindakan (Wahyu dkk, 2009).

2.4.4 Peran dan Fungsi Perawat Kesehatan Jiwa

Keperawatan kesehatan jiwa merupakan proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang mendukung pada fungsi yang terintegrasi sehingga sanggup mengembangkan diri secara wajar dan dapat melakukan fungsinya dengan baik, sanggup menjalankan tugasnya sehari-hari sebagaimana semestinya.

Dalam upaya mengembangkan pelayanan keperawatan jiwa, perawat sangat penting, untuk mengetahui dan meyakini akan peran dan fungsinya, serta

memahami beberapa konsep dasar yang berhubungan dengan asuhan keperawatan jiwa.

Para perawat kesehatan jiwa mempunyai peran yang bervariasi dan spesifik. Aspek dari peran tersebut meliputi kemandirian dan kolaborasi.

1. Pelaksana Asuhan Keperawatan

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 serta gangguan jiwa dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan komunitas. Perawat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan jiwa, yaitu pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi terhadap tindakan tersebut.

2. Pelaksana Pendidikan Keperawatan

Perawat memberi pendidikan kesehatan jiwa kepada individu, keluarga dan komunitas agar mampu melakukan perawatan pada diri sendiri, anggota keluarga dan anggota masyarakat lain. Pada akhirnya diharapkan setiap anggota masyarakat bertanggung jawab terhadap kesehatan jiwa.

3. Pengelola Keperawatan

Perawat harus menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan jiwa.

- a. Menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan dalam mengelola asuhan keperawatan jiwa.

- b. Menggunakan berbagai strategi perubahan yang diperlukan dalam mengelola asuhan keperawatan jiwa.
- c. Berperan serta aktifitas pengelolaan kasus seperti mengorganisasi, koordinasi, dan mengintegrasikan pelayanan serta perbaikan bagi individu maupun keluarga.
- d. Mengorganisasi pelaksanaan berbagai terapi modalitas keperawatan.

4. Pelaksana Penelitian

Perawat mengidentifikasi masalah dalam bidang keperawatan jiwa dan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu dan teknologi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan (Dalami, 2010).

2.5 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.5.1 Pengertian Perilaku Kekerasan

Kekerasan adalah perbuatan yang dapat berupa fisik maupun non fisik, dilakukan secara aktif maupun dengan cara pasif (tidak berbuat), dikehendaki oleh pelaku, dan ada akibat yang merugikan pada korban (fisik atau psikis) yang tidak dikendaki oleh pasien. Kekerasan bisa berupa tindakan kekerasan fisik atau kekerasan psikologi (Komnas Perempuan, 2007).

Kekerasan merupakan gejala seseorang mengidap gangguan jiwa. Kekerasan juga merupakan tindakan agresi dan pelanggaran (penyiksaan, pemukulan, pemerkosaan, dan lain-lain) yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, dan hingga batas tertentu tindakan menyakiti binatang dapat dianggap sebagai kekerasan, tergantung pada situasi dan nilai-nilai sosial yang terkait dengan kekejaman terhadap binatang. Istilah "kekerasan" juga mengandung kecenderungan *agresif*

untuk melakukan perilaku yang merusak. Kerusakan harta benda biasanya dianggap masalah kecil dibandingkan dengan kekerasan terhadap orang.

Pengertian perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Berikut definisi perilaku kekerasan :

Perilaku kekerasan adalah nyata melakukan kekerasan, ditujukan pada diri sendiri atau orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan (Depkes RI, 2006).

Pengertian Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Budianna Kelliat, 2004).

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Berkowitz, 1993).

Kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman oleh individu.

Patricia D. Barry (1998 : 140), menyatakan : *Agression : An emotion compounded of frustration and hate or rage. It is an emotion deeply rooted in every one of us, a vital part of our emotional being that must be either projected outward on the environment or inward, destructively, on the self.*

Suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah. Hal ini didasari keadaan emosi secara mendalam dari setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional kita yang dapat diproyeksikan ke lingkungan, ke dalam diri atau secara destruktif. Agresi berkaitan dengan trauma pada masa anak pada saat merasa lapar, kedinginan, basah, atau merasa tidak nyaman. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi secara terus-menerus, maka ia akan menampilkan reaksi berupa menangis, kejang, atau kontraksi otot, perubahan ekspresi warna kulit, bahkan mencoba menahan napasnya. Setelah anak berkembang dewasa ia akan menampilkan reaksi yang lebih keras pada saat kebutuhan-kebutuhannya tidak terpenuhi. Seperti *temper tantrum*, melempar, menjerit, menahan napas, mencakar, merusak atau bersikap *agresif* pada bonekanya. Bila *reward and punishment* tidak dilakukan maka ia cenderung menganggap perbuatan tersebut benar.

Bila kontrol lingkungan seputar anak tidak berfungsi, maka reaksi agresi tersebut bertambah kuat sampai dewasa. Sehingga apabila ia merasa benci atau frustrasi dalam mencapai tujuannya ia akan bertindak agresif. Hal ini akan bertambah apabila ia merasa kehilangan orang-orang yang dicintai dan orang-orang yang berarti. Tapi pelan-pelan ia akan belajar mengontrol dirinya dengan norma dan etika dari dalam dirinya yang dia adopsi dari pendidikan dan lingkungan sekitarnya. Ia akan belajar mana yang baik dan mana yang tidak baik. Sehingga pola asuh dan orang-orang terdekat sekitar lingkungan akan sangat berarti. Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan (panik). Perilaku *agresif* dan perilaku kekerasan itu sendiri sering

dipandang sebagai rentang, dimana agresif verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) di sisi lain.

