BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Teori Kasus

1. Perilaku kekerasan

a. Pengertian perilaku kekerasan

Menurut Pragholapati et al. (2024), perilaku kekerasan didefinisikan sebagai luapan kemarahan yang tidak terkontrol dan diekspresikan secara berlebihan, baik melalui ucapan (verbal) maupun tindakan nyata yang berpotensi mencederai orang lain serta merusak lingkungan sekitar. Kondisi ini umumnya timbul akibat puncak dari rasa marah yang sangat hebat atau respons terhadap rasa takut yang ekstrem. Seseorang yang berisiko melakukan tindakan kekerasan kerap mengalami gangguan pada fungsi kognitif, emosi, hingga pola perilakunya. Perubahan ini umumnya ditandai dengan berkurangnya daya pemecahan masalah, disorientasi (baik waktu, tempat, maupun orang), serta timbulnya rasa gelisah (Pardede et al., 2020). Di samping itu, tingkat risiko perilaku kekerasan tersebut dapat teridentifikasi lewat beragam indikasi, baik secara verbal maupun nonverbal. Menivestasi verbal meliputi perilaku mengancam, mengumpat, serta berbicara dengan nada kasar dan suara yang keras, sementara itu secara objektif individu dapat menunjukkan perilaku agresif dapat berupa tindakan menyerang yang berisiko menimbulkan bahaya, baik terhadap diri sendiri

maupun terhadap orang lain, serta melakukan tindakan yang berpotensi menimbulkan kerusakan terhadap lingkungan. Respons emosional dan fisik yang muncul pada kondisi tersebut dapat ditunjukkan melalui perasaan marah serta meningkatnya perilaku agresif. Tanda-tanda fisik dari kondisi tersebut dapat diamati melalui ekspresi tubuh pasien, seperti pandangan mata yang tajam atau membesar, rahang yang tampak mengatup rapat, kepalan tangan, kemerahan pada area wajah, hingga postur tubuh yang kaku dan tegang (Dermawan, 2020. Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk respons individu terhadap kondisi setres yang dapat ditunjukkan melalui menivestasi verbal maupun nonverbal. Tanda dan gejala yang dapat muncul meliputi perilaku mengancam, gaduh, mondar-mandir, sulit untuk tetap tenang, gelisah berbicara dengan intonasi dan nada suara yang tinggi, menunjukkan ekspresi tegang, serta memperlihatkan perilaku agresif. Selain itu, individu dapat menunjukan peningkattan aktivitas dan eksperi emosi yang berlebihan, kondisi tersebut dapat meningkatkan resiko terjadinya tindakan kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain (Malfasari et al.,2020). Respons individu terhadap stres dapat terwujud dalam bentuk perilaku kekerasan, baik melalui tindakan verbal maupun nonverbal. Ekspresi ini mencakup amukan, sikap bermusuhan, kecenderungan agresif, hingga perilaku berbahaya yang berpotensi

menyebabkan luka fisik serta ancaman kekerasan verbal, baik yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.

b. Etiologi

Perilaku kekerasan merupakan suatu kondisi yang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor dan tidak hanya disebabkan oleh satu penyebab tertentu. Faktor yang berperan dalam munculnya perilaku kekerasan meliputi faktor keluarga, hubungan dengan teman sebaya, paparan media, kondisi lingkungan, serta faktor biologis, faktor-faktor tersebut dapat saling berinteraksi dan mempengaruhi individu dalam membentuk respons terhadap situasi yang dianggap mengancam atau menimbulkan tekanan. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan dampak negatif terhadap kondisi fisiologis maupun sosial individu, dampak yang muncul meliputi gangguan psikologis, perasaan tidak aman, kecenderungan menarik diri atau menutup diri, rendahnya kepercayaan diri, despresi, harga diri rendah perasaan tidak berdaya, serta isolasi sosial. Dalam kondisi tertentu, dampak psikologis yang berat juga dapat meningkatkan resiko munculnya pikiran atau perilaku bunuh diri. Oleh karena itu, berbagai faktor yang berperan dalam terbentuknya perilaku kekerasan perlu diperhatikan sebagai faktor predisposisi dalam upaya pencegahan dan penangananya. (Putri, 2020 dalam Pangaribuan, 2022).

1) Faktor psikologis

a) Faktor psokologis

Menurut teori psikoanalitik, perilaku agresif dapat terjadi sebagai akibat adanya dorongan atau nurani internal yang terdapat dalam diri seseorang.

Dalam perspetik psikologis, perilaku agresif tidak hanya dipengaruhi oleh faktor internal, tetapi juga berkaitan dengan pengalaman hidup dan faktor predisposisi yang dialami individu. Pengalaman tersebut dapat memengaruhi kemampuan individu dalam mengendalikan emosi, menghadapi masalah, dan memberikan respons terhadap situasi tertentu, beberapa pengalaman yang dapat berperan dalam munculnya perilaku agresif antara lain:

(1) Kerusakan organik pada oatak dan retaldasi mental, yang dapat menyebabkan individu mengalami hambatan dalam mengendalikan emosi serta menyelesaikan permasalahan secara efektif.

