

# **PENGARUH LATIHAN ASERTIF DALAM MEMPERPENDEK FASE INTENSIF DAN MENURUNKAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN DI RUANG *INTENSIVE PSYCHIATRIC CARE UNIT ( IPCU )* RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

**Mochamad Ali Sodikin<sup>1</sup>, Titin Andri Wihastuti<sup>2</sup>, Lilik Supriati<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

<sup>2,3</sup> Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

## **ABSTRAK**

Perilaku kekerasan merupakan respon kemarahan maladaptif dalam bentuk perilaku menciderai diri, orang lain dan lingkungan, Perilaku kekerasan adalah alasan masuk yang utama di rumah sakit jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yaitu 538 kasus (53,01%) dengan rerata lama hari rawat di ruang intensif psikiatri 7 – 8 hari, lama hari rawat ditentukan oleh pemendekan fase intensif pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang *Intensive Psyciatric Care Unit (IPCU)* RSJ.dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Penelitian ini menggunakan desain “*Quasi experimental pre-post test with control group*”. Sample penelitian ini adalah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berjumlah 60 orang yang terdiri dari 30 orang kelompok perlakuan yang diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dan 30 orang kelompok kontrol yang hanya mendapatkan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa fase intensif pasien lebih cepat pada kelompok perlakuan daripada kelompok kontrol dengan nilai  $p < 0.001$  dan didapatkan penurunan gejala perilaku kekerasan yang lebih besar pada kelompok perlakuan daripada kelompok kontrol dengan nilai  $p < 0.001$ . Dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dapat memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan pasien oleh karena itu direkomendasikan untuk diterapkan di ruang perawatan intensif psikiatri.

**Kata kunci** :Latihan asertif, fase intensif, perilaku kekerasan, ruang perawatan intensif psikiatri

## **ABSTRACT**

*Violence behavior is a maladaptive anger response in form of doing harm to self, other and environment. Violence behavior is the primary reason of why inmates have been put into dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Mental Hospital, as much as 538 cases (53,01%) with the average time on intensive psychiatric ward about 7 – 8 days, as the care time is determined by shortening of intensive phase. The Aim of this study was to understand the effects of assertiveness training in shortening intensive phase and decreasing of violence behaviour symptom in Intensive Psychiatric Care Unit ( IPCU ) ward of dr. Radjiman Wediodiningrat Mental Hospital of Lawang. Quasi experimental pre-post test with control group design was used in these study. Samples were involved in these study are 60 Schizophrenic clients with violence behavior that consist of 30 experimental group given assertiveness training and violence behavior nursing care standard and 30 control group given only violence behavior nursing care standard. Result showed that shorten intensive phase was found in experimental group rather than control group with value  $p < 0.001$  and greater violence behavior symptom lowering was found in experimental group rather than control group with value  $p < 0.001$ . In conclusion giving assertiveness training can shortening intensive phase and decreasing of aggressive behavior symptom on client, so that it is surely recommended to be applied in intensive psychiatric ward.*

**Keywords** :Assertiveness training, Intensive Phase, Intensive Psychiatric Care Unit, Violence Behavior .

Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol: 3, No. 2, November 2015; Korespondensi : M. Ali Sodikin.  
Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Jl. Jend. A. Yani Lawang. Email  
:[alisodikin2410@gmail.com](mailto:alisodikin2410@gmail.com) telp. 085604123823

## PENDAHULUAN

Perilaku kekerasan adalah reaksi emosional yang menyebabkan terjadinya kemarahan atau perilaku yang bertujuan untuk menyebabkan kerusakan fisik terhadap seseorang atau properti (Fresan, 2007). Perilaku impulsif maupun agresif dapat terjadi pada fase akut maupun fase kronis pada pasien *schizophrenia*. (Lindenmayer, 2009). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana individu mengalami perilaku yang dapat membahayakan secara fisik baik pada diri sendiri maupun orang lain (Townsend, 2009). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan / kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart, 2013)

Studi pendahuluan yang penulis lakukan di 3 ruang (2 ruang laki – laki dan 1 ruang perempuan) *Intensive Psychiatric Care Unit* (IPCU) RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang terjadi peningkatan jumlah pasien yang masuk rumah sakit dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan. Jumlah pasien yang dirawat di ruang IPCU pada tribulan ketiga (Juli, Agustus, dan September) tahun 2014 adalah 898 pasien (649 laki – laki dan 249 perempuan) pasien yang masuk rumah sakit (MRS). Perilaku kekerasan merupakan diagnosa terbanyak pertama yaitu 482 pasien (53,67%) terdiri dari pasien laki – laki sebanyak 414 orang dan perempuan sebanyak 68 orang.

Jumlah pasien yang dirawat pada tribulan keempat (Oktober, November, dan Desember) 2014, terdapat 1015 pasien (727 laki – laki dan 288 perempuan) pasien yang MRS. Perilaku kekerasan merupakan diagnosa terbanyak pertama yaitu 538 pasien (53,01%) terdiri dari pasien laki – laki sebanyak 458 orang dan perempuan sebanyak 80 orang. Terjadi peningkatan jumlah pasien yang dirawat pada

tribulan keempat sebanyak 117 pasien (13%), dan peningkatan jumlah pasien dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan sebanyak 56 pasien (11,62%), dengan rata – rata hari rawat pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan adalah 7 - 8 hari (Bidper RSJ RW, 2014).

