

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Pada tahun 1938 saat didirikan, Rumah Sakit Jiwa Grhasia masih berupa Rumah Perawatan atau Koloni Orang Sakit Jiwa (KOSJ) dengan nama Lalijiwo dan berada di bawah pengawasan Rumah Sakit Jiwa Pusat Kramat Magelang. Status kepemilikan merupakan milik Kasultanan Ngayogyakarta Hadiningrat. KOSJ Lalijiwo menempati areal tanah seluas 104.250 m² di Jalan Kaliurang Km.17 Pakem, Sleman, Yogyakarta. Saat itu merupakan wilayah yang terpencil serta jauh dari kota, yang merupakan ciri khusus lokasi Rumah Perawatan Orang Sakit Jiwa yang dibuat oleh Pemerintah Hindia Belanda. Tenaga perawat yang ditugaskan merupakan para Penjaga Orang Sakit (POS) yang sebenarnya tidak memiliki latar belakang pendidikan profesi perawat.

Pemerintah Propinsi DIY mulai mengelola KOSJ Lalijiwo setelah Indonesia pada tahun 1945 menyatakan

merdeka. Mulai sekitar tahun 1960 KOSJ Lalijiwo tidak lagi dibawah pengawasan RSJ Magelang dan mendapat bantuan dari Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta, sekaligus dijadikan sebagai tempat praktik calon dokter (Co-Assisten), sehingga kemudian lebih dikenal dengan sebutan Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Lali Jiwo Pakem.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 88 Tahun 2018 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY, Rumah Sakit Jiwa Grhasia mempunyai tugas membantu Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, khususnya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif serta kesehatan lainnya.

Pada perkembangannya, Pemerintah Provinsi DIY mulai menata kelembagaan rumah sakit Lalijiwo melalui Peraturan Daerah Nomor 4 tahun 1981 tentang Pembentukan Susunan Organisasi Rumah Sakit Jiwa "Lali Jiwo". Kedudukannya bukan lagi merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan

Provinsi DIY tetapi merupakan unit pelaksana teknis daerah yang bertanggung jawab langsung kepada Gubernur selaku Kepala Daerah Provinsi DIY. Klasifikasi Rumah Sakit Lalijiwo pada saat itu merupakan rumah sakit tipe B ditunjuk sebagai Direktur pertama adalah dr Prajitno Siswowyoto, SpKJ.

Nama Rumah Sakit Jiwa Lali Jiwo dihilangkan dan menjadi Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi DIY melalui Peraturan Daerah nomr 14 tahun 1989. Selanjutnya pada tahun 2003 mengalami perubahan lagi untuk menghilangkan atau mengurangi stigma negatif terhadap rumah sakit jiwa dengan penggunaan nama dan logo Rumah Sakit Grhasia Provinsi DIY.

Rumah Sakit Jiwa Grhasia ditetapkan sebagai RS Khusus Jiwa Kelas A dengan Kepmenkes RI No HK.03.05/ I/7875/ 2010, 18 Okt 2010. Kemudian mendapatkan Ijin Operasional Tetap melalui SK Menkes RI No 10/2010, 18 Januari 2012 dan SK Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal No

1/1/10/KES/PMDN/2017 Tentang Izin Operasional RS Jiwa Kelas A, tgl 23 Januari 2017 berlaku sd 22 Januari 2022.

Status sebagai rumah sakit terakreditasi didapatkan Rumah Sakit Jiwa Grhasia dengan peringkat Akreditasi Penuh Tingkat Dasar SK Dirjen Yanmed No. YM 0003.2.2.5164 tertanggal 19 Desember 2000. Kemudian diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan peringkat Lulus Tingkat Lanjut (SERT/436/II/2012, 28 Februari 2012), Tingkat Paripurna (SERT/143/X/2015, 15 September 2015), dan Lulus Tingkat Paripurna (SERT/572/V/2019, 28 Mei 2019).