(2) Pengalaman mengalami kekerasan pada masa perkembangan, yang dapat mempengaruhi pembentukan perilaku dan individu merespons lingkungan sehingga berpotensi meningkatkan munculnya perilaku agresif.

b) Frustasi

Merupakan suatu harapan yang diinginkan dan kenyataan yang terjadi tidak dengan yang diharapkan. Misalnya putus

pacar, percintaan, masalah kantor, masalah sekolah atau masalah yang tidak kunjung selesai.

c) Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT

Segala bentuk tindakan yang ditujukan kepada individu, khususnya perempuan, yang berpotensi menimbulkan dampak buruk atau penderitaan secara jasmani, psikis, seksual, hingga penelantaran kehidupan berumah tangga. Hal ini mencakup pula tindakan intimidasi, pemaksaan, maupun pembatasan kebebasan seseorang yang dilakukan secara melawan hukum di lingkungan internal keluarga.

d) Faktor sosial budaya

Kecenderungan seseorang dalam mengekspresikan lonjakan emosi melalui tindakan agresif berkaitan erat dengan proses pembelajaran sosial yang dialaminya. Aturan dan norma budaya yang berlaku di suatu kelompok ikut menggariskan batasan tentang wujud pelepasan amarah yang tergolong wajar maupun yang dianggap melanggar norma.

e) Faktor biologis

Neurotransmeiter merupakan salah satu faktor biologis yang kerap dikaitkan dengan kecenderungan munculnya perilaku agresif. Perilaku agresif pada individu tidak terlepas dari berbagai faktor yang dapat mempengaruhinya, baik faktor internal maupun eksternal, beberapa diantaranya meliputi

pengalaman masa kanak-kanak yang kurang menyenangkan, paparan terhadap perilaku agresif secara berulang, pengalaman kegagalan yang terus-menerus, serta lingkungan sosial yang kurang kondusif. Berbagai kondisi tersebut dapat mempengaruhi perkembangan psikologis individu dan berkontribusi terhadap terbentuknya kecenderungan perilaku agresif.

f) Faktor perilaku

Beberapa faktor dapat mendorong individu untuk mengadopsi perilaku kekerasan, diantaranya adalah pengalaman memperoleh penghargaan atau respons positif setelah melakukan tindakan kekerasan serta paparan terhadap kekerasan yang terjadi secara berulang, baik di lingkungan keluarga maupun luar di rumah.

2) Faktor presipitasi

Pada umumnya, seseorang dapat mengalami kemarahan ketika menghadapi situasi yang dianggap mengancam dirinya, baik ancaman terhadap kondisi fisik, psikologis, maupun harga diri atau konsep dirinya. Beberapa faktor yang dapat memicu munculnya perilaku kekerasan antara lain:

a) Faktor individu (Klien)

Faktor yang berasal dari dalam diri klien dapat meliputi kondisi fisik yang lemah, perasaan putus asa dan tidak

berdaya, pengalaman hidup yang dipenuhi perilaku agresif, serta pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan.

b) Faktor intraksi

Perilaku kekerasan dapat dipicu oleh intraksi yang tidak menyenangkan, seperti penghinaan, tindakan kekerasan, kehilangan seseorang yang penting, maupun konflik. Selain itu, perasaan terancam juga dapat muncul akibat masalah internal yang dialami klien ataupun pengaruh dari lingkungan eksternal.

c) Faktor lingkungn

Kondisi lingkungan tertentu, seperti suhu yang panas, situasi yang terlalu padat, dan suasana yang bising, dapat menjadi faktor yang memicu munculnya perilaku kekerasan.

c. Menifestasi klinis

Klien dengan perilaku kekerasan memiliki risiko melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Perilaku etrsebut dapat di tunjukan melalui tindakan menyerang atau melukai orang lain, merusak benda maupun fasilitas disekitarnya, serta melakukan tindakan yang berpotensi menimbulkan kerusakan lingkungan. Oleh sebab itu, intervensi dan penanganan yang tepat terhadap perilaku kekerasan sangat krusial guna mengantisipasi risiko cedera baik pada pasien itu sendiri, orang di sekitarnya, maupun kerusakan sarana lingkungan. Berdasarkan penelitian Chalik dkk. (2024), beberapa manifestasi klinis yang dapat timbul mencakup:

1) Tanda dan Gejala Fisik
    a) Wajah tampak memerah disertai ketegangan otot muka
    b) Pandangan mata tajam dan sorot mata membesar/melotot
    c) Kepalan pada kedua telapak tangan
    d) Penekanan atau perapatan pada area rahang
    e) Sikap dan postur tubuh cenderung kaku/tegang
    f) Pergerakan tubuh yang tidak tenang (berjalan bolak-balik)
2) Verbal
    a) Menunjukkan tanda-tanda fisik berupa wajah yang memerah dan tampak tenang.
    b) Tatapan mata terlihat tajam atau mata tampak melotot.

c) Kedua tangan dalam keadaan mengepal

d) Rahang terlihat mengatup atau mengeras

e) Tubuh menunjukan posisi yang tegang dan kaku

f) Individu tampak berjalan bolak-balik atau mondar-mandir

3) Perilaku

a) Tindakan memukul objek di sekitar maupun individu lain

b) Melakukan aksi penyerangan fisik terhadap orang lain

c) Perilaku yang mencederai diri sendiri (*self-harm*) atau orang lain

d) Tindakan destruktif yang merusak fasilitas dan lingkungan

e) Mengalami amuk serta menunjukkan sikap agresivitas tinggi

4) Emosi

Respons emosional ditunjukkan melalui afek tidak adekuat, munculnya perasaan terancam, ketidaknyamanan, ketidakberdayaan, serta rasa terganggu. Selain itu, kerap muncul rasa jengkel, dendam, sikap bermusuhan, dorongan untuk mengamuk atau berkelahi, hingga kecenderungan menyalahkan serta menuntut orang lain.

d. Mekanisme Koping

Menurut Hulu dkk. (2022), guna mendampingi pasien dalam membina koping yang konstruktif untuk mengelola rasa marahnya,

perawat wajib melakukan pengkajian dan identifikasi terhadap jenis mekanisme koping yang diterapkan oleh pasien. Mekanisme pertahankan ego yang dapat muncul meliputi, represi, proyeksi, sublimasi, penyangkalan, dan pembentukan reaksi (reaction formation). Mekanisme koping yang tidak adaptif dapat meningkatkan resiko munculnya respons agresif atau perilaku kekerasan, respons yang dapat ditunjukan klien dalam menghadapi kemarahan meliputi:

2) Menyerang atau menghindar, kondisi marah dapat memicu aktivitas sistem saraf otonom yang di tandai dengan peningkatan sekresi epineprin. Kondisi tersebut dapat menimbulkan respons psiologis berupa peningkatan tekanan darah, wajah memerah, takikardi, dilatasi pupil, peningkatan sereksi asam lambung, mual, penurunan peristaltik lambung, peningkatan gairah, serta tangan mengepal. Respons tersebut juga dapat disertai ketegangan kekuatan otot sebagai bentuk persiapan tubuh dalam menghadapi ancaman.
3) Menyatakan secara asertif, kemarahan dapat diekspresikan melalui perilaku pasif, agresif, maupun asertif. Perilaku asertif merupakan cara yang adaptif dalam mengekspresikan kemarahan karena memungkinkan individu meyampaikan perasaan, kebutuhan, dan pendapat secara tepat tanpa merugikan diri sendiri maupun orang lain, oleh karena itu, kemampuan

mengekspresikan kemarahan secara asertif dapat menjadi salah satu bentuk koping yang konstruktif.

4) Memberontak, perilaku memberontak dapat dilakukan individu sebagai upaya untuk memperoleh perhatian atau respons dari orang lain. Perilaku tersebut dapat ditunjukan melalui tindakan yang tidak konsisten dan pada kondisi tertentu dapat disertai tindakan agresif. Apabila tidak ditangani dengan tepat, perilaku tersebut berpotensi berkembang menjadi tindakan kekerasan atau amuk.

e. Psikopatologi

Menurut Putri & Maharani (2022) dalam Ciremai, M. A. (2022) Patifisiologi skizifrenia hingga saat ini belum diketahui secara pasti. Skizofrenia merupakan gangguan mental yang bersifat multifaktorial, sehingga perkembanganya diduga melibatkan intraksi antara faktor genetik neurobiologis, dan perubahan pada fungsi maupun steruktur otak. Beberapa faktor yang diduga berperan dalam patofisiologi skizofrenia meliputi:

1) Faktor genetik

Kecenderungan seseorang untuk mengalami skizofrenia dipengaruhi oleh salah satu faktor risiko utama, yaitu faktor keturunan (genetik). Seseorang dengan riwayat keluarga penderita skizofrenia memiliki tingkat kerentanan yang lebih tinggi untuk mengidap gangguan serupa apabila dibandingkan

dengan mereka yang tidak memiliki riwayat genetik tersebut. Namun, faktor genetik tidak menjadi satu-satunya penyebab terjadinya skizofrenia, karena perkembangan gangguan ini juga dapat dipengaruhi oleh faktor lingkungan serta faktor lain yang saling berinteraksi.

2) Gangguan neurotransmiter

   Ketidakseimbangan neurotransmiter didalam otak, terutama dopamin dan serotonin, diduga berhubungan dengan terjadinya skizofrenia. Perubahan aktivitas neurotransmiter tersebut dapat mempengaruhi proses penghantaran implus saraf dan fungsi otak, sehingga kontribusi terhadap munculnya berbagai gejala, seperti gangguan persepsi, proses berfikis, emosi, dan perilaku.

3) Gangguan fungsi dan struktur otak

   Individu dengan skizofrenia dapat mengalami perubahan pada fungsi maupun struktur otak. Perubahan tersebut dapat berkaitan dengan gangguan pada proses pengelolaan informasi, fungsi kognitif, regulasi emosi, dan perilaku. Kondisi ini pada ahkirnya dapat berkontribusi terhadap munculnya gejala positif, negatif, maupun gangguan konigtif pada skozofrenia.

f. Penatalaksanan

Skizofrenia dapat ditangani dengan beberapa jenis terapi, yaitu terapi menggunakan obat-obatan, terapi elektrokonvulsif, dan psioterapi. Pemberian terapi tersebut bertujuan untuk membantu mengurangi gejala serta meningkatkan kemampuan pasien dalam menjalani aktivitas sehari-hari. *(Fakhriyah et al.,(2022)*

1) Obat-obatan

Penggunaan obat adalah salah satu bentuk terapi yang umum diberikan pada pasien skizofrenia. Obat yang digunakan umumnya berupa antipsikotik yang berfungsi membantu mengurangi gejala yang muncul, beberapa obat dapat digunakan dalam penanganan skizofrenia antara lain resperidon, olanzapine, sertindole, ziprasidone, dan quetiapine.

2) Terapi elektrokonvulsif

Terapi elektrokonvulsif atau Electroconvulsive Therapy (ECT) merupakan terapi yang dilakukan dengan memberikan rangsangan listrik secara terkontrol melalui elektroda yang di pasang di kepala pasien. Rangsangan tersebut bertujuan untuk menghasilkan kejang terapeutik yang dapat membantu mengurangi gejala pada kondisi tertentu, terapi ini biasanya dipertimbangkan pada pasien dengan kondisi tertentu atau ketika penanganan lainnya belum memberikan hasil yang optimal.

Pada beberapa kasus, perbaikan yang diperoleh dapat bersifat sementara sehingga diperlukan penanganan lanjutan.