Penanganan perawat pada perilaku kekerasan dapat menggunakan pendekatan rentang rencana keperawatan mulai dari strategi pencegahan sampai dengan strategi pengontrolan. Pada strategi pencegahan dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan, kesadaran diri, komunikasi verbal dan non verbal, perubahan lingkungan, intervensi perilaku dan penggunaan psikofarmaka (Riyadi, 2009).

Perawat yang bekerja di tempat-tempat seperti ruang emergensi, area perawatan kritis, dan pusat trauma, sering merawat klien-klien yang mengamuk dan berperilaku yang membahayakan dirinya sendiri, orang lain, dan petugas kesehatan. Oleh karena itu, sangat penting bagi perawat memiliki ketrampilan untuk menanganinya. Klien yang diterima di unit psikiatri, biasanya dalam keadaan krisis karena koping mereka sudah tidak efektif. Selama masa-masa stress klien, sering terjadi perilaku *agresif* atau melukai. Sebagai perawat jiwa, tentunya waktunya lebih banyak dihabiskan bersama klien-klien seperti ini dibandingkan dengan profesi lain. Hal ini lebih memungkinkan perawat-perawat jiwa dilibatkan dalam pencegahan dan penanganan perilaku *agresif*. Namun lebih beresiko pula menjadi korban dari perilaku klien. Perawat perlu berkomunikasi dengan klien untuk memahami kejadian apa yang dianggapnya telah membuat dirinya marah. Kita tahu bahwa marah hanyalah salah satu kemungkinan respon emosional dan stressor internal atau eksternal (beberapa orang meresponnya dengan depresi atau menarik diri).

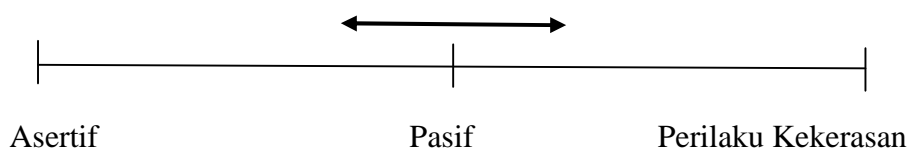
Umumnya klien dengan perilaku kekerasan dibawa dengan paksa ke rumah sakit jiwa. Sering tampak klien diikat secara tidak manusiawi disertai bentakan dan “pengawalan” oleh sejumlah anggota keluarga bahkan polisi. Perilaku kekerasan seperti memukul anggota keluarga atau orang lain, merusak alat rumah tangga dan marah-marah merupakan alasan utama yang paling banyak dikemukakan oleh keluarga. Penanganan yang dilakukan oleh keluarga belum memadai sehingga selama perawatan klien sekeluarga mendapat pendidikan kesehatan tentang cara merawat klien (manajemen perilaku kekerasan).

2.5.2 Rentang Respon Marah

Respon marah berfluktuasi sepanjang respon *adaptif* dan *maladaptif*

Respon adaptif

Respon maladaptif



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Berdasarkan gambar 2.1 diatas dapat dijelaskan bahwa dalam setiap orang terdapat kapasitas untuk berperilaku *pasif*, *asertif* dan *agresif* atau perilaku kekerasan (Stuart dan Laraia, 2005).

1. Perilaku *Asertif*

Merupakan perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain sehingga perilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.

2. Perilaku *Pasif*

Merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu ancaman nyata.

3. Perilaku Kekerasan(*Agresif*)

Merupakan hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan (panik). Stress, cemas, harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan kemarahan yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan. Respon rasa marah bisa diekspresikan secara eksternal (perilaku kekerasan) maupun internal (depresi dan penyakit fisik). Mengekspresikan marah dengan perilaku konstruktif, menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain, akan memberikan perasaan lega, apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku kekerasan biasanya dilakukan individu karena ia merasa kuat. Cara demikian tidak menyelesaikan masalah, bahkan dapat menimbulkan kemarahan berkepanjangan dan perilaku destruktif. Perilaku yang tidak asertif seperti menekan perasaan marah dilakukan individu seperti pura-pura tidak marah atau melarikan diri dari perasaan marahnya sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan suatu saat akan menimbulkan perasaan destruktif yang ditunjukkan kepada diri sendiri.

Tabel 2.2 Perbandingan Perilaku *Asertif*, *Pasif* dan *Agresif*

<i>Aspek</i>	<i>Asertif</i>	<i>Pasif</i>	<i>Agresif</i>
Isi pembicaraan	Positif menawarkan diri ("Saya dapat", "Saya akan".)	Negatif, merendahkan diri ("Dapatkah saya ?") ("Dapatkah kamu ?")	Menyombongkan diri, merendahkan orang lain ("Kamu selalu", "kamu tidak

<i>Aspek</i>	<i>Asertif</i>	<i>Pasif</i>	<i>Agresif</i>
			pernah”).
Tekanan suara	Sedang	Cepat, lambat, mengeluh	Keras, ngotot
Posisi badan	Tegap dan santai	Menundukkan kepala	Kaku condong kedepan
Jarak	Mempertahankan jarak yang nyaman	Menjaga jarak dengan sikap acuh atau.	Sikap dengan jarak akan menyerang orang Lain
Penampilan	Sikap tenang	Loyo, tidak dapat tenang	Mengancam, posisi menyerang.
Kontak mata	Memertahankan kontak mata sesuai dengan hubungan yang berlangsung.	Sedikit atau sama sekali tidak.	Mata melotot dan dipertahankan.

