

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian Instalasi Pelayanan Kesehatan Jiwa di Ruang Nakula

Ruang Nakula adalah Ruang Kelas III b dengan fasilitas ditunggu oleh keluarga pasien dengan 2 kamar, kelas III putri : 10TT, kelas III putra 14 TT. Ruang Nakula memiliki SDM : Psikiater (4 orang), Perawat (10 orang) yang terdiri dari S1 Keperawatan Ners (4 orang), D III Keperawatan (6 orang), Psikolog (1 orang), Tenaga Administrasi (3 orang) dan Petugas Kesehatan Lainnya yang kompeten dan siap memberikan pelayanan yang terbaik kepada pelanggan (2 orang).

B. Hasil Penelitian

Bab ini akan diuraikan secara lengkap hasil penelitian tentang Pengaruh Latihan Asertif Dalam Memperpendek Lama Perawatan dan Menurunkan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang *Maintenance* Di RSUD Banyumas.

1. Karakteristik klien risiko perilaku kekerasan,

Karakteristik responden risiko perilaku yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, lama perawatan, pekerjaan, status perkawinan, riwayat penyakit, dan riwayat kekerasan sehingga dianalisis dengan distribusi frekuensi. Hasil analisis disajikan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Karakteristik responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien gejala risiko perilaku kekerasan di ruang *maintenance* di RSUD Banyumas (*Nilai p 0,915*).

| Karakteristik | Kelompok intervensi (n = 17) | | Kelompok kontrol (n = 17) | |
|------------------------------|------------------------------|------|---------------------------|------|
| | F | % | F | % |
| Usia | | | | |
| 17 – 25 | 3 | 17,6 | 3 | 17,6 |
| 26 – 35 | 6 | 35,3 | 5 | 29,4 |
| 36 – 45 | 8 | 47,1 | 7 | 41,2 |
| 46 – 55 | 0 | 0 | 2 | 11,8 |
| Jenis kelamin | | | | |
| Laki – laki | 9 | 52,9 | 12 | 70,6 |
| Perempuan | 8 | 47,1 | 5 | 29,4 |
| Pendidikan | | | | |
| Tidak sekolah | 1 | 5,9 | 1 | 5,9 |
| SD | 3 | 17,6 | 5 | 29,4 |
| SMP | 6 | 35,3 | 6 | 35,3 |
| SMA | 7 | 41,2 | 3 | 17,6 |
| DIII | 0 | 0 | 2 | 11,8 |
| Lama Perawatan (Hari) | | | | |
| 1 – 6 | 5 | 29,4 | 8 | 47,1 |
| 7 – 10 | 12 | 70,6 | 6 | 35,3 |
| 11 - 16 | 0 | 0 | 3 | 17,6 |

| Karakteristik | Kelompok intervensi (n = 17) | | Kelompok kontrol (n = 17) | |
|--|------------------------------|------|---------------------------|------|
| | F | % | F | % |
| Pekerjaan | | | | |
| Pelajar | 0 | 0 | 1 | 5,9 |
| Petani | 4 | 23,5 | 1 | 5,9 |
| Buruh | 2 | 11,8 | 2 | 11,8 |
| Wiraswasta | 3 | 17,6 | 4 | 23,5 |
| Ibu Rumah Tangga | 2 | 11,8 | 0 | 0 |
| Tidak Bekerja | 6 | 35,3 | 9 | 52,9 |
| Status Perkawinan | | | | |
| Kawin | 8 | 47,1 | 5 | 29,4 |
| Tidak Kawin | 7 | 41,1 | 12 | 70,6 |
| Cerai | 2 | 11,8 | 0 | 0 |
| Riwayat Penyakit | | | | |
| Perawatan ke 1 | 8 | 47,1 | 11 | 64,7 |
| Perawatan ke ≥ 1 | 9 | 52,9 | 6 | 35,3 |
| Lama Perawatan 6 hari | 6 | 35,3 | 8 | 47,1 |
| Lama Perawatan ≥ 6 hari | 11 | 64,7 | 9 | 52,9 |
| Diagnoses Medic : | | | | |
| Observasi Psicosis | 5 | 29,4 | 4 | 23,5 |
| F 20.5 (<i>Skizofrenia Residual</i>) | 2 | 11,8 | 1 | 5,9 |
| F 20.6 (<i>Skizofrenia Simpleks</i>) | 1 | 5,9 | 0 | 0 |
| F 20.9 (<i>Skizofrenia YTT</i>) | 9 | 52,9 | 12 | 70,6 |
| Riwayat Kekerasan | | | | |
| Ya | 8 | 47,1 | 3 | 17,6 |
| Tidak | 9 | 52,9 | 14 | 82,4 |