Ruang IPCU merupakan ruang perawatan untuk pasien dalam kondisi akut, perilaku kekerasan merupakan diagnosa keperawatan terbanyak di ruang IPCU. Apabila kondisi pasien yang dirawat sudah tenang (tidak akut) maka pasien tersebut akan dipindahkan ke ruang sub akut, selama ini rata – rata hari rawat pasien *schizophrenia* dengan diagnosa perawatan perilaku kekerasan adalah 7 – 8 hari, sementara standar pelayanan hari rawat di ruang intensif adalah 10 hari, sehingga terjadi penumpukan pasien dengan diagnosa perawatan perilaku kekerasan,

Ruang perawatan intensif psikiatri adalah ruangan untuk merawat pasien dengan kondisi psikiatri akut. Kondisi psikiatri akut ini meliputi tindakan yang membahayakan diri sendiri dan kegawatdaruratan psikiatri lainnya (Beer, 2008). Kondisi akut yang dimaksudkan di atas adalah kondisi pasien gangguan jiwa dengan kriteria : pasien yang mengalami gangguan jiwa yang berat dan biasanya kronis, pasien yang menunjukkan gangguan yang berat pada aspek kognitif, afektif dan persepsi, pasien beresiko mencederai diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan. secara total tergantung terhadap semua pemenuhan kebutuhan aktifitas hidup sehari-hari (*Activity of Daily Living*), membutuhkan 8 jam perawatan setiap hari, evaluasi *Global Assessment of Functioning* (GAF) : < 30, evaluasi perkembangan perilaku < 17 (Pokjakep. RSJ.RW. Lawang, 2011).

Selama ini tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan diagnosa

perawatan perilaku kekerasan di ruang IPCU RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang adalah standar asuhan keperawatan (SAK) perilaku kekerasan. Strategi preventif untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan berupa peningkatan kesadaran diri perawat, edukasi pasien dan latihan asertif (Stuart, 2013). Peningkatan kesadaran diri dilakukan dengan meningkatkan kemampuan perawat sehingga mampu menggunakan diri secara terapeutik. Edukasi pasien berisi latihan komunikasi dan cara yang tepat untuk mengekspresikan marah.

Latihan Asertif merupakan salah satu terapi spesialis untuk melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi (Stuart & Laraia, 2005). Dari jabaran di atas disimpulkan bahwa strategi preventif pencegahan perilaku kekerasan yaitu peningkatan kemampuan perawat, edukasi kepada pasien dalam berkomunikasi dan mengekspresikan marah, serta latihan asertif untuk meningkatkan kemampuan interpersonal dalam berbagai situasi (Wahyuningsih, 2009).

Latihan asertif bertujuan untuk membantu merubah persepsi untuk meningkatkan kemampuan asertif individu, mengekspresikan emosi dan berfikir secara adekuat dan untuk membangun kepercayaan diri (Linnet *al.* 2008). Pada pasien *schizophrenia* yang kronik latihan asertif terbukti meningkatkan perilaku asertif dan kemampuan berkomunikasi secara interpersonal dengan segera setelah intervensi diberikan (Lee, 2013)

Menurut Rezan (2009) pemberian latihan asertif dapat mengurangi perilaku agresif pasien yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Pada penelitian dengan subyek remaja yang diberikan latihan asertif, didapatkan perbedaan yang signifikan peningkatan level asertif antara kelompok

intervensi dan kelompok kontrol.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang IPCU RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

## METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi Eksperimen Pre-Post test With control Group*" dengan intervensi latihan asertif. Penelitian ini membandingkan perbedaan fase intensif dan gejala perilaku kekerasan pada pasien *schizophrenia* dengan diagnosa perawatan perilaku kekerasan. Pada kelompok perlakuan diberikan latihan asertif (**AT**) dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan (**SAK PK**) dan pada kelompok kontrol hanya diberikan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan (**SAK PK**) tanpa latihan asertif.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis univariat, bivariat menggunakan uji *test*, *Wilcoxon*, *Mann-Whitney* untuk melihat perbandingan pemendekan fase intensif dan penurunan gejala perilaku kekerasan pada pasien.

## HASIL

### 1. Karakteristik responden

Karakteristik dari 60 pasien yang dijadikan responden dalam penelitian ini rerata usia 31,50 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan tertua 54 tahun, jenis kelamin terbanyak laki – laki (66,7%), jenjang pendidikan terbanyak SD (35%), sebagian besar tidak bekerja (75%), sebagian besar tidak kawin (65%), rerata lama menderita gangguan jiwa 75,32 bulan dengan lama sakit terpendek 1 bulan dan terpanjang 240 bulan (2 tahun), rerata frekuensi dirawat adalah yang ke 2,47, jumlah responden yang

dirawat untuk pertama kali (pasien baru) merupakan yang terbanyak (43,3%), *Schizophrenia paranoid* merupakan diagnosa medis terbanyak (68,3%), terapi medis oral terbanyak kombinasi Typikal + Atpikal (30%)

dan mendapatkan terapi antipsikotik injeksi (60%), rerata lama hari rawat responden perlakuan adalah 3,57 hari dan responden perlakuan 5 hari