Sumber: Stuart dan Laria (2005)

2.5.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

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

1. Fisik

- a. Muka merah dan tegang
- b. Mata melotot atau pandangan tajam
- c. Tangan mengepal
- d. Rahang mengatup
- e. wajah memerah dan tegang
- f. Postur tubuh kaku
- g. Jalan mondar-mandir
- h. postur tubuh kaku
- i. Mengatupkan rahang dengan kuat
- j. Pandangan tajam.

2. Verbal

- a. Bicara kasar
- b. Suara tinggi, memebentak atau berteriak
- c. Mengancam secara verbal atau fisik
- d. Mengumpat dengan kata-kata kotor
- e. Suara keras
- f. Ketus.

3. Perilaku

- a. Melempar atau memukul benda atau orang lain
- b. Menyerang orang lain
- c. Melukai diri sendiri atau orang lain
- d. Merusak lingkungan
- e. Amuk atau 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, sarkasme.

6. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

7. Sosial

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

8. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

2.5.4 Faktor-faktor yang Menyebabkan Perilaku Kekerasan

1. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor yang mendukung terjadinya masalah kekerasan adalah faktor biologis, psikologis dan sosiokultural.

a. Faktor Biologis

1) Teori Dorongan Naluri (*Instinctual Drive Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.

2) Teori Psikosomatik (*Psychosomatic Theory*)

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini sistem *limbik* berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b. Faktor Psikologis

1) Teori Agresif Frustrasi (*Frustration Aggression Theory*)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau menghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku *agresif* karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

2) Teori Perilaku (*Behavior Theory*)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung.

3) Teori Eksistensi (*Eksisensial Theory*)

Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan memenuhinya melalui berperilaku *destruktif*.

c. Faktor Sosiokultural

1) Teori Lingkungan Sosial (*Social Environment Theory*)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dalam mendukung individu untuk merespon *asertif* atau *agresif*.

2) Teori Belajar Sosial (*Social Learning Theory*)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

d. Faktor Presipitasi

Stressor mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar (serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain) maupun dalam (putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain). Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

e. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti “*Displacement*”, *sublimasi*, *proyeksi*, *represi*, *denial* dan *reaksi formasi*.

2.5.5 Macam–macam Perilaku Kekerasan

1. Menyerang atau Menghindar (*Fight or Flight*)

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan TD (tekanan darah) meningkat, *takikardia*, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi Hcl (*hydrochloric acid*) meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot, seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara Asertif (*Assertiveness*)

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku *pasif*, *agresif* dan *asertif*. Perilaku *asertif* adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan rasa marah tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Di samping itu perilaku ini dapat juga untuk mengembangkan diri klien.

3. Memberontak (*Acting Out*)

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku “*Acting Out*” untuk menarik perhatian orang lain.

4. Perilaku Kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

2.5.6 Penatalaksanaan Pasien Perilaku Kekerasan

1. Terapi Lingkungan

Begitu pentingnya bagi perawat untuk mempertimbangkan lingkungan bagi semua klien ketika mencoba mengurangi atau menghilangkan *agresif*. Aktivitas atau kelompok yang direncanakan seperti permainan kartu, menonton, dan mendiskusikan sebuah film, atau diskusi informal memberikan klien kesempatan untuk membicarakan peristiwa atau isu ketika klien tenang. Aktivitas juga melibatkan klien dalam proses terapeutik dan meminimalkan kebosanan. Penjadwalan interaksi satu-satu dengan klien menunjukkan perhatian perawat yang tulus terhadap klien dan kesiapan untuk mendengarkan masalah, pikiran serta perasaan klien. Mengetahui apa yang diharapkan dapat meningkatkan rasa aman klien (Videbeck, 2001).

2. Terapi Kelompok

Pada terapi kelompok, klien berpartisipasi dalam sesi bersama kelompok individu. Para anggota kelompok bertujuan sama dan diharapkan memberi kontribusi kepada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapatkan bantuan dari yang lain. Peraturan kelompok ditetapkan dan harus dipatuhi oleh semua anggota kelompok. Dengan menjadi anggota kelompok klien dapat mempelajari cara baru memandang masalah atau cara coping atau menyelesaikan masalah dan juga membantunya mempelajari ketrampilan intrapersonal yang penting (Videbeck, 2001).

3. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan klien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga mempengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang *maladaptive*, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga (Steinglass, 1995 dalam Videbeck, 2001)

4. Terapi Individual

Psikoterapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan individu dengan cara pengkajian perasaan, sikap, cara pikir, dan perilakunya. Terapi ini memiliki hubungan personal antara ahli terapi dan klien. Tujuan dari terapi individu yaitu, memahami diri dan perilaku mereka sendiri, membuat hubungan interpersonal, atau berusaha lepas dari sakit hati atau ketidakbahagiaan (Videbeck, 2001).

2.6 Konsep Dasar Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengertian Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik atas semua warkat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum (Hidayat, 2001). Sedangkan dokumentasi asuhan keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dan tanggung jawab perawat (Hidayat, 2001).

2.6.2 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Menurut Nursalam (2001), mengatakan bahwa tujuan dari dokumentasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Mengkonfirmasi data pada semua anggota tim kesehatan
 - a. Untuk menghindari salah informasi atau pengertian
 - b. Untuk menghindari pengulangan tindakan
 - c. Untuk mempersempit jarak antar anggota lain
 - d. Untuk menghindari klien merasa tidak aman karena ditanya hal yang sama berulang-ulang.
2. Memberikan bukti untuk tujuan evaluasi asuhan keperawatan
3. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat
4. Sebagai metode pengembangan ilmu keperawatan.