Visi strategis Rumah Sakit Jiwa Grhasia adalah "Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Jiwa dan NAPZA Paripurna yang Berkualitas dan Beretika." Misi Rumah Sakit Jiwa Grhasia adalah: 1) Mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA paripurna; 2) Mewujudkan Rumah Sakit sebagai pusat pembelajaran, penelitian dan pengembangan kesehatan jiwa dan NAPZA; 3) Mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan menjamin keselamatan pasien; 4)

Mewujudkan pelayanan yang beretika dan mencerminkan budaya masyarakat DIY. Rumah Sakit Jiwa Grhasia memiliki motto "Melayani dengan Senyum", dengan akronim: S (Siap), E (Empati), N (Nalar), Y (Yakin), dan U (Upayakan Pelanggan diperhatikan), M (Mengucapkan Terima Kasih).

Rumah Sakit Jiwa Grhasia memiliki kapasitas tempat tidur 243 dengan Jenis Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Grhasia terdiri dari:

1. Gawat Darurat (24 jam)

Layanan yang diberikan meliputi: Kegawatdaruratan Psikiatri dan NAPZA, Kegawatdaruratan Umum, Pelayanan Pemeriksaan Umum, dan Pelayanan Ambulans 118.

2. Rawat Jalan

Beberapa layanan di Klinik Psikiatri/Jiwa yaitu: 1) Pelayanan Sub Spesialis Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja, 2) Pelayanan Psikiatri Dewasa, 3) Pelayanan Psikogeriatri, 4) Pelayanan Gangguan Mental Organik, 5)

Surat KIR Bebas Narkoba, 6) pembuatan surat KIR Kesehatan Jiwa, 7) Visum Et Repertum jiwa, 8) rehabilitasi bagi korban penyalahgunaan zat adiksi non Napza, 8) Pelayanan Psikologi Klinis, dan 9) Pelayanan Psikometri.

Pada klinik rawat jalan juga memiliki layanan klinik Keperawatan Jiwa, Klinik Pemeriksaan Fisik (KIR Jasmani), Klinik Gigi dan Mulut, Klinik Saraf, Klinik Anak dan Tumbuh Kembang, Klinik Penyakit Dalam, Klinik VCT (Konsultasi & Test HIV), dan Pelayanan TB-DOTS/Tuberkulosis.

3. Instalasi Rawat Intensif (Psikiatri)

Terdiri dari Wisma Arimbi (Rawat Intensif Putri) dengan kapasitas 15 tempat tidur dan Wisma Bima (Rawat Intensif Putra) yang juga berkapasitas 15 tempat tidur.

4. Instalasi Rawat Inap (Psikiatri)

Terdiri dari enam ruang perawatan, yaitu: Wisma Sembodro (Psikiatri putri kelas VIP, 1 dan 2) dengan kapasitas 25 TT, Wisma Arjuna (Psikiatri putra kelas VIP,

kelas 1 dan kelas 2) berkapasitas 21 TT, Wisma Nakula (Psikiatri putra dewasa yang berusia kurang dari 35 tahun Kelas 3) memiliki kapasitas 24 TT, Wisma Sadewa (ruang perawatan Putra dewasa yang berusia diatas 35 tahun Kelas 3) dengan kapasitas 24 TT, Wisma Gatotkaca (ruang perawatan putra remaja & dewasa berusia kurang dari 35 tahun kelas 3 berkapasitas 25 TT, dan Wisma Yudhistira (ruang perawatan psikiatri dan penyakit fisik memiliki kapasitas 8 tempat tidur.

5. Penanganan Korban Napza (Wisma Abimanyu)

Fasilitas yang dimiliki adalah rawat jalan NAPZA dengan layanan yang disediakan rawat jalan non rumatan, rawat jalan rumatan (methadon dan suboxon), dan pelayanan wajib lapor pecandu napza (IPWL). Adapun untuk fasilitas yang dimiliki ruang rawat inap Napza adalah 30 tempat tidur dengan Kelas VIP, kelas 1, kelas 2 dan kelas 3. Layanan lainnya adalah detoksifikasi napza, rehabilitasi medis napza berbasis rumah sakit, dan layanan Napza dengan IO HIV.