## 2. Hasil analisa pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala PK

**Tabel5.1** pengaruh latihan asertif dalam memperpendekfase intensif dan menurunkan gejala PK

| Variabel                                                              | Kelompok kontrol (N=30) |                     |           |                       | Nilai p (uji)                            | Kelompok perlakuan (N=30) |                     |           |                     | Nilai p (uji)                            | Nilai p (uji)                                    |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|-----------|-----------------------|------------------------------------------|---------------------------|---------------------|-----------|---------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                                                                       | Pre test                |                     | Post test |                       |                                          | Pre test                  |                     | Post test |                     |                                          | Perlakuan vs Kontrol                             |                                                  |
|                                                                       | Min-Max                 | Mean-SD             | Min-Max   | Mean-SD               |                                          | Min-Max                   | Mean-SD             | Min-Max   | Mean-SD             |                                          | Pre test                                         | Post test                                        |
| Skor mGAF-R                                                           | 14 - 21                 | 16,90<br>-<br>2,107 | 31 - 37   | 33,37<br>-<br>1,450   | <0.001<br>1 (W)                          | 14 - 21                   | 17,47<br>-2,46      | 33 - 38   | 35,47<br>-<br>1,961 | <0.001<br>1 (W)                          | 0,213<br>(MW)                                    | 0.001<br>(MW)                                    |
| Pemendekan fase intensif (Jam)                                        |                         |                     | 71 - 212  | 121,0<br>7 -<br>30,61 |                                          |                           |                     | 73 - 112  | 89,60<br>-<br>11,49 |                                          | <0.001 (T2)<br>MD 41,467<br>IK 95% 19,37 - 43,56 |                                                  |
| Skor Gejala PK                                                        | 81 - 94                 | 86,77<br>-<br>3,692 | 49 - 62   | 56,33<br>-<br>3,356   | <0.001<br>(T1)<br>MD<br>30,43<br>SD 5,13 | 80 - 95                   | 86,53<br>-<br>3,848 | 39 - 48   | 43,87<br>-<br>2,623 | <0.001<br>(T1)<br>MD<br>42,67<br>SD 5,16 | 0,405<br>(T2)<br>MD<br>0,2<br>IK<br>1,7-2,2      | <0.001<br>(T2)<br>MD<br>12,5<br>IK<br>10,9-14,02 |
| a. Respon perilaku                                                    | 15 - 20                 | 17,07<br>-<br>1,639 | 9 - 14    | 10,9 - 1,517          | <0.001<br>1 (W)                          | 15 - 20                   | 17,30<br>-<br>1,368 | 5 - 10    | 7,53 - 1,456        | <0.001<br>1 (W)                          | 0,203<br>(MW)                                    | <0.001<br>(MW)                                   |
| b. Respon sosial                                                      | 15 - 20                 | 17,33<br>-<br>1,493 | 9 - 13    | 10,73<br>-<br>1,285   | <0.001<br>1 (W)                          | 15 - 20                   | 17,10<br>-<br>1,647 | 5 - 10    | 7,70 - 1,393        | <0.001<br>1 (W)                          | 0,261<br>(MW)                                    | <0.001<br>(MW)                                   |
| c. Respon kognitif                                                    | 15 - 20                 | 17,33<br>-<br>1,561 | 9 - 14    | 11 - 1,486            | <0.001<br>1 (W)                          | 15 - 20                   | 16,90<br>-<br>1,539 | 5 - 10    | 8 - 1,462           | <0.001<br>1 (W)                          | 0,137<br>(MW)                                    | <0.001<br>(MW)                                   |
| d. Respon fisik                                                       | 8 - 10                  | 8,57 - 0,728        | 5 - 7     | 5,80 - 0,714          | <0.001<br>1 (W)                          | 8 - 10                    | 8,60 - 0,770        | 5 - 6     | 5,30 - 0,466        | <0.001<br>1 (W)                          | 0,457<br>(MW)                                    | 0.002<br>(MW)                                    |
| e. Skor PANSS - EC                                                    | 25 - 28                 | 26,47<br>-<br>1,106 | 15 - 20   | 17,90<br>-<br>1,561   | <0.001<br>1 (W)                          | 25 - 28                   | 26,63<br>-<br>1,129 | 14 - 17   | 15,33<br>-<br>0,994 | <0.001<br>1 (W)                          | 0,280<br>(MW)                                    | <0.001<br>(MW)                                   |
| Uji korelasi pemendekan fase intensif dengan penurunan skor gejala PK |                         |                     |           |                       | 0,282<br>(P)<br>r =<br>0,203             |                           |                     |           |                     | 0.067<br>(P)<br>r =<br>-                 |                                                  | 0,338                                            |

Ket : W = Wilcoxon  
MW = Mann-Whitney  
T2 = Independent T test  
T1 = Dependent T test  
MD = Mean Different  
SD = Standard Deviation  
P = Pearson  
r = korelasi

## PEMBAHASAN

### **Fase intensif pasien sebelum pemberian AT dan SAK PK pada kelompok perlakuan dan sebelum pemberian SAK PK pada kelompok kontrol**

Berdasarkan hasil penelitian skor mGAF-R (*Modified Global Assessment of Function – Revised*) pada kelompok perlakuan sebelum diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dan kelompok kontrol sebelum diberikan standar asuhan keperawatan tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan nilai  $p = 0,213$  dan memiliki skor minimum dan maksimum yang sama yaitu 14 – 24 hal ini menunjukkan bahwa semua responden baik dari kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol berada dalam kondisi akut / intensif (skor mGAF-R < 30), hampir semua pasien yang dijadikan responden masuk rumah sakit dengan alasan melakukan tindakan kekerasan terutama yang diarahkan kepada orang lain atau lingkungan.

Skor mGAF-R 11 – 20 merupakan kondisi dimana pasien menunjukkan menderita akibat pengabaian atau dalam bahaya mencederai diri sendiri dan orang lain. Skor mGAF-R 21 – 30 merupakan kondisi dimana pasien menunjukkan ketidakmampuan fungsional pada hampir seluruh area (Vyllder, 2012 ; Werbeloff, 2015).

Pasien yang masuk rumah sakit jiwa seringkali berada dalam kondisi krisis dan tidak dapat berpikir dengan jernih, sehingga mekanisme koping pasien menjadi maladaptif, kondisi distress yang dialami pasien dapat menyebabkan perilaku agresif. Perawat yang bekerja di unit emergensi maupun ruang intensif psikiatri seringkali menjadi korban dari perilaku agresif pasien, sehingga perawat yang bekerja di ruang intensif harus mampu

mengkaji pasien yang beresiko melakukan perilaku kekerasan, menangani dengan efektif pasien perilaku kekerasan sebelum, selama dan sesudah perilaku kekerasan berlangsung. (Stuart, 2013).

### **Fase intensif pasien setelah pemberian AT dan SAK PK pada kelompok perlakuan dan setelah pemberian SAK PK pada kelompok kontrol**

Skor mGAF-R setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan mengalami peningkatan nilai  $p < 0.001$  begitu pula dengan kelompok yang hanya mendapatkan standar asuhan perawatan perilaku kekerasan tanpa latihan asertif juga mengalami peningkatan skor mGAF-R dengan nilai  $p < 0.001$ . Pemberian latihan asertif memberikan dampak yang lebih signifikan dan bermakna dengan nilai  $p = 0.001$  (nilai  $p < 0.05$ ) dengan rerata rangking mGAF-R perlakuan 38,62 dan kelompok kontrol 22,38. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Vinick (1983), Lee (2013), Rezan (2009) bahwa pemberian latihan asertif dapat menurunkan tingkat agresifitas yang diarahkan pada diri sendiri maupun pada lingkungan.