3) Psikoterapi

Psikoterapi dilakukan untuk membantu pasien dalam menghadapi berbagai permasalahan yang berkaitan dengan kondisi yang dialamnya. Terapi ini dapat membantu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengelolah setres, berintraksi dengan lingkungan, dan menjalankan fungsi sosial. Selain itu, keterlibatan keluarga juga dapat menjadi bagian penting dalam proses terapi, psikoterapi tidak bertujuan untuk menghilangkan penyebab skizofrenia tetapi lebih diarahkan untuk membantu pasien mengelolah gejala, meningkatkan kemampuan beradaptasi, dan mendukung kualitas hidup pasien.

g. Rentang respon

Emosi marah yang dialami setiap orang memiliki spektrum respons yang terbentang dari kategori adaptif sampai dengan maladaptif.



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

(Sumber : Putri, 2019)

Keterangan:

a. Respon Adaptif

1) Asertif: merupakan kemampuan individu untuk mengungkapkan perasaan, termasuk rasa marah, secara tepat tanpa menyalahkan atau merugikan orang lain. Individu mampu menyampaikan perasaanya dengan tetap menjaga komunikasi yang baik sehingga suasana dapat tetap tenang.
2) Frustasi: merupakan suatu keadaan ketika individu mengalami hambatan dalam mencapai tujuan atau memenuhi keinginanya sehingga menimbulkan perasaan tidak puas. Kondisi tersebut dapat memicu munculnya kemarahan ketika individu merasa tidak menemukan cara lain untuk mencapai tujuan yang di harapkan (Mulia, 2020)

b. Respon Maladaptif
1) Pasif: respon pasif ditantai dengan ketidakmampuan individu dalam mengungkapkan perasaan, keinginan, maupun kemarahanya secara terbuka. Individu cenderung meyimpan atau memendam perasaan yang dialami sehingga tidak tersampaikan dengan baik.
2) Agresif: respon agresif merupakan perilaku yang muncul sebagai bentuk espresi dengan kemarahan dengan adanya keinginan untuk menuntut, memaksakan kehendak, atau menyalahkan orang lain. Perilaku tersebut dapat ditunjukan melalui tindakan maupun perkataan yang ditunjukan kepada orang lain.

3) Amuk: amuk merupakan respon kemarahan yang ditunjukan secara berlebihan dan disertai dengan hilangnya kemampuan individu dalam mengendalikan perilakunya. Kondisi ini dapat menyebakan individu melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan disekitarnya.

B. Konsep Assertiveness Training (AT)

a. Pengertian

Wahyuningsih et al. (2019) mengemukakan bahwa terapi *Assertiveness Training* merupakan bentuk terapi spesialis yang dirancang untuk mengoptimalkan keterampilan berkomunikasi serta interaksi sosial individu dengan gangguan jiwa di pelbagai situasi. Terapi ini diberikan untuk mengembangkan kemampuan asertif dalam menyampaikan pikiran dan perasaan secara tepat, baik perasaan positif maupun negatif. Selain itu *Assertiveness Training* bertujuan mengajarkan individu untuk mampu berprilaku asertif sehingga dapat diungkapkan perasaan, sikap, pendapat, serta haknya secara terbuka tanpa disertai rasa cemas. Penerapan terapi ini dapat membantu individu yang mengalami berbagai permasalahan, seperti tekanan psikologis, perilaku agresif, perilaku manupulatif, depresi, frustasi, kemarahan, kecemasan, serta keterbatasan dalam menjalin hubungan sosial (Wahyuningsih et al., (2019). Oleh karena itu, assertiveness

training berkontribusi pada pengurangan perilaku agresif seseorang yang memiliki risiko perilaku kekerasan.

b. Tujuan

Asertiveness Training merupakan suatu latihan yang membantu individu dalam menyampaikan perasaan, keinginan, maupun pikiran kepada orang lain dengan tepat memperhatikan dan menghargai hak serta perasan orang lain. Latihan ini juga bertujuan untuk membantu individu mengembangkan cara berkomunikasi yang lebih terbuka dan langsung dalam berbagai situasi interpersonal (Rahayu, 2019). *Asertiveness Training* dapat diberikan pada individu yang mengalami kesulitan dalam mengungkapkan kemarahan atau perasaan tersinggung, cenderung terlalu mengutamakan orang lain, serta mengalami kesulitan dalam menolak suatu permintaan. Selain itu, terapi ini dapat digunakan individu yang kesulitan mengungkapkan rasa kasih sayang maupun memberikan respons positif pada orang lain. Individu juga dapat merasa bahwa dirinya tidak memiliki hak untuk meyampaikan perasaan dan pikiranya sendiri, pada dasarnya, setiap individu memiliki hak u ntuk meyampaikan perasaan, pendapat, keyakinan, dan sikap kepada orang lain dengan tetap menghormati serta menghargai hak orang lain. Oleh karena itu, Assertiveness Training bertujuan untuk melatih individu agar mampu mengekspresikan dirinya secara tepat,

terbuka, dan tegas tanpa mengabaikan perasaan maupun hak orang lain (Rahayu, 2019). Yuka Asmara dan Yayuk Sri Rahayu (2022) menyatakan bahwa penerapan latihan ini membantu individu dalam mengutarakan perasaannya secara terbuka sekaligus beradaptasi saat bersosialisasi tanpa rasa cemas yang berlebihan. Melalui pola komunikasi tersebut, potensi terjadinya miskomunikasi atau kesalahpahaman antarpribadi dapat dicegah.

c. Manfaat

1. Memberikan pemahaman dan arahan kepada individu yang mengalami kesulitan dalam mengekspresikan perasaan marah, kecewa, atau jengkel secara tepat dan konstruktif.
2. Membantu individu yang mengalami kesulitan dalam menolak permintaan orang lain agar mampu menetapkan batasan diri serta mencegah terjdinya pemanfaatan oleh pihak lain.
3. Membantu individu untuk memahami dan menyadari haknya dalam mengungkapkan perasaan, pikiran, pendapat serta keyakinan secara terbuka dan tepat.
4. Melatih individu yang mengalami kesulitan dalam mengekspresikan kasih sayang, penghargaan, serta memberikan respon positif dalam intraksi dengan orang lain.