Sumber data : Data primer, 2019

Hasil analisis pada tabel 4.1 didapatkan bahwa pada kelompok intervensi paling banyak berusia 36-45 tahun dengan sebagian besar mayoritas responden merupakan laki-laki. Lama perawatan responden penelitian sebagian besar adalah 7-10 hari dan mayoritas responden penelitian dengan sebagian besar tingkat pendidikan SMA. Pekerjaan responden penelitian adalah

sebagian besar tidak bekerja. Status perkawinan responden penelitian sebagian besar adalah kawin. Riwayat Penyakit responden penelitian paling banyak perawatan ke > 1, sebagian besar perawatan > 6, diagnosis medic F 20.9 sebanyak 9 orang. Sebagian besar riwayat kekerasan pada responden penelitian adalah “tidak”.

Pada kelompok kontrol paling banyak berusia 36-45 tahun dengan presentase 41.2% dan mayoritas responden merupakan laki-laki dengan presentase 70.6%. Lama perawatan responden penelitian adalah 1-6 hari sebanyak 8 orang atau 47.1% dan mayoritas responden penelitian dengan tingkat pendidikan SMP sebanyak 35.3% atau sebanyak 6 orang. Pekerjaan responden penelitian adalah tidak bekerja sebanyak 9 orang dengan presentase 52.9%. Status perkawinan responden penelitian adalah tidak kawin sebanyak 12 orang dengan presentase 70.6%. Riwayat Penyakit responden penelitian paling banyak perawatan ke 1 sebanyak 11 orang dengan presentasi 64.7%, perawatan > 6 sebanyak 9 orang dengan presentase 52.9%, diagnosis medic F 20.9 sebanyak 12

orang dengan presentase 70.6%. Dan Riwayat kekerasan pada responden penelitian adalah tidak, sebanyak 14 orang dengan presentase 82.4%.

Untuk melihat homogenitas sampel dilakukan uji homogenitas dengan Independent Samples Test hasil dapat dilihat di tabel 4.2.

Tabel 4.2. Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|----------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| kognitif | Equal variances assumed | .011 | .915 | -3.140 | 32 | .004 | -2.353 | .749 | -3.879 | -.827 |
| | Equal variances not assumed | | | -3.140 | 31.975 | .004 | -2.353 | .749 | -3.879 | -.827 |

Berdasarkan tabel 4.2. Independent Samples Test, dapat dilihat nilai homogeny pada table sig. Jika nilai signifikansi $> 0,05$ maka data bisa dikatakan homogeny. Table diatas menunjukkan signifikan pada $0,915 > 0,05$ sehingga data homogeny.

2. Risiko perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia

a. Perbedaan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan(RPK) di Ruang Nakula di RSUD Banyumas

Berikut ini disajikan perbedaan gejala risiko perilaku kekerasan (RPK) berdasarkan respon perilaku, respon sosial, respon kognitif dan respon fisik pada kedua kelompok sebelum dan sesudah penelitian di Ruang Nakula di RSUD Banyumas.

Tabel 4.3 Perbedaan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Berdasarkan Respon Perilaku, Reson Sosial, Respon Kognitif dan Respon Fisik Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum (Pre) dan Setelah (Post) Penelitian (n=34)