6. Rehabilitasi Mental

Rehabilitasi mental memiliki fasilitas rehabilitasi ketrampilan, rehabilitasi pertukangan/las, dan rehabilitasi pertanian.

7. Rehabilitasi Medik

Terdiri dari: Klinik Rehabilitasi Medik, EEG/Rekam Otak, EKG/Rekam Jantung, BERA/Test Pendengaran, Fisioterapi Umum, Fisioterapi Anak, Okupasi Terapi, dan Terapi Wicara.

8. Penunjang Lainnya

Layanan penunjang lainnya terdiri dari laboratorium klinik, instalasi radiologi (Foto Rontgen dan Ultrasonografi), instalasi farmasi, dan konsultasi gizi, instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas), instalasi Diklatlitbang, VCT dan CST.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Umur

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Umur Responden

No	Umur (Tahun)	Distribusi frekuensi	
		n = 102	%
1	25 - 35	25	24,5
2	36 - 45	57	55,9
3	46 - 55	20	19,6

Sebagaimana tabel 4.1 di atas, terlihat bahwa dari 102 orang responden yang dijadikan subyek penelitian, sebagian besar berada pada rentang usia 36-45 tahun dengan prosentase 55,9%. Sedangkan, responden dengan prosentase terkecil yakni 19,6% berada pada level usia 46-55 tahun.

Tabel 4.2
Tabulasi Silang Umur dengan Prevalensi

Umur (tahun)	Prevalensi			Total
	jarang	pernah	tidak pernah	
25-35	7	15	3	25
36-45	16	33	8	57
46-55	3	16	1	20
Total	26	64	12	102

Pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi perilaku agresif pasien dialami oleh subyek penelitian dengan umur 46-55 tahun yakni dari 20 orang sebanyak 19 orang pernah atau jarang mengalami pengalaman dengan pasien yang menunjukkan perilaku agresif (95%) dan terendah pada usia 36-45 tahun sebanyak 49 orang dari 57 orang.

b. Masa Kerja

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Masa Kerja Responden

No	Masa Kerja (Tahun)	Distribusi frekuensi	
		n = 102	%
1	1 - 10	25	24,5
2	11 - 20	56	54,9
3	21 - 30	21	20,6

Tabel 4.3 di atas menerangkan bahwa sebagian besar responden mempunyai masa kerja dalam rentang 11-20 tahun dengan prosentase 54,9%. Selanjutnya, prosentase minoritas responden sebesar 20,6% dengan masa kerja 21-30 tahun.

c. Jenis Kelamin

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

No	Jenis Kelamin	Distribusi frekuensi	
		n = 102	%
1	Laki-laki	41	40,2
2	Perempuan	61	59,8

Dari keseluruhan responden yang menjadi subyek penelitian, 59,8% diantaranya berjenis kelamin perempuan, sedangkan sisanya sebanyak 40,2% berjenis kelamin laki-laki.

Tabel 4.5
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Prevalensi			Total
	jarang	pernah	tidak pernah	
Laki-laki	19	20	2	41
Perempuan	7	44	10	61
Total	26	64	12	102

Tabel 4.5 menggambarkan bahwa perawat laki-laki yang memiliki prevalensi tertinggi dalam menghadapi perilaku pasien agresif yaitu ada sebanyak 39 perawat dari 41 orang (95,1%). Pada perempuan prevalensinya 83,6%.

d. Pendidikan

Tabel 4.6
Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden

No	Jenis Pendidikan	Distribusi frekuensi	
		n = 102	%
1	S2	3	2,9
2	S1	14	13,7
3	D4	26	25,5
4	D3	59	57,8

Tabel 4.6 di atas menerangkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan D3 dengan jumlah 59 orang atau 57,8%. Selanjutnya, kelompok responden sebagian kecil berpendidikan S2 dengan jumlah 3 orang dengan prosentase 2,9%.