Latihan asertif memberikan hasil yang signifikan dan bermakna terhadap pemendekan fase intensif dengan nilai  $p < 0.001$  dengan perbedaan rerata 31,467. Dan pada IK 95% pemberian latihan asertif dapat memperpendek fase intensif pasien antara 19,373 jam sampai dengan 43,560 jam. Pada beberapa responden perlakuan didapatkan lama hari rawat yang kurang dari 4 hari yaitu 2 hari (1 responden), 3 hari (15 responden) sedangkan pada responden kontrol didapatkan 4 responden yang memiliki hari rawat 3 hari.

Skor mGAF-R > 30 menunjukkan pasien sudah tidak berada dalam fase intensif / fase akut sehingga pasien dapat dipindahkan ke ruang

sub akut / ruang perawatan non intensif.(Pokjakep.RSJ.RW. Lawang, 2011).*Global Assessment of Functioning* (GAF) merupakan alat ukur utama untuk menilai gejala psikiatrik dan fungsi individu yang mengalami *schizophrenia*, hal – hal yang dinilai dalam GAF scale meliputi gejala psikologis, fungsi sosial dan fungsi pekerjaan (*occupational functioning*) ( Smithet *al.* 2011; Monrad, 2011; Urbanoski *et al.* 2014).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu kondisi kedaruratan psikiatri dimana pasien tersebut beresiko untuk menciderai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Winkler, 2011). Salah satu penyebab dari perilaku kekerasan adalah harga diri rendah, individu dengan harga diri rendah akan mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan interpersonal sehingga dalam melakukan hubungan sosial individu tersebut seringkali berespon atau berperilaku maladaptif. Latihan asertif akan melatih individu berperilaku asertif dalam menjalin hubungan sosial, pada studi yang dilakukan Shiinaet *al.*,(2005) pemberian latihan asertif terbukti secara signifikan ( $p < 0.05$ ) dapat meningkatkan harga diri pasien dan menurunkan kecemasan sosial pada pasien *schizophrenia*.

Lama hari perawatan pasien di ruang intensif merupakan waktu (hari sejak pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien dipindahkan ke ruang sub akut non intensif) pasien dapat dipindahkan apabila skor mGAF-R  $> 30$ . Pemendekan fase intensif adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mencapai skor mGAF-R  $> 30$ . Didapatkan pemendekan fase intensif responden perlakuan mempunyai rerata 89,60 jam dengan waktu minimal adalah 73 jam dan waktu maksimal 112 jam, sedangkan pemendekan fase intensif pada kelompok kontrol mempunyai rerata 121,07 jam dengan

waktu minimal 71 jam dan waktu maksimal 212 jam.

Menurut Badriah *et al.* (2013), salah satu hal yang mempengaruhi lama hari rawat pada pasien di ruang intensif (akut) adalah mGAF-R. Peningkatan dan pemendekan nilai dari skor mGAF-R dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, hal ini sesuai dengan pendapat dari Warnkeet *al.* (2011) yang mengatakan bahwa salah satu prediktor dari kualitas hidup pasien gangguan jiwa adalah penilaian fungsi global pasien. Hal senada juga disampaikan oleh Kohigashi (2013) yang menyatakan bahwa peningkatan skor *Global Assesment of Function* akan berdampak pada perbaikan *Insight* pasien dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Lama hari rawat merupakan indikator dari tingkat efektifitas, efisiensi serta kualitas dari perawatan yang diberikan kepada pasien yang dirawat (Jiménezet *al.* 2004), standar pelayanan minimal yang diterapkan di ruang IPCU RSJ. dr. Radjiman Wediodiningrat lawang adalah  $< 10$  hari pasien dapat dipindahkan ke ruang sub akut (non intensif). Lama hari perawatan pasien juga dapat dijadikan salah satu indikator bahwa pasien tersebut beresiko tinggi untuk mengalami kekambuhan (Gaebel dan Riesbeck, 2014).

Latihan asertif (Assretiveness Training) mengajarkan pasien untuk berperilaku asertif yang dilakukan dalam 4 sesi pertemuan, pada sesi 1 pasien dilatih untuk dapat mengenali diri merubah pikiran dan perasaan serta latihan berperilaku asertif, sesi 2 pasien dilatih untuk mengungkapkan keinginan dan kebutuhan serta cara memenuhinya, pada sesi 3 pasien dilatih untuk menjalin hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhannya, pada sesi 4 pasien dilatih untuk mempertahankan perubahan perilaku asertif dalam berbagai situasi. Salah

satu unsur dalam penilaian GAF (Global Assessment of Function) adalah fungsi sosial, pada sesi 3 diajarkan melatih pasien membina hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhannya, melatih pasien menyelesaikan masalah terkait kebutuhan dan keinginan (problem solving) serta melatih pasien menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien dan orang lain (conflict resolution).

Teknik pelaksanaan latihan asertif menggunakan metode describing (penjelasan / menggambarkan mengenai perilaku baru yang akan dilatih), modeling (pemberian contoh perilaku yang dilatih), role playing (berlatih perilaku yang dicontohkan dengan kelompok atau orang lain), feedback (memberikan umpan balik terhadap perilaku baru yang telah dipraktikkan, mana yang baik, dan mana yang perlu ditingkatkan), transferring (mempraktekan dalam kehidupan sehari-hari). Dengan menggunakan metode diatas pasien dilatih untuk meningkatkan kemampuannya secara menyeluruh tidak hanya berfokus pada perilaku kekerasan yang dilakukan pasien.