| Aspek penilaian | Kelompok | Perlakuan | n | Δ Mean | Selisih | SD | 95% CI | <i>p value</i> |
|------------------------|------------|-----------|----|---------------|---------|-------|---------------|----------------|
| Respon Perilaku | Intervensi | sebelum | 17 | 12.88 | 6.06 | 1.691 | 12.01 – 13.75 | 0.000 |
| | | Kontrol | 17 | 12.35 | | 1.869 | 11.39 – 13.31 | |
| | Kontrol | sesudah | 17 | 6.82 | | 1.590 | 6.01 – 7.64 | |
| | | sebelum | 17 | 9.71 | 2.64 | 2.418 | 8.46 – 10.95 | |
| Respon Sosial | Intervensi | sebelum | 17 | 11.47 | 5.35 | 2.183 | 10.35 – 12.59 | 0.000 |
| | | Kontrol | 17 | 11.24 | | 2.107 | 10.15 – 12.32 | |
| | Kontrol | sesudah | 17 | 6.12 | | 1.364 | 5.42 – 6.82 | |
| | | sebelum | 17 | 9.00 | 2.24 | 2.372 | 7.78 – 10.22 | |
| Respon Kognitif | Intervensi | sebelum | 17 | 14.06 | 5.59 | 1.819 | 13.12 – 14.99 | 0.000 |
| | | Kontrol | 17 | 13.53 | | 2.294 | 12.35 – 14.71 | |
| | Kontrol | sesudah | 17 | 8.47 | | 2.154 | 7.36 – 9.58 | |
| | | sebelum | 17 | 10.82 | 2.71 | 2.215 | 9.68 – 11.96 | |

**p value* <0,05 based on many whitney test

Tabel 4.3 Hasil analisis *Manny Whitney Test*

menunjukkan terdapat penurunan respon perilaku,

respon social, dan respon kognitif pada kelompok intervensi lebih tinggi dari pada kelompok kontrol yang mendapatkan latihan asertif secara bermakna (p value <0,05).

- b. Perbedaan pengaruh latihan asertif dalam gejala risiko perilaku kekerasan sebelum dan sesudah berdasarkan respon fisik pada kelompok intervensi dan kontrol

Hasil analisis perbedaan perilaku kekerasan berdasarkan respon fisik pada kelompok intervensi dan kontrol ditampilkan pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Analisis perbedaan pengaruh latihan asertif dalam gejala risiko perilaku kekerasan sebelum dan sesudah berdasarkan respon fisik pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas April - Mei tahun 2019 (n=34) CI (95%)

| Kelompok | N | Mean | SD | SE | <i>p</i> value |
|-------------------------|----------|-------------|-----------|-----------|-----------------------|
| Intervensi Respon fisik | | | | | |
| Sebelum | 17 | 9.12 | 0.928 | 0.225 | 0.000 |
| Sesudah | 17 | 5.47 | 0.624 | 0.111 | |
| Selisih | | 3.65 | | | |
| Kontrol Respon fisik | | | | | |
| Sebelum | 17 | 8.94 | 1.144 | 0.277 | 0.000 |
| Sesudah | 17 | 6.47 | 1.125 | 0.273 | |
| Selisih | | 2.47 | | | |

**p* value<0,05 based on Wilcoxon test

Tabel 4.4 didapatkan bahwa terdapat penurunan skor respon fisik pada pasien gejala risiko perilaku kekerasan setelah dilakukan latihan asertif lebih besar kelompok intervensi dari pada kelompok kontrol secara bermakna ($p \text{ value} < 0,05$).

- c. Analisa Pengaruh Latihan Asertif (AT) Dalam Memperpendek Lama Perawatan dan Menurunkan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) pada kelompok intervensi dan kontrol

Hasil analisis dalam memperpendek lama perawatan dan menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kontrol ditampilkan pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Analisa pengaruh latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Banyumas April – Mei tahun 2019 (n=34) dan CI (95%)

| Kelompok | N | Mean | Sum of Ranks | <i>p value</i> | <i>Lower</i> | <i>Upper</i> |
|---------------------|----|------|--------------|----------------|--------------|--------------|
| Kelompok kontrol | 17 | 7.70 | 310.50 | 0.641 | 0.644 | 0.663 |
| Kelompok intervensi | 17 | 8.59 | 284.50 | | | |

Tabel 4.5 Didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pengaruh latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan.