e. Prevalensi Pasien Agresif

Tabel 4.7
Distribusi Frekuensi Prevalensi Pasien Agresif

No	Kategori Prevalensi	Distribusi frekuensi	
		n = 102	%
1	Jarang	26	25,5
2	Pernah	64	62,7
3	Tidak pernah	12	11,8

Prevalensi pasien agresif menurut perawat yang menjadi responden di Rumah Sakit Jiwa Grhasia

sebagian besar berada pada kategori pernah yang dinyatakan oleh 64 orang responden atau 62,7%. Sedangkan kategori prevalensi minoritas adalah tidak pernah yang dinyatakan oleh 12 orang perawat atau 11,8%.

f. Perilaku membahayakan pasien

Tabel 4.8
Distribusi Frekuensi perilaku membahayakan pasien

No	Kategori Perilaku	Distribusi frekuensi	
		n = 102	%
1	Kekerasan verbal	86	84,3
2	Penghinaan	84	82,4
3	Ancaman fisik	94	92,2
4	Cidera ringan	79	77,5
5	Cidera serius	31	30,4
6	Pelecehan	52	51,0

Bentuk perlakuan pasien agresif yang membahayakan perawat terdiri atas enam bentuk sebagaimana tabel 4.8 di atas. Dari keseluruhan perilaku di atas, sebagian besar bahaya yang dialami oleh perawat adalah ancaman fisik sebanyak 94 orang atau 92,2%. Selanjutnya, kategori perilaku membahayakan terkecil

yaitu mengakibatkan cedera serius sebanyak 31 orang atau 51%.

g. Persepsi Perawat

Tabel 4.9
Distribusi Frekuensi Persepsi Perawat

No	Kategori Persepsi	Distribusi frekuensi	
		n = 102	%
1	Ragu-ragu	27	26,5
2	Setuju	65	63,7
3	Sangat setuju	10	9,8

Untuk persepsi perawat yang terlihat dalam tabel 4.9 di atas, sebagian besar berada pada kategori setuju dengan jumlah 65 orang atau prosentase 63,7%. Kelompok kategori persepsi terkecil adalah sangat setuju dengan jumlah 10 orang atau prosentase 9,8%.

2. Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan yang terjadi antara persepsi perawat dengan penurunan prevalensi perilaku agresif pasien yang membahayakan, maka peneliti melakukan uji bivariante *spearman rank* dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.10
Hasil Analisis *Spearman Rank*

		Prevalensi	Persepsi
Prevalensi	Pearson Correlation	1	.992**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	102	102
Persepsi	Pearson Correlation	.992**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	102	102

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hasil analisis di atas terlihat bahwa nilai sig < alpha, yaitu sebesar 0,000. Selanjutnya, nilai *pearson correlation spearman* menghasilkan nilai 0,992 dengan bintang dua yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi perawat dengan penurunan prevalensi pasien agresif yang membahayakan perawat.

3. Analisis Hasil Wawancara Subyek Penelitian

Wawancara terhadap subyek penelitian dilakukan sebagai upaya mengetahui perasaan subyek saat berhadapan dengan pasien dengan perilaku agresif. Melalui wawancara, peneliti juga berusaha menggali

penyebab terjadinya perilaku agresif pasien yang membahayakan perawat. Selanjutnya, dari hasil analisis wawancara tersebut, peneliti berusaha menyajikan sebuah model dalam pencegahan perilaku agresif pasien sekaligus sebagai upaya penurunan prevalensinya.

Wawancara dilakukan pada tiga orang perawat dengan masa kerja di atas dua tahun seluruhnya, dan satu orang kepala bidang keperawatan sebagai informan kunci. Sebagaimana tujuan di atas, secara detail hasil wawancara dapat terurai dalam tiga poin pokok berikut ini :

a. Perasaan subyek

Dari keempat subyek yang diwawancarai, seluruhnya menyebutkan bahwa tidak merasakan cemas secara signifikan atas perilaku agresif pasien dikarenakan pengalaman mereka dalam menangani pasien serupa. Hal tersebut sebagaimana terlontar dalam pernyataan salah satu subyek berikut:

“...Cemas sih, kayaknya nggak ...” (Ik)

“...Kalau masalah cemas atas tindakan fisik pasien sih nggak, karena kebetulan saya lama di UGD jadi ya biasa kalau masalah seperti ini ...” (Na)

“...kadang merasa cemas karena ditempatkan di ruang intensif , kondisi pasien yang kadang tidak terduga. Namun, cuma perasaan sementara saja selebihnya tetap tegar menghadapi ...” (An)

“...Kalau cemas kami sich enggak, sudah biasa menghadapi pasien agresif. Bahkan pernah pasien menolak dirawat, dia bilang kalau saya dajjal lalu menyerang saya, kami dalam penanganan dibantu satpam, kami lumpuhkan, waktu itu tidak sampai cidera ...” (Hj)

- b. Penyebab terjadinya perilaku agresif yang membahayakan subyek

Terkait penyebab terjadinya perilaku agresif sudah jelas, bahwa itu memang resiko dari pasien. Namun, saat dihubungkan dengan keadaan bahaya yang akan dialami subyek maka, dalam hal ini subyek pun berperan penting sebagai pihak yang bisa mencegah terjadinya perilaku yang membahayakan ini. Dalam proses penatalaksanaan pasien, subyek sebagai perawat di rumah sakit tidak pernah terlepas dari prosedur yang ditetapkan di SPO. Jika, dikaitkan

dengan SPO, maka dari keseluruhan subyek penelitian hanya 25% atau satu orang yang mampu menjelaskan dan melaksanakan tugas dalam menangani pasien agresif sesuai SPO.

“...SPO penanganan pasien gaduh gelisah (agresif) yaitu dilakukan 4-5 petugas. Ngasih tahu kalau mau difiksasi kalau memungkinkan bisa diajak komunikasi. Ada kontrak diawal. Kalau tidak bisa diajak komunikasi dilakukan fiksasi dulu. Fiksasi dilakukan kepada pasien yang berisiko menciderai diri sendiri dan orang lain, berisiko jatuh karena bizar (sullit diarahkan). Isolasi dilakukan pada pasien yang tidak berisiko menciderai diri sendiri, masih bisa diarahkan...” (Na)

Selebihnya, tiga diantaranya belum bisa menyebutkan detail SPO dan juga belum melaksanakan sesuai dengan SPO yang ada terkhusus tentang tali fiksasi dan pembentukan tim, sebagaimana jawaban salah satu subyek berikut ini :

“...Penanganan pasien agresif belum sesuai SPO misal pada saat fiksasi (melakukan pengikatan pasien) belum ada yang ditunjuk sebagai ketua timnya...” (Ik)

c. Upaya mengantisipasi perilaku agresif pasien

Terkait dengan upaya antisipasi perilaku agresif pasien, hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian besar subyek menyatakan bahwa perbaikan jenis tali fiksasi adalah sebuah solusi yang bisa menurunkan prevalensi perilaku agresif yang membahayakan subyek. Selain itu, ada juga yang menyebutkan bahwa perlu adanya sebuah pelatihan manajemen krisis.

“...yang perlu diperbaiki dalam penanganan pasien krisis model/jenis tali fiksasinya, perlu yang kuat...”
(Hj)

“...yang perlu ditingkatkan untuk menurunkan perilaku pasien agresif atau penanganan pasien agresif: perawat direfresh pelatihan manajemen krisis untuk pelatihan self defens atau kegawatdaruratan psikiatri...” (Ik)

C. Pembahasan

1. Persepsi Perawat

Hasil analisis dari penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi perawat berada pada ranah positif dengan prosentase 63,7%. Perbedaan persepsi pada masing-

masing perawat bisa dikarenakan pengetahuan ataupun pengalaman yang berbeda pula walaupun ditempatkan dalam situasi yang sama. Perbedaan persepsi ini akan menghasilkan interpretasi yang berbeda sehingga akan mempengaruhi penggambaran sebuah obyek. Persepsi dapat membuat individu menyadari dan memahami keadaan diri individu tersebut.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Ariwidiyanto (2015) tentang hubungan antara persepsi perawat tentang perilaku agresif dengan sikap perawat pada pasien skizofrenia yaitu memiliki persepsi negatif sebanyak 19 orang dan perawat yang memiliki persepsi positif sebanyak 13 orang.