Pemendekan fase intensif dan lama hari rawat kurang dari 4 hari (lama pemberian latihan asertif 4) pada responden perlakuan diperkirakan terjadi karena respon yang berbeda dari pasien terhadap latihan asertif yang diberikan. Pada sesi 1 latihan asertif pasien dilatih untuk mengenali diri, mengubah pikiran, perasaan dan latihan perilaku asertif, sesi 2 melatih kemampuan mengungkapkan keinginan dan kebutuhan serta cara memenuhinya sedang sesi 3 melatih kemampuan menjalin hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhan. Respon yang berbeda ini sesuai dengan pendapat Jiménez (2004) dimana respon terhadap tindakan (*treatment*) merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap lama hari rawat dengan nilai  $p$

$<0.001$ .

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dapat memperpendek fase intensif dan memperpendek lama hari rawat pasien. Dengan pemendekan fase intensif dan lama hari rawat yang pendek dapat meningkatkan kualitas hidup (*Quality of Live*) pasien gangguan jiwa serta dapat mengurangi atau mencegah kekambuhan pasien. Untuk itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui kekambuhan (*relaps*) pada pasien yang telah diberikan latihan asertif.

#### **Komposit gejala perilaku kekerasan sebelum pemberian AT dan SAK PK pada kelompok perlakuan dan sebelum pemberian SAK PK pada kelompok kontrol**

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa skor komposit gejala perilaku kekerasan (penjumlahan respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan PANSS-EC) sebelum pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan pada kelompok perlakuan dan pemberian standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan saja tanpa latihan asertif pada kelompok kontrol tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan nilai  $p$  0,405 ( $>0.05$ ). Masing masing dari hasil observasi gejala perilaku kekerasan sebelum intervensi juga tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna, dari respon perilaku didapatkan nilai  $p$  0,203; respon sosial nilai  $p$  0,261; respon kognitif nilai  $p$  0,137; respon fisik nilai  $p$  0,457 dan skor PANSS-EC (*Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component*) nilai  $p$  0,280.

Rerata skor komposit gejala perilaku kekerasan sebelum pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan pada kelompok perlakuan adalah 86,53 dengan nilai

minimal 80 dan maksimal 95 dan rerata pada kelompok kontrol adalah 86,77 dengan nilai minimal 81 dan maksimal 94. Tingginya gejala perilaku kekerasan akan mengakibatkan perilaku kekerasan yang merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Keliat *et al.* 2011). Semakin tinggi skor perilaku kekerasan menunjukkan bahwa gejala perilaku kekerasan semakin berat hal ini berdampak juga terhadap memanjangnya lama hari rawat dan angka kekambuhan (*relaps*) pasien (Zhang, 2011).

Perilaku kekerasan adalah reaksi emosional yang menyebabkan terjadinya kemarahan atau perilaku yang bertujuan untuk menyebabkan kerusakan fisik terhadap seseorang atau properti (Fresan, 2007). Perilaku impulsif maupun agresif dapat terjadi pada fase akut maupun fase kronis pada pasien *schizophrenia*. (Lindenmayer, 2009). Perilaku kekerasan pada gangguan jiwa merupakan kegawatan psikiatri yang memerlukan penanganan yang cepat agar tidak membahayakan pasien, orang lain maupun petugas kesehatan dan lingkungannya. American Association psychiatric (2000) menyebutkan bahwa beberapa penelitian melaporkan bahwa kelompok individu yang didiagnosa *schizophrenia* mempunyai insiden yang lebih tinggi untuk mengalami perilaku kekerasan (APA, 2000 dalam Saladino, 2007).

Perilaku kekerasan menjadi alasan masuk yang paling utama pasien gangguan jiwa di RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang pada bulan Oktober – Desember 2014 yaitu sebanyak 538 pasien (53,01%) dari 1015 pasien yang masuk rumah sakit (MRS). Perilaku kekerasan merupakan kasus yang cukup banyak

dijumpai dan menjadi alasan utama keluarga untuk merawat anggota keluarga dan gangguan jiwa ke rumah sakit jiwa karena membahayakan bagi pasien, orang lain maupun lingkungan.

### **Komposit gejala perilaku kekerasan sesudah pemberian AT dan SAK PK pada kelompok perlakuan dan sesudah pemberian SAK PK pada kelompok kontrol**

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari skor komposit gejala perilaku kekerasan (penjumlahan respon perilaku, sosial, kognitif, fisik dan PANSS-EC) baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. skor gejala perilaku kekerasan kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai rerata 86,3 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai rerata 43,87 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$ . Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$  dan selisih rerata 30,433.

Dari hasil penelitian juga didapatkan perbedaan skor komposit gejala perilaku kekerasan yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol (nilai  $p < 0.001$ ) dengan perbedaan rerata 12,467 dimana pada selang kepercayaan 95 % pemberian latihan asertif dapat menurunkan skor gejala perilaku kekerasan pasien antara 10,910 sampai dengan 14,023. Hasil penelitian ini juga selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2009) dimana didapatkan perbedaan yang bermakna nilai komposit perilaku kekerasan nilai  $p < 0.005$ . Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Alini (2010) dihasilkan

perbedaan yang bermakna skor komposit perilaku kekerasan dengan nilai  $p < 0.05$ .

Perilaku kekerasan merupakan kondisi kedaruratan yang harus ditangani dengan segera, tindakan untuk mengatasi kondisi tersebut adalah dengan melakukan pengikatan (*restrain*) dan pengobatan tanpa persetujuan pasien (*involuntary medication*), saat ini dalam menangani pasien dengan perilaku kekerasan lebih ditekankan pada metode yang tidak memaksa (*noncoercive*) dengan tujuan : 1) menjamin keselamatan staff, pasien dan lingkungan, 2) membantu pasien agar dapat mengontrol emosi dan perilakunya, 3) sedapat mungkin menghindari pengikatan (*restrain*), 4) menghindari intervensi atau tindakan yang bersifat memaksa (*coercive*) yang dapat membuat kondisi pasien menjadi agresif. (Richmond *et al.* 2012).