C. Pembahasan

1. Pengaruh Latihan Asertif Terhadap Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan dikaji melalui respon perilaku, respon sosial, respon kognitif dan respon fisik atau respon perilaku internal (Boyd, 2008). Dalam bagian ini akan diuraikan pengaruh latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan (RPK) terhadap respon perilaku, respon sosial, respon kognitif, dan respon fisik

a. Perilaku kekerasan sebelum latihan asertif

Hasil penelitian yang menunjukkan risiko perilaku kekerasan (RPK) baik respon perilaku, sosial, kognitif, dan fisik pada klien gejala risiko perilaku kekerasan di RSUD Banyumas sebelum latihan asertif

berada pada rentang sedang dan tinggi. Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2012) menyebutkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarga untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena berisiko membahayakan bagi diri dan orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dan risiko perilaku kekerasan menjadi alasan masuk yang paling utama klien gangguan jiwa di RSUD Banyumas pada tahun 2017 yaitu sebanyak 120 kasus (17%) dari 692 kasus. Dalam penelitian ini pasien dengan risiko perilaku kekerasan akan menunjukkan :

- 1) Respon perilaku berupa melakukan kekerasan secara fisik terhadap orang lain, melakukan kekerasan fisik terhadap lingkungan dan agitasi imotorik.
- 2) Respon sosial berupa kekerasan verbal terhadap orang lain, kekerasan verbal terhadap lingkungan dan melanggar jarak personal (jarak bicara \leq 60 cm).

- 3) Respon kognitif berupa ketidakmampuan menyelesaikan masalah, supresi pikiran dan tidak memahami tentang kemarahan
- 4) Respon fisik berupa peningkatan frekuensi pernafasan, nadi, keringat berlebih, pandangan mata tajam dan muka merah.

Data yang didapat sesuai dengan teori Hermawan & Direja (2011) mengatakan tanda gejala perilaku kekerasan diantaranya perasaan jengkel, merasa terganggu, tatapan mata tajam, menyerang orang lain, menarik diri, dan melarikan diri. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Dermawan dan Rusdi, 2013). Suatu keadaan dimana klien mengalami perilaku yang dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan termasuk orang lain dan barang-barang (Fitria, 2010). Menurut Yosep (2014) menjelaskan bahwa, faktor penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan yaitu

faktor predisposisi, dan faktor presipitasi. Berdasarkan Stuart dan Laraia (2014) gejala perilaku kekerasan meliputi : respon kognitif, respon psikomotor, respon sosial dan respon fisik perilaku kekerasan. Respon kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif-maladaptif. Rentang respon kemarahan menurut Keliat (2012). Menurut Muhith (2015), kemarahan dinyatakan dalam dua bentuk perilaku, yaitu perilaku kekerasan dan diam seribu bahasa. Tanda dan gejala marah yang merujuk pada perilaku kekerasan.

Uraian diatas dapat disimpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan kasus yang banyak dijumpai dan menjadi alasan utama keluarga untuk membawa, mengobati dan merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa ke rumah sakit karena membahayakan bagi klien, orang lain maupun lingkungan.

b. Risiko perilaku kekerasan setelah mendapat latihan asertif

1) Pengaruh latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan terhadap respon perilaku

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna dari respon perilaku pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan dan menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan terhadap respon perilaku. Secara substansi penurunan skor perilaku lebih besar pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif (skor tinggi ke rendah) sehingga latihan asertif berpeluang secara signifikan menurunkan respon perilaku.

Pemberian latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan dan menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan pada kelompok intervensi berdampak penurunan respon perilaku

cukup besar. Latihan asertif merupakan salah satu jenis terapi perilaku, perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan oleh klien. Tahapan untuk merubah perilaku meliputi *describing* (memberi gambaran perilaku baru yang akan dipelajari), *learning* (memberikan pelajaran perilaku baru melalui petunjuk dan demonstrasi), *practicing* atau role play (memberikan contoh perilaku baru dengan memberikan umpan balik) dan *transferring* (menerapkan perilaku baru dalam situasi nyata (Stuart & Laraia, 2014). Kanade (2018) dalam penelitian pengaruh program latihan asertif pada perawat di rumah sakit terpilih di kota Pune mengenai latihan asertif memiliki perbedaan yang sangat signifikan secara statistik diperlihatkan antara sebelum dan sesudah program latihan asertif tentang keterampilan komunikasi dan ketegasan. Penelitian