Perbedaan hasil penelitian ini ditegaskan Khulsum (2014) yang menyatakan bahwa persepsi adalah suatu proses pencarian informasi yang menyangkut interpretasi lingkungan sekitar melalui pengindraan. Hal ini menunjukkan bahwa dalam mempersepsikan sebuah keadaan, tidak hanya bergantung pada individu masing-

masing tetapi juga melibatkan peran lingkungan dan kepekaan penginderaan.

Sebagaimana hasil analisis yang menyatakan bahwa persepsi perawat di Rumah Sakit Jiwa Grhasia berada pada kategori positif, maka hal ini secara tidak langsung menunjukkan bahwa pengalaman, penginderaan, dan kondisi lingkungan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia berada pada kondisi baik pula. Walaupun dari hasil wawancara terlihat bahwa SPO belum dilaksanakan secara keseluruhan, tetapi dukungan fasilitas dan pengalaman perawat dalam menangani pasien menjadikan penyebab positifnya persepsi perawat dalam hasil penelitian ini.

2. Prevalensi Perilaku Agresif Pasien

Hasil analisis prevalensi perilaku agresif pasien yang membahayakan perawat sebagian besar berada pada kategori pernah, namun dengan tingkat perilaku yang masih bisa diatasi. Kecenderungan perilaku agresif ini berupa ancaman fisik dengan prosentase 92,2%. Dimana

kondisi pasien yang sering melakukan perselisihan dengan melakukan protes terhadap staf perawat dengan tujuan menolak tindakan perawatan maupun pengobatan yang akan dilakukan (*protests and refusal of treatment*). Penyebab utama kejadian ini adalah pasien tidak mengetahui atau menyadari alasan dirinya di bawa ke ruang rawat darurat. Pada beberapa keadaan, pasien dengan perilaku kekerasan tidak dapat diajak berkomunikasi. Pasien kadang berteriak mengancam, dan mengejek atau menghina menggunakan kata kata kasar kepada petugas dan pasien lainnya (*escalating behavior*) (NAMI, 2004).

Perawat pasien jiwa memiliki intensitas tinggi terhadap perilaku kekerasan pasien. Menurut Hawari (2010), hal ini bisa disebabkan karena semakin lama terpapar stressor ini sangat berpengaruh pada persepsi seseorang terhadap masalah. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh The National Alliance For The Mentally III (2004), menyatakan bahwa 10,6 pasien

dengan gangguan mental serius seperti skizoprenia paranoid melukai orang lain, dan 12,2 % mengancam mencederai orang lain. Dalam penelitian Menurut Foster, Bowers & Nijman (2007) diperoleh hasil dari 254 peristiwa agresi yang dicatat, perawat adalah orang paling sering menjadi target dalam peristiwa perilaku agresif yaitu sebanyak (57,1%).

Perawat psikiatri memang sebuah profesi yang tidak bisa dipisahkan dengan resiko membahayakan yang disebabkan oleh pasien agresif. Kondisi ini, seringkali diperparah dengan ketidakpahaman perawat dalam penanganan akibat kurang pengalaman. Faktor lain yang mempengaruhi adalah tidak adanya tim khusus dalam penanganan pasien agresif, sehingga perawat bekerja secara individu, dan hal ini memunculkan resiko membahayakan diri.

3. Pengaruh Persepsi Perawat Terhadap Prevalensi Perilaku Agresif Pasien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh positif antara persepsi terhadap perilaku agresif pasien yang membahayakan perawat. Nilai positif ini terlihat dari signifikansi yang menunjukkan angka 0,000 dan nilai *pearson spearman rank* 0,922**. Korelasi ini selaras dengan hasil wawancara informan penelitian yang menyatakan bahwa tidak merasa cemas atas perilaku agresif pasien. Ketidakcemasan tersebut dikarenakan pemahaman yang baik atas penanganan pasien agresif serta pengalaman perawat yang cukup dalam menghadapi pasien agresif.