5. Meningkatkan penghargaan, penerimaan, dan keyakinan individu terhadap diri sendiri.
6. Membantu individu dalam mengembangkan kemampuan berintraksi sehingga dapat memperoleh perhatian dan respon yang positif dari lingkungan sosial.
7. Meningkatkan kemampuan individu dalam menentukan dan mengambil keputusan secara mandiri serta bertanggung jawab.
8. Membantu individu dalam mengembangkan kemampuan berintraksi secara lebih efektif sehingga dapat mengurangi konflik, penolakkan, serta kekewatiran dalam menjalin hubungan dengan orang lain.

d. Prosedur terapi *Asertiveness Training*

Sumber: Ainy, N. A., Sundari, R. I., & Imaniyati, S. (2023).

Tahap Pra- Traksi (persiapan) Sebelum menemui pasien, perawat harus mempersiapkan alat dan lingkungan

1) Persiapan alat:
   a) Lembar kerja (worksheet & kuesiner): digunakan untuk mengindentifikasi situasi dimana seseorang merasa sulit bersikap tegas
   b) Buku harian pikiran (thought diaries): alat untuk mencatat pikiran-pikiran tidak membantu yang menghambat sikap asertif.

c) Skala spektrum asertivitas: media visial (bisa berupa garis apa tali) untuk membantu memahami posisi perilaku antara pasif, asertif, dan agresif.

a. Persiapan lingkungan

a) Kondisikan lingkungan yang tenang, pencahayaan cukup, dan sirkulasi udara baik.

b) Jaga privasi pasien

3) Tahap Orientasi (Awal Pertemuan)

a) Salam Terapeutik: Ucapkan salam, panggil nama pasien dengan sopan, dan perkenalkan diri**.**

b) Melakukan validasi perasaan pasien saat ini.`` Bagaimana perasaan Bapak/Ibu hari ini? Apakah merasa kesal atau marah yang mengganjal.

c) Kontrak tindakan:

Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.`` Kita akan latihan cara bicara yang baik (asertif) agar Bapak/Ibu bisa menyampaikan marah tanpa harus mengamuk.`` Waktu yang dibutuhkan 30-45 menit

4) Tahap kerja di bagi 4 sesi(Inti Tindakan)

Sesi 1: Mengenal Perilaku & Melatih Bahasa Tubuh

a. Diskusikan dengan pasien bedanya perilaku:

1) Agresif: Membentak, melotot, memukul (Merugikan orang lain).

2) Pasif: Diam saja, memendam, menunduk (Merugikan diri sendiri).
3) Asertif: Bicara tegas, kontak mata terjaga, posisi tegak tapi rileks (Saling menghargai).

b. Latih pasien memperagakan bahasa tubuh asertif:
   1) Berdiri/duduk tegak.
   2) Tatapan mata lurus ke lawan bicara (tidak melotot).
   3) Nada suara sedang (tidak tinggi/membentak).

Sesi 2: Latihan Mengungkapkan Rasa Marah atau Tersinggung Ajak pasien mengingat situasi yang membuatnya marah.

Ajarkan rumus kalimat Saya (I-Statement):

Saya merasa...(Sebutkan perasaan: marah/kesal). Ketika... (Sebutkan penyebab spesifik).

Karena... (Alasannya).

Contoh Praktik: Saya merasa kesal ketika kamu mengambil makanan saya diam-diam, karena itu punya saya.

Sesi 3: Latihan Meminta Sesuatu dengan Baik

Latih pasien meminta kebutuhan tanpa memaksa.

Rumus: Gunakan kata Tolong + Jelaskan kebutuhan + Terima kasih.

Contoh Praktik: Suster, tolong ambilkan obat saya sekarang karena perut saya sakit. Terima kasih.

Sesi 4: Latihan Menolak dengan Baik

Latih pasien menolak ajakan teman (misal: diajak kabur atau merokok di ruangan) tanpa berkelahi.

Rumus: Kata Maaf + Penolakan Tegas + Alasan.

Contoh Praktik: Maaf, saya tidak mau ikut merokok di sini karena itu melanggar peraturan ruangan."

5) Tahap terminasi (Akhir)
   a) Evaluasi Subjektif: Tanyakan perasaan pasien setelah latihan ``Bagaimana perasaannya setelah kita praktik bicara tadi?`` Apakah lebih lega?
   b) Evaluasi Objektif: Minta pasien memperagakan ulang salah satu teknik (misal: cara menolak**).**
   c) Tindak lanjut (jembatan sosial): Masukkan ke dalam jadwal harian pasien. targetkan pasien mempraktikkan bicara asertif 2x sehari kepada teman sekamar atau perawat**.**
   d) Kontrak untuk pertemuan selanjutnya
   e) Salam Penutup: Akhiri pertemuan dan buat janji untuk pertemuan berikutnya

1. Konsep Latihan Komunikasi Asertif

a. Pengertian

Latihan asertif merupakan salah satu bentuk intervensi yang dilakukan secara berkelompok pada pasien skizofrenia dengan tujuan untuk meningkatkan kemampun dalam mengungkapkan pikiran dan perasaan secara tegas, memperkuat kepercayaan diri, serta mengembangkan keterlampilan sosial dalam berintraksi dengan lingkungan. Penerapan asertif terbukti dapat meningkatkan remisi fungsional dan kemampuan asertif serta membantu menurunkan tingkat kecemasan pada pasien skizofrenia (Noviyani, P, R, E. P., (2023).