Yen-Ru Lin (2008) dalam penelitian evaluasi latihan asertif untuk pasien psikiatri mengenai hasil penelitian dimana subjek mengalami peningkatan asertif yang signifikan setelah program pelatihan asertif dan tindak lanjut satu bulan. Ada penurunan yang signifikan dalam kecemasan sosial setelah pelatihan, tetapi peningkatan itu tidak signifikan setelah satu bulan.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian sebelumnya Wahyuningsih (2009) dalam penelitiannya tentang penurunan perilaku kekerasan pada klien skizoprenia dengan latihan asertif dan terapi umum/generalis (SAK) berpengaruh signifikan menurunkan respon perilaku, sosial, kognitif, fisik perilaku kekerasan. Hasil penelitian yang senada dilakukan oleh Amalia (2018) dalam penelitian terapi kelompok asertif efektif meningkatkan kemampuan asertif dan relisiensi pada remaja di SMPN Padang Panjang dengan hasil

terjadi peningkatan secara signifikan terhadap kemampuan asertif ($p \text{ value} = 0.000$) dan kemampuan relisensi ($p \text{ value} = 0.015$). Penelitian yang dilakukan Gowi (2012) Penurunan Perilaku Kekerasan Orang Tua Pada Anak Usia Sekolah Melalui Latihan Asertif dengan hasil terjadi peningkatan kemampuan komunikasi asertif orang tua pada kelompok intervensi meningkat secara signifikan ($p \text{ value} < 0.05$). Pada penelitian Latihan asertif Aplikasi/Penerapan Model Adaptasi Roy pada klien risiko perilaku kekerasan dengan penerapan latihan asertif/*assertive training* di RS Marzoeki Mahdi Bogor (Ira Ervina, 2012) menggunakan metode penelitian kuantitatif sehingga hasil yang diperoleh penerapan latihan asertife/*Assertive Training* sangat efektif menunjukkan peningkatan dalam mencegah perilaku kekerasan pada 23 klien menunjukkan peningkatan yang signifikan.

Penelitian pendukung yang lain adalah Terapi kelompok suportif asertif menurunkan nilai perilaku kekerasan pasien *skizofrenia* berdasarkan Model Keperawatan Interaksi King (Khamida, 2013) menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan hasil sebelum diberikan terapi kelompok suportif asertif rata-rata nilai perilaku kekerasan kelompok perlakuan/intervensi mencapai 96.1%, sedangkan nilai rata-rata pada kelompok kontrol 75.1% setelah diberikan terapi kelompok suportif asertif rata-rata nilai perilaku kekerasan kelompok perlakuan/intervensi adalah 58.4% sedangkan kelompok kontrol 54.8 % hasil uji didapatkan kelompok perlakuan/intervensi ada perbedaan nilai perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi kelompok suportif asertif ($p \text{ value} = 0.05$), dan kelompok kontrol ada perbedaan nilai antara nilai perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi ($p \text{ value} = 0.000$), serta ada

pengaruh yang signifikan pemberian terapi kelompok supportif asertif terhadap perilaku kekerasan (*p value* = 0.045)

Penelitian pendukung yang lain adalah Pengaruh terapi aktivitas kelompok asertif terhadap perubahan perilaku pada pasien perilaku kekerasan (Dani, 2013) menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan hasil yang dapat pengaruh yang signifikan antara terapi aktivitas kelompok asertif terhadap perilaku pada pasien perilaku kekerasan terlihat dari nilai *p value* sebesar 0.000 (*p value* <0.05).

Penelitian pendukung yang lain adalah Pengaruh terapi perilaku terhadap kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada klien riwayat perilaku kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang (Suharsono, 2014) menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan hasil penelitian terjadi peningkatan kemampuan mengontrol perilaku

kekerasan pada klien setelah diberikan terapi perilaku. Kemampuan mengontrol perilaku kekerasan sebelum diberikan perlakuan dijabarkan sebagai berikut. Tingkat baik 2 klien, cukup 14 klien kurang 7 klien. Setelah diberikan perlakuan terapi perilaku didapatkan peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan menjadi tingkat baik 9 klien cukup 13 klien, kurang 1 klien.

Penjelasan diatas menunjukkan bahwa pemberian latihan asertif pada gejala risiko kekerasan menurunkan respon perilaku secara signifikan. Sehingga perlu diupayakan peningkatan kualitas sumberdaya perawat dalam pelaksanaan latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan dan menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan.