Nursalam (2007) mengatakan bahwa perawat dengan masa kerja yang cukup lama mempunyai pengalaman yang banyak sehingga akan lebih siap dalam menghadapi pasien yang beresiko mencederai. Perawat dengan masa kerja yang cukup lama juga sudah terbiasa dalam menghadapi ancaman yang ada dan hal tersebut dapat meringankan atau mengurangi resiko kecemasan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini sesuai

dengan hasil penelitian yang didapatkan oleh peneliti yaitu perawat yang memiliki masa kerja 11-20 tahun lebih banyak dari perawat yang memiliki masa kerja 1-10 tahun. Peneliti berasumsi bahwa perawat yang memiliki masa kerja dalam kategori lama telah terlatih dan berpengalaman dalam menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan, dan perawat dapat mengontrol perasaan cemas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien perilaku kekerasan. Faktor lain yang dapat mempengaruhi yaitu lingkungan. Menurut peneliti perawat yang sudah terbiasa dengan lingkungan kerja di Rumah Sakit Jiwa akan mempengaruhi tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien perilaku kekerasan. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart dan Sudden (2013) yang menyatakan bahwa Individu yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan individu yang berada di lingkungan biasa dia tempati.

4. Model Penurunan Prevalensi Perilaku Agresif Pasien

Kolaborasi hasil wawancara pada keempat perawat dan seorang kepala bidang keperawatan terkait dengan upaya antisipasi pasien agresif yang membahayakan perawat, ketika dianalisis akan menghasilkan sebuah model penurunan prevalensi perilaku agresif pasien. Secara detail, gambaran model yang terbentuk adalah sebagai berikut :

- a. Menjadikan SPO sebagai acuan dalam penatalaksanaan pasien agresif

Sebagaimana dengan kepanjangannya, SPO (Standar Operasional Prosedur), maka SPO menjadi sebuah pedoman standar dalam melakukan sebuah kegiatan, termasuk penatalaksanaan pasien agresif. Jika SPO mampu dilaksanakan secara keseluruhan, maka penatalaksanaan pasien agresif akan berjalan dengan baik, sehingga menurunkan prevalensi pasien agresif yang membahayakan perawat.

b. Perbaiki jenis tali fiksasi

Tali fiksasi menjadi hal yang sangat penting dalam penanganan pasien agresif. Idealnya, diperlukan sebuah tali fiksasi yang lembut dan kuat untuk mengantisipasi keamanan pasien tanpa menimbulkan cedera. Selain itu, segi ke-etisan juga menjadi pertimbangan tersendiri saat memilih tali fiksasi untuk pasien agresif, karena dianggap sebagai pasien penyakit jiwa maka seringkali aspek ini dikesampingkan. Namun, sesungguhnya nilai etis pada sebuah alat menjadi poin penting juga dalam penanganan pasien jiwa.

c. Pelatihan manajemen krisis atau kegawatdaruratan psikiatri

Secara kompetensi, perawat sebagai pihak yang berhadapan langsung dengan pasien agresif harus dilakukan *maintenance* melalui pelatihan manajemen krisis atau kegawatdaruratan. Hal ini dilakukan, agar perawat tidak hanya mengandalkan rasa tidak cemas

namun mampu secara kompetensi dalam menangani pasien agresif yang membahayakannya.

d. Penambahan CCTV untuk obeservasi pasien

Mengingat perilaku agresif pasien yang tidak menentu, maka untuk mengontrol prevalensi bahaya yang dialami perawat yang menangani, diperlukan perangkat CCTV yang memadai. Hal ini dimaksudkan jika perawat membutuhkan bantuan, maka petugas lain bisa datang dengan cepat sesuai dengan pantauan CCTV.