Pasien atau individu yang masuk rumah sakit jiwa menunjukkan individu tersebut berada dalam kondisi distress dan memiliki respon koping yang maladaptif, perawat yang bekerja di ruang emergensi maupun ruang intensif psikiatri seringkali dihadapkan dengan pasien – pasien yang berperilaku agresif yang berpotensi dapat membahayakan pasien sendiri, staff, pasien lain maupun lingkungan, sehingga pencegahan dan penanganan perilaku agresif merupakan kemampuan klinis yang harus dikuasai oleh perawat yang bekerja di ruang intensif. (Stuart, 2013)

Berdasarkan hasil penelitian dan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif secara bermakna dapat menurunkan gejala perilaku kekerasan yang lebih besar pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol. Berikut ini akan dijelaskan hasil penelitian dari variabel – variabel gejala perilaku kekerasan.

### Indikator respon perilaku

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari indikator respon perilaku baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor indikator respon perilaku kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 15 dan maksimal 20, setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$ . Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$ .

Pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan memberikan hasil penurunan skor indikator respon perilaku yang bermakna dibandingkan dengan kelompok yang hanya mendapatkan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dengan nilai  $p < 0.001$  dengan nilai median 8 pada kelompok perlakuan dan 10,50 pada kelompok kontrol. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2009) dan Alini (2010) yang menyatakan bahwa latihan asertif dapat menurunkan respon perilaku pada pasien perilaku kekerasan dengan nilai  $p < 0.05$ .

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan memberikan hasil penurunan skor respon perilaku yang bermakna daripada hanya diberikan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan, sehingga perlu adanya peningkatan kualitas sumber daya perawat dalam pelaksanaan latihan asertif, hal ini sejalan

dengan pendapat Lindenmayer (2009) bahwa penanganan pasien dengan perilaku kekerasan saat ini lebih mengedepankan terapi perilaku dan terapi non farmakologis.

### **Indikator respon sosial**

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari indikator respon sosial baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor indikator respon sosial kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 15 dan maksimal 20 dengan rerata 17,10 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10 dengan nilai median 8 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$ . Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$  dan memiliki nilai terendah 9 dan tertinggi 14. Didapatkan perbedaan skor indikator respon sosial yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol dengan nilai  $p < 0.001$ .

Penurunan skor indikator respon sosial setelah diberikan latihan asertif juga selaras dengan pendapat Lee (2013) dimana hasil dari penelitiannya menyatakan pada pasien schizophrenia yang kronik Assertive Training terbukti meningkatkan perilaku asertif dan kemampuan berkomunikasi secara interpersonal dengan segera setelah intervensi diberikan. Penurunan respon sosial setelah diberikan latihan asertif juga didapatkan pada penelitian yang dilakukan Wahyuningsih (2009) dimana latihan asertif menurunkan respon sosial dengan nilai  $p < 0.005$  dan selisih nilai

rerata respon sosial sebelum dan sesudah latihan asertif 8,86. Demikian juga penelitian yang dilakukan Alini (2010) didapatkan hasil penurunan respon sosial dengan nilai  $p < 0.05$ .

Dari hasil penelitian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dapat menurunkan skor indikator respon sosial pada pasien dengan perilaku kekerasan sehingga kemampuan melakukan hubungan interpersonal pasien juga meningkat.

### **Indikator respon kognitif**

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari indikator respon kognitif baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor indikator respon kognitif kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 15 dan maksimal 20 dengan rerata 16,90 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10 dengan nilai median 8 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$ . Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$  dan memiliki nilai terendah 9 dan tertinggi 14. Didapatkan perbedaan skor indikator respon kognitif yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol dengan nilai  $p < 0.001$ .

Pemberian latihan asertif Penurunan gejala perilaku terjadi secara signifikan karena pasien selama terapi telah diajarkan mengubah keyakinan irasional yang selama ini dipertahankan pasien sehingga mencetuskan

perilaku marah menjadi pikiran yang sesuai dengan kenyataan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Wahyuningsih (2009) dimana didapatkan hasil yang bermakna dengan nilai  $p < 0.005$  dengan rerata selisih skor respon kognitif sebelum dan sesudah latihan asertif sebesar 7,50. Dominic (2003) juga mengemukakan bahwa yang perlu dirubah oleh individu untuk mengatasi masalah emosi maupun perilakunya adalah adanya keyakinan irasional yang dikembangkan oleh dirinya.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dapat menurunkan skor indikator respon kognitif yang bermakna, sehingga perlu peningkatan kualitas sumber daya perawat dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan dan pelaksanaan latihan asertif.

#### **Indikator respon fisik**

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari indikator respon fisik baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor indikator respon fisik kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 8 dan maksimal 10 dengan rerata 8,60 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 5 dan maksimal 6 dengan nilai median 5 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$ . Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$  dan memiliki nilai terendah 5 dan tertinggi 7 dengan nilai median 6.

Dari hasil penelitian juga didapatkan perbedaan

skor indikator respon fisik yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol (nilai  $p < 0.001$ ) dengan rerata rangking responden perlakuan 24,75 dan responden kontrol 36,25. Hal ini selaras dengan penelitian Wahyuningsih (2009) dimana didapatkan penurunan respon fisik yang bermakna ( $p < 0.005$ ) dengan rerata selisih 3,39 antara skor respon fisik sebelum dan sesudah latihan asertif. Hasil penurunan respon fisik yang bermakna dengan nilai  $p < 0.05$  juga ditemui pada penelitian yang dilakukan oleh Alini (2010) yang mengkombinasikan latihan asertif dengan relaksasi otot progresif.

Respon fisik merupakan gejala yang dapat ditemukan atau dapat diobservasi dengan mudah pada pasien dengan perilaku kekerasan. Berdasarkan penjelasan dan penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan secara signifikan dapat menurunkan indikator respon fisik pada pasien dengan perilaku kekerasan, oleh karena itu perlu peningkatan kualitas sumber daya perawat dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan dan pelaksanaan latihan asertif.