b. Tujuan Latihan Komunikasi Asertif

Noviyani, P. S. R. E.P. (2023) menyatakan bahwa latihan verbal asertif merupakan salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengembangkan kemampuan interpersonal dasar pada pasien skizofrenia yang mengalami kesulitan dalam komunikasi dan berintraksi dengan orang lain. Melalui latihan tersebut, pasien diarahkan untuk mampu menyampaikan keinginan atau informasi secara terbuka dan tepat, menolak permintaan yang tidak sesuai dengan kondisi atau keinginannya, mengungkapkan ketidaksetujuan secara konstruktif, serta menyampaikan pikiran dan pendapat secara asertif.

c. Manfaat Latihan Komunikasi Asertif

Menurut Makarim, F. R. (2022) dalam Ummah, M. S. (2019). Latihan komunikasi asertif memiliki beberapa tujuan yaitu:

1) Meningkatkan percaya diri dan penghargaan terhadap diri sendiri.
2) Membantu in dividu merasa lebih mampu dan memiliki kendali terhadap dirinya.
3) Membantu individu mengenali serta memahami keinginan dan kebutuhan dirinya.
4) Membangun sikap saling menghargai sehingga individu memperoleh penghormatan dari orang lain.
5) Meningkatkan kemampuan individu dalam berkomunikasi secara efektif.
6) Mengembangkan kemampuan dalam menentukan dan mengambil keputusan secara mandiri.
7) Membantu membangun hubungan interpersonal yang terbuka, jujur, dan sehat.
8) Meningkatkan kepuasan dalam menjalankan aktivitas perkerjaan.
9) Membantu individu mengembangkan perilaku asertif sehingga mampu mengungkapkan dan mengekspresikan perasaan secara tepat dan efektif.

d. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Proses keperawatan diawali dengan tahap pengkajian yang berfungsi sebagai fondasi utama bagi kelanjutan tahapan asuhan berikutnya. Kegiatan ini dijalankan lewat proses penghimpunan serta pengolahan informasi secara sistematis guna mengenali kondisi, kebutuhan, dan kendala yang dihadapi pasien. Data yang terkumpul mencakup dimensi biologis, psikologis, sosial, hingga spiritual, yang kemudian dimanfaatkan sebagai acuan dalam merumuskan diagnosis serta menyusun rencana penanganan medis dan keperawatan yang akurat sesuai kebutuhan pasien.

a. Identitas klien

Pengumpulan data identitas klien dilakukan secara menyeluruh guna memperoleh informasi dasar mengenai latar belakang pasien. Komponen identitas yang dikaji mencakup nama, umur, tempat dan tanggal lahir, tempat tinggal, tingkat pendidikan terakhir, agama, mata pencaharian, status pernikahan, jenis kelamin, nomor rekam medis, serta diagnosis medis saat pasien dirawat.

b. Alasan masuk

Pengkajian alasan masuk dilakukan dengan menggali informai dari klien, keluarga, atau pihak terkait mengenai

alasan atau kondisi yang menyebabkan klien mendapatkan perawatan dirumah sakit. Selain itu, perlu dikaji upaya yang telah dilakukan oleh klien maupun keluarga, baik sebelum datang kerumah sakit maupun saat berada dirumah, dalam mengatasi masalah yang dialami serta hasil dari upaya tersebut.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan riwayat penyakit saat ini bertujuan untuk melacak perkembangan masalah kesehatan yang tengah dirasakan pasien. Informasi dihimpun melalui teknik wawancara bersama pasien, anggota keluarga, maupun tenaga kesehatan terkait, yang mencakup kronologi munculnya gejala, faktor pencetus atau pemberat, riwayat penanganan sebelumnya, serta dinamika perubahan kondisi pasca-tindakan.

d. Faktor predisposisi

Pengkajian pada aspek ini diarahkan untuk mengidentifikasi berbagai faktor risiko masa lalu yang melatarbelakangi munculnya masalah kesehatan jiwa pada pasien. Penelusuran meliputi riwayat gangguan jiwa terdahulu, efektivitas terapi/pengobatan yang pernah diperoleh, pengalaman traumatis, faktor

keturunan (genetis), hingga peristiwa hidup bertekanan tinggi yang memengaruhi kondisi psikologis pasien.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengevaluasi status kesehatan organ dan sistem tubuh pasien secara komprehensif. Tahapan ini mencakup pengamatan keadaan umum, pengukuran tanda-tanda vital (TTV), penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pemeriksaaan suhu tubuh, serta pemetaan keluhan kelainan fisik atau rasa nyeri yang dirasakan pasien.

f. Pengkajian psikososial

1) Genogram digunakan untuk menggambarkan susunan anggota keluarga dan hubungan antara anggota keluarga. Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya riwayat gangguan jiwa dalam keluarga serta kemungkinan faktor genetik yang dapat berkaitan dengan munculnya gangguan jiwa pada klien.

2) Konsep diri pengkajian konsep diri meliputi beberapa komponen sebagai berikut:

a) Citra tubuh menggambarkan perspsi dan penerimaan klien terhadap kondisi serta penampilan fisiknya. Pengkajian meliputi

pandangan klien terhadap tubuhnya dan bagian tubuh yang dianggap disukai.

b) Identitas diri merupakan penilaian klien terhadap setatus, kedudukan, dan keberadaan dirinya. Pengkajian meliputi tingkat kepuasan terhadap setatus yang dimiliki sebelum menjalani perawat serta penerimaan terhadap identitas dan perannya sendiri sebagai laki-laki atau perempuan.

c) Peran berkaitan dengan tanggung jawab dan fungsi yang dijalankan klien dalam keluarga, kelompok, maupun masyarakat. Pengkajian mencangkup harapan klien rerhadap perannya serta kemampuan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab tersebut.

d) Ideal diri merupakan gambaran mengenai harapan dan keinginan klien terhadap dirinya dimasa yang akan datang. Hal yang dikaji meliputi harapan terhadap kondisi fisik, status, kedudukan, peran, serta kedudukan sosialnya.

e) Harga diri menunjukann bagaimana klien memberikan penilaian terhadap dirinya sendiri dan bagaimana ia memandang penerimaan dirinya dalam hubungan dengan orang lain.