2.6.3 Fungsi Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Hidayat (2001) mengatakan bahwa, dokumentasi asuhan keperawatan merupakan tuntutan profesi yang harus dipertanggungjawabkan, baik dari aspek etik maupun aspek hukum. Artinya dokumentasi asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan dari kedua aspek ini berkaitan erat dengan aspek manajerial, yang di satu sisi melindungi pasien sebagai penerima pelayanan (konsumen) dan sisi lain melindungi perawat sebagai pemberi jasa pelayanan dan asuhan keperawatan.

Dokumentasi menurut Nursalam (2001) mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek :

1. Aspek Hukum

Semua catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan setiap saat. Dokumentasi dapat digunakan sebagai barang bukti dipengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, dan obyektif dan ditanda tangani oleh perawat serta tanggal.

2. Aspek Jaminan Mutu

Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Hal ini tentunya akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

3. Aspek Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat akan bisa melihat catatan yang ada sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, serta dapat pula :

- a. Meningkatkan koordinasi dan kesinambungan pelayanan
- b. Saling melengkapi pelayanan.
- c. Menghindari, mengurangi kealpaan dan tumpang tindih.
- d. Dapat mengetahui apa yang telah dilakukan oleh anggota tim lain.

4. Aspek Keuangan

Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan dicatat dengan lengkap sehingga dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam menentukan biaya keperawatan pasien.

5. Aspek Pendidikan

Dokumentasi asuhan keperawatan memiliki nilai pendidikan, karena isinya mengandung kronologis dan kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan referensi.

6. Aspek Penelitian

Dokumentasi asuhan keperawatan memiliki nilai penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek riset.

7. Aspek Akreditasi

Melalui dokumentasi asuhan keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu, juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat karir tertentu.

2.6.4 Prinsip-prinsip Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

1. Jangan menghapus menggunakan tip-ex atau mencatat tulisan yang salah ketika mencatat cara yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu di paraf kemudian tulis catatan yang benar.

2. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
3. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.
4. Catatan harus akurat teliti dan reliable, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja.
5. Jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horisontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
6. Semua catatan harus bisa dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
7. Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, karena jika perawat melakukan tindakan di luar batas kewenangannya dapat di tuntutan.
- 8 Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
9. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik) , karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi bersifat terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
10. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan

harus obyektif, komprehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.

2.6.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Menurut Hidayat (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan adalah :

1. Faktor sosial

- a. Pengakuan atau penghargaan, baik berupa material maupun non material yang adil dan layak kepada perawat sebagai balasan atas kontribusi mereka terhadap pencapaian tujuan pendokumentasian.
- b. Reward gaji yang kurang menyebabkan mempengaruhi motivasi perawat dalam memberikan asuhan.
- c. Perilaku merupakan salah satu faktor dalam terlaksananya tugas sebaik mungkin yang diberikan oleh pimpinan.

2. Praktek profesional

- a. Keterampilan kemampuan dokumentasi yang lengkap dan benar sesuai standar, menggambarkan profesionalisasi perawat. Faktor internal dari perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu :
 - 1) Menurut Verner dan Davison yang dikutip oleh Lunardi dalam Notoadmojo (2003) dengan bertambahnya usia akan mempengaruhi tingkat pengelihatn, persepsi maupun kemampuan seseorang didalam menerima informasi. Sehingga akan mempengaruhi pengambilan keputusan. Ahmadi (2002) menyebutkan bahwa usia berhubungan dengan sifat kedewasaan dan akan berdampak pada tanggung jawab.

Usia lebih dewasa umumnya lebih bertanggung jawab, lebih tertib, lebih teliti, lebih bermoral dan lebih berbakti daripada usia muda.

2) Jenis kelamin

Money dan Ehrhardt (1972) dalam Priharjo (2003) menunjukkan kromosom seks diturunkan dari orangtua, perkembangan dari testis maupun ovarium, sekresi dari hormon pria dan wanita semuanya terlibat dalam proses perkembangan yang kompleks yang mengarah pada pembentukan jenis kelamin saat lahir.

Menurut BPPSDM Depkes (2007) menyebutkan bahwa pengaruh jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Ada pekerjaan yang secara umum lebih baik dikerjakan oleh laki-laki akan tetapi pemebrian ketrampilan yang cukup memadai pada wanitapun mendapatkan hasil pekerjaan yang cukup memuaskan. Ada sisi lain yang positif dalam karakter wanita yaitu ketaatan dan kepatuhan dalam bekerja. Hal ini akan mempengaruhi kerja personal.

3) Tingkat pendidikan

Pendidikan tinggi keperawatan diharapkan menghasilkan tenaga keperawatan profesional yang mampu mengadakan pembaharuan dan perbaikan mutu pelayanan atau asuhan keperawatan serta penataan perkembangan kehidupan profesi keperawatan (Gartinah dkk, 2006).

4) Lama kerja

Lama kerja seseorang mempengaruhi kualitas pekerjaan seseorang karena adanya kejauhan. Keberadaan orang baru lebih mudah

mengadakan pembaharuan dalam ketrampilan dokumentasi keperawatan. Semangat yang dimiliki dapat meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan. Motivasi yang kuat akan berdampak pada perubahan yang lebih baik (Hidayat, 2000).

5) Status kerja

Adanya perbedaan status kepegawaian antara pegawai sipil dengan bukan pegawai sipil menyebabkan kesenjangan antar tenaga perawat yang bekerja pada satu sarana pelayanan kesehatan dengan status dan pengajian yang berbeda. Selain itu bagi perawat yang tidak honorer peluang ini makin terasa dengan pemberlakuan angka kredit bagi perawat. Sehingga hal ini akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat (BPPSDM Depkes, 2002).