- 2) Pengaruh latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan terhadap respon sosial

Penelitian menghasilkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna pada respon sosial pada

kelompok yang mendapatkan latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan serta penurunan skor perilaku lebih besar pada kelompok yang mendapatkan perlakuan latihan asertif (skor tinggi ke rendah). Latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan berpeluang menurunkan respon sosial secara signifikan.

Hasil penelitian menunjukkan Penurunan skor indikator respon sosial setelah diberikan perlakuan latihan asertif juga selaras dengan pendapat Lee (2013) penelitiannya menyatakan pada pasien schizophrenia yang kronik dengan intervensi latihan asertif terbukti memberikan meningkatkan perilaku asertif dan kemampuan berkomunikasi secara interpersonal dengan segera setelah intervensi tersebut diberikan. Penurunan pada respon sosial setelah diberikan latihan asertif juga didapatkan pada penelitian yang dilakukan Wahyuningsih (2009) dimana latihan asertif menurunkan respon

sosial dengan nilai *p value* < 0.005 dan selisih nilai rata-rata respon sosial sebelum dan sesudah latihan asertif 8,86. Demikian juga penelitian yang dilakukan Alini (2010) didapatkan hasil penurunan respon sosial dengan nilai *p value* < 0.05.

Hasil penelitian dan penjelasan diatas menunjukkan bahwa pemberian latihan asertif pada klien gejala risiko perilaku kekerasan efektif untuk menurunkan respon sosial, sehingga kemampuan interpersonal klien meningkat.

Kemampuan psikomotor klien mengontrol risiko perilaku kekerasan secara sosial selain pengaruhi oleh kemampuan kognitif juga lingkungan. Lingkungan berupa orang disekitarnya dan tempat perawatan. Hal sesuai dengan *Social Learning Theory* dari Bandura yang menjelaskan bahwa perilaku, lingkungan dan faktor manusia/ kognitif semua penting dalam memahami kepribadian. Bandura menelurkan istilah

determinisme resiprocal (*reciprocal determinism*) untuk menggambarkan cara perilaku, lingkungan, dan faktor manusia/lingkungan berinteraksi untuk menciptakan kepribadian (Hayati, 2010). Lingkungan dapat menentukan perilaku seseorang, dan seseorang dapat bertindak untuk mengubah lingkungan (Alwisol, 2010). Kondisi lingkungan perawatan yang kurang kondusif dan kurang privacy serta kebiasaan komunikasi tenaga kesehatan yang merawat yang kurang terapeutik dapat mempengaruhi kebiasaan komunikasi klien. Untuk itu perawat perlu membiasakan komunikasi terapeutik selama melakukan asuhan keperawatan dan diperlukan tempat perawatan yang kondusif serta memperhatikan privacy klien.

Metode pelaksanaan latihan asertif sangat memberikan memotivasi bagi klien untuk lebih berperan aktif dalam berfikir dan berlatih terhadap kemampuan sosial atau verbal yang diajarkan. Hal

ini menyebabkan pemberian latihan asertif lebih efektif untuk menurunkan respon sosial.

3) Pengaruh latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan terhadap respon kognitif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna respon kognitif pada kelompok yang mendapatkan pengaruh latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan. Secara substansi penurunan skor perilaku lebih besar pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan (skor tinggi ke rendah). Latihan asertif berpeluang menurunkan respon kognitif secara signifikan.

Penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian sebelumnya Wahyuningsih (2011) dalam penelitiannya tentang penurunan perilaku kekerasan pada klien *skizoprenia* dengan latihan asertif berpengaruh signifikan menurunkan respon

perilaku, sosial, kognitif dan fisik pada risiko perilaku kekerasan.

Klien dengan risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan respon kognitif berupa gangguan proses berpikir, gangguan dalam memersepsikan sesuatu serta ketidak mampuan membuat alasan (Boyd, 2008). Manajemen risiko perilaku kekerasan salah satunya dengan restrukturisasi kognitif. Restrukturisasi kognitif akan membantu latihan yang lebih baik terhadap kepercayaan dan pikiran otomatis yang mendasari perasaan marah (Dombeck & Moran, 2008). Latihan asertif mendukung klien dengan risiko perilaku kekerasan memahami bahwa mereka tidak memiliki hak untuk mengganggu hak lain dan tindakan asertif lebih diterima orang lain dari pada tindakan agresif (Dombeck & Moran, 2008).