#### **Skor PANSS – EC**

Hasil penelitian menunjukkan penurunan yang bermakna dari skor PANSS - EC baik pada kelompok yang mendapatkan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan maupun pada kelompok yang hanya mendapatkan standar perilaku kekerasan. Skor PANSS - EC kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai minimal 25 dan maksimal 28 dengan rerata 26,63 setelah diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan terjadi penurunan dengan nilai minimal 14 dan maksimal 17 dengan nilai median 15 hasil tersebut menunjukkan penurunan yang

signifikan dengan nilai  $p < 0.001$ . Pada kelompok perlakuan juga didapatkan penurunan yang signifikan dengan nilai  $p < 0.001$  dan memiliki nilai terendah 15 dan tertinggi 20 dengan nilai median 18.

Dari hasil penelitian juga didapatkan perbedaan skor PANSS - EC yang bermakna antara responden perlakuan dan responden kontrol (nilai  $p < 0.001$ ) dengan rerata rangking responden perlakuan 18,23 dan responden kontrol 42,67. Pemberian latihan asertif melatih pasien untuk dapat mengekspresikan kemarahannya tanpa menyakiti orang lain, latihan asertif juga melatih pasien untuk berperilaku asertif, hasil penelitian diatas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hayakawa (2009) yang menyatakan bahwa latihan asertif yang diberikan pada pasien dengan gangguan kepribadian dapat menurunkan perilaku agresif yang diarahkan pada diri sendiri, hal senada juga disampaikan oleh Rezan (2009), Lee (2013) bahwa pemberian latihan asertif (*Assertiveness training*) dapat menurunkan tingkat agresifitas yang diarahkan pada diri sendiri maupun pada lingkungan.

Berdasarkan hasil penelitian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dapat menurunkan skor PANSS – EC pada pasien sehingga diharapkan perawat – perawat yang bertugas di rumah sakit jiwa, utamanya yang bertugas di ruang emergensi maupun ruang perawatan intensif dapat meningkatkan kemampuannya dalam memberikan asuhan perawatan dan pemberian latihan asertif.

#### **Hubungan pemendekan fase intensif dan penurunan skor gejala perilaku kekerasan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada

hubungan antara pemendekan fase intensif dengan skor gejala perilaku kekerasan pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan (nilai  $p > 0.05$ ). Pada kelompok perlakuan menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan korelasi lemah ( $0,2 - < 0,4$ ). Pada kelompok kontrol menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi lemah ( $0,2 - < 0,4$ ). Pemendekan fase intensif adalah waktu yang dibutuhkan responden untuk mencapai skor mGAF-R (Modified Global Assesment of Function – Revised)  $> 30$  yang berarti pasien sudah tidak berada dalam fase intensif / fase akut sehingga pasien dapat dipindahkan ke ruang sub akut / ruang perawatan non intensif. (Pokjakep.RSJ.RW. Lawang, 2011).

Skor gejala perilaku kekerasan yang tinggi menunjukkan bahwa pasien tersebut masih berada dalam kondisi intensif dan beresiko menciderai diri sendiri maupun lingkungan (Stuart, 2013). Pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol mengalami penurunan skor gejala perilaku kekerasan. Berdasarkan penjelasan diatas tidak adanya hubungan antara pemendekan fase intensif dengan skor gejala perilaku kekerasan (nilai  $p > 0.05$ ) serta kekuatan hubungan yang sangat lemah (tidak ada) dimungkinkan karena penurunan gejala perilaku kekerasan juga dipengaruhi oleh terapi baik oral maupun injeksi yang diterima oleh responden perlakuan maupun kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sifat hubungan (korelasi) negatif pada responden perlakuan dimana harusnya semakin cepat pasien berada dalam kondisi tidak intensif (skor mGAF-R  $> 30$ ) diikuti oleh penurunan gejala perilaku kekerasan. Hasil penelitian yang menunjukkan korelasi negatif bertentangan dengan pendapat dari Zhanget *al.* (2011) dimana pemendekan fase intensif akan diikuti

oleh penurunan gejala perilaku kekerasan dan gejala perilaku kekerasan yang tinggi akan beresiko memanjangnya lama hari rawat dan beresiko untuk mengalami perawatan kembali (*readministration*). Korelasi negatif pada responden perlakuan dimungkinkan juga karena respon terhadap pengobatan yang diterima oleh responden perlakuan berbeda. Respon yang berbeda ini sesuai dengan pendapat Jimenes (2004) dimana respon terhadap tindakan (*treatment*) merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pemendekan fase intensif dan lama hari rawat.

## KESIMPULAN

Pemberian latihan asertif terbukti secara signifikan dalam memperpendek fase intensif

dan menurunkan gejala perilaku kekerasan pasien. Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) perilaku kekerasan perlu tetap dipertahankan dan ditingkatkan serta perlu dilakukan pelatihan latihan asertif pada perawat yang bekerja di tatanan pelayanan keperawatan jiwa agar pelayanan keperawatan pada pasien dapat lebih optimal. Perlu dioptimalkan fungsi perawat kesehatan jiwa dimasyarakat agar jumlah pasien yang dirawat di rumah sakit jiwa tidak mengalami overload. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh latihan asertif pada pasien perilaku kekerasan dengan desain longitudinal untuk mengikuti perkembangan pasien sampai pasien pulang, kemampuan pasien di rumah, lama pasien di rumah (tidak terjadi kekambuhan / relaps).