- b. Pengalaman kerja dapat mencerminkan kemampuan perawat dalam memecahkan masalah dan keterampilan melakukan tindakan kurangnya tenaga perawat, tidak adanya standar dokumentasi menyebabkan waktu untuk memberikan asuhan lebih lama
- c. Pengetahuan dokumentasi keperawatan menggambarkan asuhan individu dalam memecahkan masalah keperawatan. Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata

dan telinga (Notoadmojo, 2003). Pengetahuan atau *kognitif*, merupakan domain yang sangat penting dalam tindakan seseorang.

d. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek (Notoatmojo, 2003). Sikap diartikan juga sebagai bentuk evaluasi atau reaksi perasaan terhadap suatu obyek memihak atau tidak memihak yang merupakan keteraturan tertentu dalam hal perasaan (*afeksi*), pikiran (*kognisi*) dan predisposisi tindakan (*konasi*) terhadap suatu obyek di lingkungan sekitar. Newcomb dalam (Notoatmojo, 2002) mengatakan bahwa sikap ini merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai beberapa tingkatan yang bersifat hirarki dengan pengenalan sebagai tingkatan yang paling sederhana dan pengalaman sebagai tingkat yang paling tinggi :

- 1) Pengenalan, pada tahap ini seseorang baru mengenal, bersedia menerima dan memperhatikan berbagai stimulus. Misalnya perawat bersedia menghadiri seminar tentang dokumentasi asuhan keperawatan.
- 2) Pemberian respon, pada tahap ini seseorang diharapkan untuk menunjukkan perilaku yang diminati, misalnya berpartisipasi atau memberikan tanggapan secara sukarela bila diminta. Sebagai contoh perawat bersedia ikut berpartisipasi dalam rangka pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.
- 3) Penghargaan terhadap nilai, pada tahap ini seseorang perawat konsisten berperilaku sesuai dengan sesuatu nilai meskipun tidak ada pihak yang

meminta atau mengharuskan. Sebagai contoh perawat yakin bahwa dokumentasi asuhan keperawatan harus dilaksanakan.

- 4) Pengorganisasian, pada tahap ini seseorang menjadi *committed* terhadap sesuatu nilai dan diharapkan untuk mengorganisasikan berbagai nilai yang dipilihnya kedalam suatu sistem nilai dan menentukan hubungan antara nilai-nilai tersebut. Sebagai contoh seorang perawat memutuskan untuk membuat dokumentasi asuhan keperawatan demi kewajiban bukan demi nilai kredit, kenaikan pangkat atau akreditasi rumah sakit.
- 5) Pengalaman, pada tahap ini seseorang bukan saja telah mengintegrasikan nilai-nilai tersebut kedalam suatu filsafat hidup yang lengkap dan meyakinkan serta perilakunya selalu konsisten dengan filsafat hidup tersebut. Sebagai contoh seorang perawat yang berpandangan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan adalah penting dan merupakan kewajiban seorang perawat, maka walaupun banyak tugas lain ia akan tetap melakukan pendokumentasian.

Sikap seseorang yang positif belum tentu terwujud dalam tindakan positif, begitu pula sebaliknya. Temuan-temuan dari penelitian lain menyebutkan bahwa hubungannya adalah positif (Azwar, 2002). Menurut Brecker dan Waggins yang dikutip (Azwar, 2002) bahwa sikap seseorang akan berpengaruh langsung terhadap perilaku sangat tergantung pada kondisi apa, waktu bagaimana dan situasi bagaimana, karena berdasarkan pengetahuan dan sikap, perawat akan dapat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik dan sungguh-sungguh.

2.6.6 Manajemen Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

Manajemen asuhan keperawatan yang diberikan di rumah sakit jiwa terhadap perilaku kekerasan perlu ditingkatkan serta dengan perawatan intensif di rumah sakit umum. Asuhan keperawatan perilaku kekerasan (MPK) yaitu asuhan keperawatan yang bertujuan melatih klien mengontrol perilaku kekerasannya dan pendidikan kesehatan tentang MPK pada keluarga. Seluruh asuhan keperawatan ini dapat dituangkan menjadi pendekatan proses keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Effendy, 1995)

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk, tanggal pengkajian

b. Alasan Masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Budiana Keliat, 2004).

c. Faktor Predisposisi

1) Gangguan jiwa dimasa lalu

Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Sunden,1996).

2) Pengobatan sebelumnya

Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternatif serta memasing dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.

3) Trauma

Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.

4) Herediter

Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

d. Fisik

Pengkajian fisik, antara lain sebagai berikut :

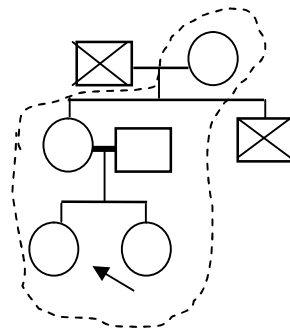
- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan.
- 3) Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat, pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah).

4) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

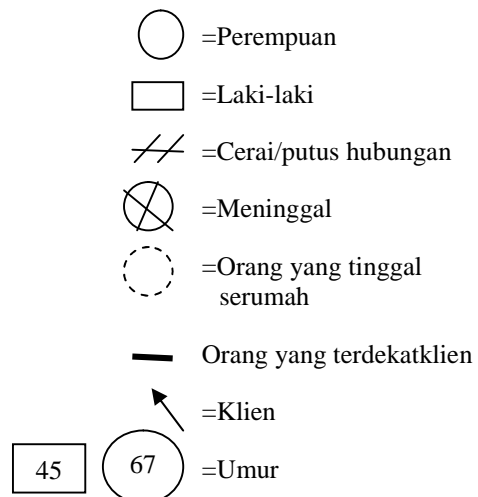
e. Psikososial

1) Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian.

Contoh :



Keterangan :



2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

b) Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat ia tinggal.

c) Harga diri

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmonis atau terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

d) Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

e) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

f) Harga diri

Biasanya hubungan klien dengan orang lain tidak baik, penilaian dan penghargaan terhadap diri dan kehidupannya yang selalu mengarah pada penghinaan dan penolakan.

3) Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

Tempat mengadu, berbicara.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok

Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain atau tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.

b) Kegiatan ibadah

Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah.

5) Status mental

a) Penampilan

Biasanya penampilan klien kotor.

b) Pembicaraan

Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

c) Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

d) Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan.

e) Efek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab.

f) Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

g) Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas .

h) Isi fikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.

i) Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

j) Memori

Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

k) Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

l) Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

6) Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Biasanya klien tidak mengalami perubahan.

b) BAB/BAK

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan tidak ada gangguan.

c) Mandi

Biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

d) Berpakaian atau berhias

Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dengan klien tidak mengenakan alas kaki.

e) Istirahat dan tidur

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cuci kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan

tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

f) Penggunaan obat

Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

g) Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

h) Aktifitas didalam rumah

Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

7) Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

8) Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

9) Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2. Diagnosa Keperawatan

Adalah identifikasi sifat-sifat penyakit atau kondisi atau membedakan satu penyakit atau kondisi dari yang lainnya. Penilaian dapat dilakukan melalui pemeriksaan fisik, tes laboratorium, atau sejenisnya, dan dapat dibantu oleh program komputer yang dirancang untuk memperbaiki proses pengambilan keputusan.

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

Masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah perilaku kekerasan adalah :

- a. Harga diri rendah
- b. Perilaku kekerasan
- c. Koping individu tidak efektif
- d. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
- e. Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain dan lingkungan.

3. Rencana Tindakan Keperawatan untuk Perawat

Intervensi keperawatan adalah preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari pasien dan atau tindakan yang harus dilakukan oleh

perawat. Tindakan atau intervensi keperawatan dipilih untuk membantu pasien dalam mencapai hasil pasien yang diharapkan dan tujuan pemulangan. Harapannya adalah bahwa perilaku yang dipreskripsikan akan menguntungkan pasien dan keluarga dalam cara yang dapat diprediksi, yang berhubungan dengan masalah yang diidentifikasi dan tujuan yang telah dipilih intervensi ini bermaksud mengindividualkan perawatan dengan memenuhi kebutuhan spesifik pasien serta harus menyertakan kekuatan-kekuatan pasien yang telah diidentifikasi bila memungkinkan.

Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Dimulai dengan kata kerja aksi. Pengkualifikasi seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi dan besarnya memberikan isi dari aktivitas yang direncanakan, bantu aktivitas perawatan diri sesuai yang dibutuhkan setiap pagi. “Catat frekuensi pernapasan dan nadi sebelum, selama, setelah aktivitas.” “Ukur masukan atau keluaran setiap jam. “Mendengar aktif kekhawatiran pasien mengenai diagnosis” (Marilynn E. Doenges. Dkk. EGC.1999).

a. Tujuan tindakan keperawatan

Tujuan umum :

Klien dapat mengontrol perilakunya dan dapat mengungkapkan kemarahannya secara asertif.

Tujuan khusus :

- 1) Klien dapat mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda perilaku kekerasan.
- 2) Klien mampu memilih cara yang konstruktif dalam berespons terhadap kemarahannya.

- 3) Klien mampu mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol.
- 4) Klien memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku dan menggunakan obat dengan benar.

b. Tindakan keperawatan

Dengan menggunakan pendekatan rentang rencana keperawatan mulai dari strategi pencegahan sampai strategi pengontrolan. Pada strategi pencegahan dapat dilakukan pendidikan kesehatan, latihan asertif, kesadaran diri, komunikasi verbal dan non verbal, perubahan lingkungan, intervensi perilaku dan penggunaan psikofarmaka. Jika strategi ini dilakukan namun klien bertambah agresif, maka teknik manajemen krisis seperti isolasi dan pengikatan harus dilakukan. Namun demikian pencegahan adalah upaya terbaik dalam mengelola klien dalam perilaku kekerasan.

Beberapa rencana keperawatan yang berkaitan dengan perilaku kekerasan:

Tabel 2.3 Rencana Pendidikan Kesehatan Pengekspresian Marah-Marah secara Tepat.