Hasil penelitian dan penjelasan diatas menunjukkan bahwa pemberian latihan asertif

efektif untuk meningkatkan respon kognitif klien risiko perilaku kekerasan sehingga lebih adaptif dalam menghadapi suatu stressor.

Uraian diatas didapatkan bahwa pemberian latihan asertif akan menurunkan respon kognitif secara signifikan. Dari hal tersebut perlu kiranya peningkatan kualitas perawat dalam melaksanakan latihan asertif sehingga menjadi budaya kerja dan mengembangkan pelaksanaan latihan asertif.

4) Pengaruh latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan terhadap respon fisik

Hasil penelitian memberikan petunjuk bahwa terdapat penurunan yang bermakna respon fisik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan. Secara substansi penurunan skor respon fisik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif jauh berbeda (tinggi ke rendah). Latihan

asertif berpeluang menurunkan respon fisik secara signifikan.

Penelitian yang mendukung Fadhli (2018) pengaruh pemberian assertiveness training terhadap penurunan perilaku kekeasan pada pasien gangguan jiwa di RSD Madani propinsi Sulawesi Tengah, dengan uji Wilcoxon dengan nilai *p value* = 0.005 secara statistik ada pengaruh yang signifikan.

Respon fisik merupakan respon yang mengikuti perubahan kognitif pada klien risiko perilaku kekerasan (Boyd, 2008)). Model adaptasi Stuart, menjelaskan bahwa penilaian seseorang terhadap stresor membedakan makna dan dampak dari suatu situasi yang menekan ditunjukkan dengan respon kognitif, respon afektif, respon fisik, respon perilaku dan respon sosial (Stuart & Laraia, 2013). Respon kognitif merupakan hasil penilaian terhadap kejadian yang menekan, pilihan koping yang digunakan, reaksi emosional, fisiologis, perilaku dan

sosial individu. Tiga tipe penilaian kognitif terhadap stressor yaitu : berbahaya atau menghilangkan, menekan, antisipasi atau berbahaya untuk masa yang akan datang serta perubahan yang berpotensi untuk peningkatan, pertumbuhan dan perbaikan (Stuart & Laraia, 2013).

Setelah melakukan penilaian kognitif terhadap situasi, individu akan menampilkan respon afektif yang dimunculkan dengan emosi berupa marah, gembira, sedih, menerima, antisipasi atau respon emosi yang lain (Stuart & Laraia, 2013). Beberapa saat kemudian muncul perubahan fisiologis atau respon fisik (Boyd, 2008).

Respon fisik dipengaruhi penilaian individu terhadap situasi, bersifat otomatis dan tidak berada dibawah kontrol. *Locus Cereus* diotak mengawali respon stres dengan melepaskan stimulus ke saraf simpatik yang disebut reaksi *fight atau flight* dan meningkatkan aktifitas kelenjar pituitari serta

adrenal (Boyd, 2008). Respon simpatik yang mengikuti emosi bersifat unik, artinya bahwa marah mungkin secara otomatis menyebabkan tremor pada seseorang tapi pada orang lain menimbulkan respon fisik yang lebih kompleks berupa tremor dan berkeringat. Demikian juga marah menyebabkan muka kemerahan dan keringat berlebihan pada seseorang, tapi tidak pada orang lain.

Respon fisik ditandai dengan perubahan respon simpatik berupa meningkatnya tekanan darah, meningkatnya aliran darah, meningkatnya kecepatan metabolisme basal, meningkatnya konsentrasi glukosa, meningkatnya ketegangan otot (Boyd, 2008). Selanjutnya akan diikuti respon perilaku dan sosial.

Penelitian diatas sebelumnya menjelaskan kemampuan penilaian kognitif akan mempengaruhi respon emosi yang muncul, bersamaan ditunjukkan

dengan perubahan respon fisik dan diikuti respon perilaku dan sosial.

Uraian sebelumnya menjelaskan bahwa latihan asertif (AT) dalam memperpendek lama perawatan dan menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan (RPK) berpengaruh signifikan terhadap respon kognitif, perilaku maupun sosial sehingga secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap respon fisik. Namun karena respon fisik berbeda-beda pada tiap individu, maka untuk meningkatkan pengaruh terhadap perubahan respon fisik.