## DAFTAR PUSTAKA

- Alini. (2010). *Pengaruh Terapi Assertiveness training dan Progressive Muscle Relaxation Terhadap Gejala dan Kemampuan Klien Dengan Perilaku Kekerasan Di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.. text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Badriah, F., Takeru Abe, Yoshihiro Nabeshima, Kouji Ikeda, Kenji Kuroda, Akihito Hagihara., (2013). Predicting the length of hospital stay of psychiatry patients using signal detection analysis. *Psychiatry Research* **210**, 1211–1218.
- Beer, M.D., Pareira, S.M., Paton. C (2008). *Psychiatric Intensive Care (second Edition)*. Cambridge University Press.
- Bidper RSJ.RW., (2014) Laporan sensus penderita rawat inap tahun 2014 Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- Carlsson, C, Dahlberg, K., & Drew, N (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Nursing*, **21**(5):533-545
- Daffren, Howells & Ogloff, in Press; Nicolls, Ogloff, J., & Douglas, K., (2004), Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients; the HCR-20, PCL:SV, and Mc Niel & Binder's Screening measure, *Behavioral Sciences and the law*. **22**: 27-158.
- Dominic. J., (2003), *Effects of Trait Anger and*

*Negative Attitudes Towards Women on Physical Assaults in Dating Relationships*, Journal of Family Violence, Vol **18**, No.5

- Fresan,A., DeLaFuente-SandovalC,Loyzaga C., Meyenberg N., García-Anaya M., Nicolini H., Apiquian R., (2005). Sociodemographic features related to violent behaviour in schizophrenia. *Actas ESP Psiquiats***33** : 188-193
- Gaebel.W., Riesbeck.M., (2014). Are there clinically useful predictors and early warning signs for pending relapse? *Schizophrenia Research* **152**, 469–477.
- Hayakawa, M. (2009). How Repeated 15-Minute *Assertiveness training* Sessions Reduce Wrist Cutting In Patients With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, **63**(1).
- Jiménez, Rosa E., Rosa M. Lam, Milagros Marot and Ariel Delgado., (2004). Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Services Research* **4**(4).
- Keliat, B.A., Akemat., Novy Helena C.D., Heni Nurhaeni, (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN Basic Course*. Jakarta: EGC.
- Kohigashi, M., Yurinosuke Kitabayashi, Aiko Okamura, Mitsuo Nakamura, Arihiro Hoshiyama, Masanori Kunizawa, Katsumi Futori, Masaki Kitabayashi, Jin Narumoto, Kenji Fukui, (2013). Relationship between patients' quality of life and coercion in psychiatric acute wards.*Psychiatry Research***208**, 88 - 90.
- Lee, T.Y., Chang S.C., Chu H., Yang C.Y., Ou K.L., Chung M.H., Chou K.R., (2013). The effect of assertiveness training in patients with schizophrenia : a randomized, single - blind, controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, **69** (11):2549 -2559.
- Lin, Y.R, Wu M.H., Yang C.I., Chen T.H., Hsu C.C., Chang Y.C., Tzeng W.C., Chou Y.H., Chou K.R., (2008). *Evaluation of Assertiveness Training for Psychiatric Patient*.*Journal of Clinical Nursing*. <http://www.proquest.com>. Diaksespadatanggal 30 Agustus 2014.
- Lindenmayer.J.P, Kanellopoulou.I.(2009). Schizophrenia with Impulsive and Aggressive Behaviors.*PsychiatrClin N Am***32** : 885–902doi:10.1016/j.psc.2009.08.006
- Monrad, (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *AasAnnals of General Psychiatry*,**10**:2 <http://www.annals-general-psychiatry.com>
- Pokjakep.RSJ.RW.Lawang, (2011).DokumenAkreditasi RSJ. Dr. RadjimanWediodiningratLawang.
- Rezan, A & Zengel, M. (2009).*Elementary Education Online*, **8**(2), 485-492 <http://ilkogretim-online.org.tr>.
- Richmond.J.S, Jon S. Berlin, Avrim B. Fishkind, Garland H. Holloman Jr., Scott L. Zeller, Michael P. Wilson, Muhamad Aly Rifai, Anthony T. Ng., (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: ConsensusStatement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, **8**(1).
- Saladino.,(2007),[www.proquestumi.com/pqdw](http://www.proquestumi.com/pqdw)

eb?index, diperoleh tanggal 30 Agustus 2014)

- Shiina A., Nakazato M., Mitsumori M., Koizumi H., Shimizu E., Fujisaki M. & Iyo M., (2005) An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* **59**, 690–696.
- Smith, G.N., Ehmann T.S., Flynn S.W., MacEwan G.W., Tee K., Kopala L.C., Thornton A.E., Schenk C.H., Honer W.G., (2011). The Assessment of Symptom Severity and Functional Impairment With DSM-IV Axis V. *Psychiatric Services*. **62** (4):411–417
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8<sup>th</sup> edition). St Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10 ed.). St Louis, Missouri: Mosby.
- Townsend, M. C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence - Based Practice* (6 ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (6 ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Urbanoski, K.A., Henderson C., Castel S., (2014). Multilevel analysis of the determinants of the global assessment of functioning in an inpatient population. *BMC Psychiatry*, **14**:63 doi:10.1186/1471-244X-14-63
- Vylder, J. E. D., Ben-David S., Schobel S.A., Kimhy D., Malaspina D., Corcoran C.M., (2012). Temporal association of stress sensitivity and symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press doi:10.1017/S0033291712001262
- Vinick (1983) *The effect of assertiveness training on aggression and self concept in conduct disorder adolescent*, diunduh tanggal 6 Maret 2015)
- Wahyuningsih, D. (2009). *Pengaruh Assertiveness training (AT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di RSUD Banyumas*. Universitas Indonesia, Tesis FK-UI. Tidak Dipublikasikan
- Warnke, I., Wulf Rössler and Uwe Herwig, (2011). Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services. *BMC Psychiatry* **11**(120).
- Werbeloff N., Dohrenwend B.P., Yoffe R., van Os J., Davidson M., Weiser M., (2015) The Association between Negative Symptoms, Psychotic Experiences and Later Schizophrenia: A Population-Based Longitudinal Study. *PLoS ONE* **10**(3).
- Winkler D., Naderi-Heiden A., Strnad A., Pjrek E., Scharfetter J., Kasper S., Frey R., (2011). Intensive care in psychiatry. *European Psychiatry* **26** : 260–264 doi:10.1016/j.eurpsy.2010.10.008.
- Zhang, J., Harvey, C., Andrew, C., (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **45**, .