Isi	Kegiatan Instruksional	Evaluasi
1. Bantu klien mengidentifikasi masalahnya.	1.a.Fokuskan pada perilaku nonverbal. 1.b.Mengekspresikan marah secara non verbal melalui bermain peran (<i>Role playing</i>) .	Klien mendemonstrasikan sikap tubuh dan ekspresi wajah pada saat marah.
2. Beri kesempatan mengekspresikan marah	Gambarkan situasi yang biasanya dapat menimbulkan rasa marah yang tepat.	Klien dapat menggambarkan situasi marah dengan respon yang sesuai.
3. Latihan ekspresi marah.	Bermain peran (<i>Role playing</i>) dengan membayangkan respon yang sesuai terhadap marah.	Klien ikut serta dalam bermain peran dan mengidentifikasi perilaku yang sesuai untuk ekspresi marah
4. Terapkan ekspresi	4.a. Bantu klien	4.a.Klien

Isi	Kegiatan Instruksional	Evaluasi
marah pada situasi nyata.	mengidentifikasi situasi nyata yang membuat ia marah. 4.b. Bermain peran menghadapi obyek yang menimbulkan rasa marah.	mengidentifikasi situasi nyata yang telah membuat marah. 4.a klien mampu mengekspresikan marahnya melalui bermain. 4.b Berikan umpan balik apabila klien dapat mengekspresikan perasaannya.
5. Identifikasi alternatif yang digunakan untuk mengekspresikan marahnya.	5.a Buat daftar beberapa ekspresi marah tanpa konfrontasi. 5.b Diskusikan alternatif situasi yang sesuai yang akan digunakan.	klien ikut serta mengidentifikasi alternatif-alternatif yang akan digunakan.
6. Hadapi klien dengan berperan sebagai orang yang menjadi sumber marah.	6.a Berikan dukungan selama konfrontasi bila diperlukan. 6.b Diskusikan pengalaman yang dirasakan.	Klien mengidentifikasi perasaan marahnya dan dapat menghadapi obyek yang membuatnya marah dengan marah dengan cara yang positif atau sesuai.

Tabel 2.4 Tindakan Keperawatan Klien Kesulitan untuk Mengekspresikan Marahnya.

Prinsip umum	Rasional	Tindakan keperawatan
1. Mengekspresikan marah secara asertif.	Perilaku pasif akan memperkuat harga diri rendah.	1.a Bina hubungan saling percaya. 1.b Bantu klien mengenali perasaan dan batasan marahnya.
2. Pengekspresian marah secara asertif.	2.a Kemarahan yang ditekan akan menyebabkan depresi. 2.b. Perilaku agresif juga menyebabkan	2.a Komunikasikan bahwa marah itu normal. 2.a Identifikasi mekanisme koping yang biasa digunakan. 2.b Berikan dukungan pada mekanisme mekanisme koping yang

Prinsip umum	Rasional	Tindakan keperawatan
	<p>rasa tidak aman dan harga diri rendah.</p> <p>2.c Perilaku asertif akan menghasilkan harga diri tinggi dan dapat menghindarkan diri dari melakukan tindakan kekerasan pada orang lain.</p>	<p>kontruktif.</p> <p>2.b Eksplorasi alternatif eksplorasi.</p> <p>2.c Bantu klien untuk berlatih mengekspresikan perasaannya secara asertif.</p> <p>2.c Berikan umpan balik.</p>
<p>3. Peningkatan perhatian pada perilaku yang positif.</p>	<p>3.a Memberikan batasan perilaku yang dapat diterima dan tidak diterima akan meningkatkan sosialnya.</p> <p>3.b Ekspresi perasaan adalah suatu proses yang membantu klien untuk saling menghargai orang lain.</p> <p>3.c Menetapkan batasan marah.</p> <p>3.d Marah dapat dipelajari klien dan lebih efektif dari mekanisme koping.</p>	<p>3.a Informasikan batasan perilaku yang dapat diterima berikut alasannya.</p> <p>3.a Klasifikasi kembali tanggung jawab klien terhadap perilakunya.</p> <p>3.b Berikan batasan konsekuensi untuk pelanggaran peraturan yang telah disepakati.</p> <p>3.b Tingkatkan kesepakatan staf terhadap batasan-batasan yang sesuai.</p> <p>3.c Konsisten terhadap batasan-batasan yang telah ditetapkan bersama.</p> <p>3.d Berikan umpan balik positif apabila berhasil.</p>

Prinsip umum	Rasional	Tindakan keperawatan
4. Lindungi diri dari usaha melukai diri sendiri maupun orang lain.	<p>4.a Perilaku kekerasan mempunyai resiko tinggi untuk mencederai diri dan orang lain.</p> <p>4.b Perasaan bersalah akan menimbulkan tekanan psikologis, apabila tidak dapat mengontrolnya individu dapat melukai orang lain.</p> <p>4.c Ciptakan rasa aman.</p>	<p>4.a Pertahankan sikap maupun lingkungan dengan tenang.</p> <p>4.a Kontrol emosi dan tanda-tanda ketegangan.</p> <p>4.b Berikan obat anti cemas atau anti psikotik.</p> <p>4.c Hindari pertentangan dengan klien yang dapat merendahkan dirinya.</p>

Tabel 2.5 Respon Tidak Terapeutik Terhadap Ekspresi Marah

Respon	Ciri utama
Bertahan	Kemarahan klien diinterpretasikan sebagai penyerangan dengan penjelasan bahwa situasi menyerang itu tidak adil atau pengecut.
Membalas dendam	Menempatkan diri pada status yang lebih tinggi dengan harapan dapat menghukum orang lain dan mengekspresikan.
Merendahkan	Ciri utamanya adalah menduga bahwa dengan sikap sombong atau menempatkan diri pada posisi yang lebih tinggi dan menurunkan emosi klien.
Menghindari	Tidak mengakui atau mengabaikan perasaan klien.