Penjelasan diatas menunjukkan latihan asertif memberikan pengaruh yang lebih signifikan terhadap perubahan respon fisik perilaku kekerasan.

5) Pengaruh latihan asertif terhadap lama perawatan

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan pemberian latihan asertif terhadap lama perawatan. Karena tidak ada

hubungan lama hari rawat dengan dilakukan latihan asertif dilihat pada tabel 4.4 dengan nilai *p-value* sebesar $0,641 > 0,005$

Penelitian diatas rata-rata lama perawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan pada kelompok kontrol 8.59 hari sedangkan pada kelompok intervensi lama rawat 7.70 hari dengan selisih 0.89 hari. Secara perhitungan matematik ada perbedaan lama perawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dari kelompok kontrol dengan kelompok intervensi. Dengan perhitungan statistik hasil yang didapat tidak signifikan karena nilai *p value* $> 0,005$. Penelitian ini bertolak belakang dengan penelian Sodikin M.A (2015) berjudul Pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang intensive psychiatric care unit (IPCU) RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang menunjukkan bahwa fase intensive pasien lebih cepat pada

kelompok perlakuan dari pada kelompok kontrol dengan nilai $p \text{ value} > 0.001$. Penelitian Utami 2018 tidak ada hubungan lama hari rawat dengan tanda dan gejala halusinasi dilihat dari $p \text{ value}$ sebesar $0,170 < 0,05$. Terdapat hubungan lama hari rawat dengan kontrol halusinasi dengan nilai $p \text{ value}$ $0,030,0,05$. Walaupun demikian penelitian ini juga sangat mendukung pelayanan di bangsal Nakula karena menurut data yang ada bahwa rata-rata lama perawatan di bangsal Nakula adalah 10-12 hari.

Berdasarkan hasil penelitian dari Nauratun Nisfi (2018) yang dilakukan pada 95 pasien yang dirawat di RSJ Grhasia DIY dengan menggunakan uji analisis *Kendall-tau* diperoleh nilai signifikan 0,000 yang lebih kecil dari 0,05 ($\text{sig} < 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan lama rawat inap pasien

skizofrenia di RSJ Grhasia DIY dengan tingkat koefisien keeratan tinggi sebesar $r=0,000$.

Salah satu dukungan keluarga adalah dengan menunggu pasien yang dirawat di ruangan sedangkan di ruang Nakula adalah ruang yang tidak memperbolehkan pasiennya ditunggu oleh keluarga. Hal ini yang memungkinkan lama perawatan di ruang Nakula lebih lama walaupun dilakukan latihan asertif

Menurut hasil penelitian Titik Suerni (2016) dengan uji *Chi-Square* menunjukkan nilai *P Value* = 0,004 ($<0,05$), maka ada hubungan lama rawat inap dengan pemenuhan kebutuhan seksual pasien skizofrenia berstatus menikah. Pada karakteristik responden di penelitian ini didapatkan status perkawinan (kawin) sebanyak 13 orang (38,2 %), tidak kawin sebanyak 19 orang (55,9 %), dan cerai sebanyak 2 orang (5,9 %). Sesuai dengan penelitian Titik Suerni bahwa kebutuhan biologis mempengaruhi lama perawatan.

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian biasanya tidak berjalan lancar seperti yang diharapkan biasanya memiliki keterbatasan-keterbatasan yang terkait dengan proses penelitian itu sendiri. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman yaitu keterbatasan tempat responden. Pada perencanaan penelitian, rancangan pengambilan sampel memakai dua ruang Sadewa dan Ruang Nakula, tetapi ternyata karakteristik ruangan Sadewa berbeda karena ruangan untuk pasien yang masih mengalami perilaku kekerasan aktual (amuk), maka pada penelitian ini hanya menggunakan satu ruangan yaitu Ruang Nakula berjumlah 34 responden yang terdiri dari 17 responden kelompok intervensi dan 17 responden kelompok kontrol. Kalau ada ruangan yang sama karakteristiknya penelitian yang berikutnya bisa menggunakan 2 ruang. Pengaruh lingkungan terhadap perilaku kekerasan dan karakteristik responden tidak diteliti dalam penelitian ini.