Tabel 2.6 Proses Belajar *Asertif*

Proses Belajar Asertif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi perilaku anda. 2. Buat catatan tentang perilaku <i>asertif</i> dan tidak <i>asertif</i>. 3. Pilih satu situasi untuk menguji perilaku anda. 4. Ulangi perilaku anda dalam situasi yang berbeda. 5. Observasi apakah tindakan anda efektif untuk situasi yang berbeda. 6. Identifikasi alternatif respon. 7. Bayangkan bagaimana anda menempatkan diri untuk melakukan tindakan

Proses Belajar Asertif
<p>yang efektif, ulangi latihan tersebut pada situasi yang berbeda.</p> <p>8. Latih untuk melakukan hubungan baru dengan situasi nyata.</p> <p>9. Siapkan diri anda untuk menerima umpan balik dan bersikap positif terhadap tanggapan orang lain.</p>

Prinsip yang perlu diperhatikan pada pengelolaan klien perilaku kekerasan :

1. Staff diberi latihan mengenal pencegahan dan pengelolaan klien perilaku kekerasan termasuk bermain peran.
2. Perbandingan perawat-klien 1 : 1
3. Untuk tindakan pengamanan dilakukan secara kompak, tidak dibenarkan menghadapi klien perilaku kekerasan seorang diri.
4. Berikan informasi tindakan yang akan dilakukan ataupun pemberian obat yang berkaitan dengan perilaku kekerasan.
5. Lindungi bagian tubuh vital staff dari upaya perlukaan.
6. Bila situasi dapat diatasi, segera diskusikan insiden yang terjadi.
7. Setelah klien tenang dan dapat mengontrol perilakunya beri kesempatan kepadanya untuk mengekspresikan perasaanya.
8. Berikan penguatan positif bila klien dapat mengekspresikan perasaanya.

4.Tindakan Keperawatan untuk Pasien

Tindakan keperawatan untuk pasien antara sebagai berikut :

a. Tujuan

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
- 3) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.

- 4) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- 5) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasannya
- 6) Pasien dapat mencegah atau mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka.

b. Tindakan

1) Bina hubungan saling percaya

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan saudara. Tindakan yang harus saudara lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :

- a) Mengucapkan salam terapeutik
 - b) Berjabat tangan
 - c) Menjelaskan tujuan interaksi
 - d) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.
- 2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
- 3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.
- a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik.
 - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis.
 - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial.
 - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual.
 - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.

- 4) Diskusikan bersama pasien perilaku pasien yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
 - a) Verbal
 - b) Terhadap orang lain
 - c) Terhadap diri sendiri
 - d) Terhadap lingkungan.
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya.
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
 - a) Fisik : pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - b) Obat
 - c) Spiritual: sholat atau berdoa sesuai keyakinan pasien.
- 7) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
 - a) Latihan nafas dalam dan pukul kasur-bantal
 - b) Susun jadwal latihan dalam dan pukul kasur-bantal.
- 8) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial atau verbal
 - a) Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
 - b) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.
- 9) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual :
 - a) Latih mengontrol marah secara spiritual: sholat, berdoa
 - b) Buat jadwal latihan sholat dan berdoa.
- 10) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
 - a) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar

waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.

b) Susun jadwal minum obat secara teratur.

11) Ikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi mengontrol perilaku kekerasan.

c. Tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan Strategi pelaksanaan (SP) adalah sebagai berikut :

1) SP 1 pasien : Membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta mengontrol secara fisik I

2) SP 2 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik kedua dengan cara :

a) Evaluasi latihan nafas dalam

b) Latih cara kedua : pukul kasur dan bantal

c) Susun jadwal latihan kegiatan harian cara kedua.

3) SP Pasien 3 : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial atau verbal

a) Evaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik

b) Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal, menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.

c) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.

4) SP 4 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

a) Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial atau verbal.

- b) Latihan sholat atau berdoa.
 - c) Buat latihan sholat atau berdoa.
- 5) SP 5 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat
- a) Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih.
 - b) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
 - c) Susun jadwal minum obat secara teratur.

5. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

a. Tujuan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah.

b. Tindakan

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku, kekerasan (penyebab, tanda, dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut.
- 3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda atau orang lain.
- 4) Latih keluarga, merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
 - a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah dianjurkan oleh perawat.

- b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada klien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
 - c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan.
- 5) Buat perencanaan pulang bersama keluarga.
- c. Tindakan keperawatan pada keluarga dengan menggunakan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) adalah sebagai berikut :
- 1) SP 1 keluarga : Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan dirumah, dengan cara :
 - a) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
 - b) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda, dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).
 - c) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda atau orang lain.
 - 2) SP 2 keluarga : Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan.
 - a) Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah-marah.
 - b) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat.
 - c) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien, bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.

d) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan.

3) SP 3 keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

6. Evaluasi

Evaluasi klien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif. Diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, cara yang konstruktif dalam berspon terhadap kemarahan, demonstrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku, penggunaan obat dengan benar. Format evaluasi untuk menilai kemampuan pasien keluarga dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

2.6.7 Pengukuran Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Arikunto dan Jabar (2004) menyatakan pengertian pengukuran (*measurement*) sebagai kegiatan membandingkan suatu hal dengan satuan ukuran tertentu sehingga sifatnya menjadi kuantitatif.

Berikut adalah pernyataan dari pengukuran dokumentasi asuhan keperawatan (Azwar, 2002) :

- 1 : Tidak pernah
- 2 : Jarang
- 3 : Kadang-kadang
- 4 : Sering
- 5 : Selalu

Kemudian diinterpretasikan dengan rumus :

$$P = \frac{Sp}{Smax} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Prosentase

Sp = Skor pertanyaan

Smax = Skor maksimal

Hasilnya dapat disimpulkan berdasarkan kriteria sebagai berikut :

1. Sesuai pendokumentasian : > 50% dari skor total
2. Tidak sesuai pendokumentasian : < 50% dari skor total.