Pengkajian mencangkup persepsi klien mengenai penghargaan, penerimaan, dan penilaian orang lain terhadap dirinya serta lingkungan sekitarnya.

f) Hubungan sosial

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui individu yang memiliki hubungan emosional yang dekat klien, kterlibatan klien dalam kegiatan kelompok maupun masyarakat, serta berbagai hambatan yang mungkin dialami klien dalam menjalin hubungan dan berintraksi dengan orang lain.

g. Spritual

Aspek spiritual mencakup keyakinan serta agama yang dianut oleh pasien. Selain itu, dikaji pula pandangan, nilai moral, serta norma yang dipegang oleh pasien, keluarga, maupun lingkungan sosialnya terkait dengan gangguan kejiwaan, yang diselaraskan dengan latar belakang budaya serta ajaran agama yang diyakini.

3) Status Mental

a) Evaluasi status mental pada komponen penampilan melibatkan observasi objektif terhadap kondisi luar pasien. Aspek yang diamati mencakup kesesuaian

umur dengan penampilan fisik, cara berbusana, higiene dan pemeliharaan diri, postur dan gaya berjalan, mimik muka, serta kemampuan mempertahankan kontak mat.

b) Pembicaraan pengkajian pembicaraan bertujuan untuk menilai keketarikan komunikasi klien, meliputi kecepatan, volume, kejelasan, dan kelancaran berbicara. Perawat juga mengidentifikasi adanya gangguan seperti bicara terlalu cepat, keras, lambat, gagap, tidak jelas, apatis, maupun tidak memberikan respon verbal.

c) Aktivitas Motorik (Psikomotorik) aktivitas motorik dinilai berdasarkan pola dan intensitas gerakan fisik yang ditunjukan klien. Pengkajian meliputi adanya ketegangan, kegelisahan, tremor, peningkatan atau penurunan aktivitas, serta berbagai gerakan atau respon tubuh lain yang tampak tidak sesuai atau tidak wajar.

d) Efek dan Emosi merupakan gambaran suasana perasaan yang menyertai pikiran dan dapat bersifat menyenangkan maupun tidak menyenangkan. Afek cenderung berlangsung dalam waktu yang relatif lebih lama dan menunjukkan perubahan fisiologis

yang lebih minimal, misalnya perasaan bangga atau kecewa. Sementara itu, emosi merupakan respons perasaan yang diamati secara lebih nyata melalui ekspresi seseorang, umumnya berlangsung dalam waktu yang lebih singkat dan dapat disertai perubahan fisiologis. Contohnya meliputi kesedihan, ketakutan, keputusasaan, kecemasan, maupun kegembiraan yang berlebih.

e) Intraksi klien dinilai selama proses wawancara dengan memperhatikan respons klien terhadap pertanyaan dan keberlangsungan komunikasi dengan perawat. Pengkajian meliputi tingkat koopratif klien, kemampuan memberikan respons, serta kulitas kontak mata selama berintraksi. Pada klien dengan perilaku kekerasan, respons terhadap pertanyaan dapat tetap diberikan secara jelas miskipun terdapat masalah pada aspek perilaku lainnya.

f) Prosedur Berpikir pengkajian proses berpikir dilakukan untuk mengetahui pola dan alur pemikiran klien. Hal yang dinilai meliputi keteraturan dan kesinambungan berpikir, apakah pemikiran tersusun

secara logis, serta kesesuaian isi pikiran dengan kondisi atau kenyataan yang ada.

g) Kesadaran tingkat kesadaran klien dikaji untuk mengetahui kondisi kesadarannya selama proses pemeriksaan. Pengkajian bertujuan mengidentifikasi apakah klien berada dalam kondisi kesadaran yang normal, mengalami penurunan, atau menunjukkan peningkatan kesadaran.

2. Pohon Masalah

Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan *Effect* (Akibat)



Risiko perilaku kekerasan *Core Problem* (Masalah Utama)



Gangguan konsep diri: harga diri rendah *Causa* (Penyebab)

Gambar 2.1 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan (Adji, 2022)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons individu atas kondisi kesehatan yang dialami maupun rangsangan dari lingkungan sekitarnya. Penetapan diagnosis dilakukan melalui analisis dan interpretasi data yang telah dikumpulkan selama proses pengkajian, sehingga dapat diketahui permasalahan yang sedang dialami klien

maupun masalah yang berisiko muncul di kemudian hari. Menurut Sahputra (2021), terdapat empat diagnosis keperawatan yang dapat diidentifikasi pada kondisi tersebut, yaitu perilaku kekerasan, halusinasi pendengaran, harga diri rendah, dan risiko perilaku kekerasan.

a. Perilaku kekerasan berhubungan dengan respons maladaptif terhadap marah (D.0146)
b. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan peran sosial (D. 0087)
c. Halusinasi berhubungan dengan gangguan pendengaran (D. 0085)

1) Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan SLKI	SIKI
1.	**Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)**	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil (L.09076) : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan perilaku memukul diri sendiri atau orang lain menurun 3. Perilaku merusak lingkungan sekitar perilaku agresif atau amuk menurun 4. Suara keras menurun 5. Bicara ketus menurun	Manajemen pengendalian marah (I .09290) **Observasi:** 1. Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan 2. Indentifikasi harapan dan perilaku terhadap ekspresi kemarahan 3. Monitor potensi agresif tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif **Terapeutik:** 1. Gunakan pendekatan yang tenang atau meyakinkan 2. Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaftif 3. Cegah kerusakan fisik akibat eksperisi marah 4. Cegah aktifitas pemicu agresif 5. Dukung menerapakn strategi pengendalian marah dan eksperesi amarah dan adaptif

			6. Lakuakan kontrol eksternal berikan pengutan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah **Edukasi**: 1. Jelaskan makna, fungsi marah,frustasi,dan respon marah 2. Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama keteganggan meningkat 3. Ajarkan strategi untuk ekspersi marah maladaftif 4. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis.) latihan asertif, teknik relasi,jurnal,aktifitas penyaluran enerji **Kolaborasi:** kolaborasi pemberian obat, jika perlu
2.	**Gangguan persepsi sensori (Halusinasi)**	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan persepsi sensori membaik dengan kreteria hasil: (L.13124) :	Manajemen halusinasi (I.09288) **Observasi**: 1. Monitor prilaku yang mengindikasi halusinasi

	1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 4. Verbalisasi m erasakan sesuatu melalui indra peraba menurun 5. Mondar-mandir menurun 6. Melamun menurun	2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktifitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis,kekerasan atau membahayakan diri) **Terapeutik:** 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamaan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis,limit setting,pembatasan wilayah,pengekangan fisik,seklusi.) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi **Edukasi:** 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan berbicara terhadap orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusiasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis,mendengarkan

			musik.melakukan aktifitas dan teknik relasasi) 4. Ajarkan pasien dan keluaraga cara mengontrol haliusinasi **Kolaborasi:** Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
3.	**Harga Diri Rendah Kronis berhubungan dengan Gangguan psikiatri (D.0086)**	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan konsep diri rendah membaik: (L.090760) : 1. verbalisasi kepuasan terhadap diri meningkat 2. verbalisasi kepuasan terhadap diri meningkat 3. verbalisasi kepuasan terhadap penampilan peran meningkat 4. verbalisasi kepuasan terhadap citra tubuh meningkat 5. verbalisasi kepuasan terhadap identitas diri meningkat 6. verbalisasi keinginan meningkat	Promosi harga diri (I.09308) **Obsevasi:** 1. Identifikasi budaya,agam,ras,jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri 2. Monitor verbalisasi yang merendahakan diri sendiri 3. Monitor tingkat diri setiap waktu sesuai kebutuhan **Terapeutik:** 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 2. Motifasi menerima tentangan atau hal baru 3. Diskusikan pernyataan tentang harga diri

	7. verbalisasi rasa percaya diri meningkat	4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatakan haraga diri 6. Diskusikan persepsi negatif diri 7. Fasilitasi lingkungan dan aktifitas yang meningkatkan harga diri 8. Berikan umpan balik positif atau peningkatan mencapai tujuan **Edukasi :** 1. Memberikan penjelasan kepada pihak keluarga mengenai signifikansi dukungan moral dalam membantu membangun pembentukan konsep diri yang positif pada pasien. 2. Mendorong pasien untuk mengenali serta mengidentifikasi berbagai kelebihan dan potensi positif yang dimilikinya. 3. Memotivasi pasien agar senantiasa menjaga kontak mata secara konsisten saat berinteraksi dengan orang lain.

	4. Mengarahkan pasien supaya lebih terbuka dan siap menerima masukan atau kritik negatif secara konstruktif 5. Menganjurkan pasien untuk melakukan penilaian serta refleksi berkala terhadap tindakan yang telah dilakukannya. 6. Melatih dan membimbing pasien mengenai cara-cara efektif dalam menghadapi atau mengatasi tindakan *bullying*. 7. Melatih pasien untuk menumbuhkan serta meningkatkan rasa tanggung jawab terhadap diri sendiri. 8. Melatih pasien dalam menyusun serta menyampaikan afirmatif atau mengidentifikasi kelebihan-kelebihan positif yang ada pada dirinya. 9. Membimbing pasien untuk membiasakan pola pikir konstruktif serta mengimplementasikannya dalam tindakan atau perilaku sehari-hari yang positif.

	10. Melatih dan menguatkan rasa percaya diri pasien terhadap kemampuannya sendiri dalam mengendalikan serta menyelesaikan situasi yang sulit.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Menurut PPNI 2018

5. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi keperawatan dijalankan sebagai bentuk realisasi dari perencanaan intervensi yang telah disusun sesuai problem kesehatan klien. Khusus pada kasus Tn. A dengan risiko perilaku kekerasan, pelaksanaan tindakan diselaraskan dengan kondisi klinis dan kebutuhan riil pasien. Mengacu pada panduan Madhani dan Kartina (2021), ragam intervensi yang dapat diaplikasikan mencakup pelatihan teknik relaksasi (napas dalam, melampiaskan pada kasur/bantal, senam, hingga jalan kaki), pelatihan komunikasi yang santun dalam mengungkapkan, meminta, dan menolak, serta penerapan deeskalasi untuk mengutarakan kemarahan secara lisan maupun tertulis. Selain itu, perawat juga melaksanakan bimbingan ibadah (shalat dan doa), edukasi kepatuhan minum obat dengan prinsip benar (nama, obat, dosis, cara, waktu, manfaat, kedaluwarsa, dan dokumentasi), pendampingan saat pasien kesulitan mengontrol diri, diskusi reflektif mengenai manfaat latihan, serta pemberian apresiasi ketika pasien mampu mendemonstrasikan teknik pengendalian perilaku kekerasan dengan baik.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan penilaian yang dilaksanakan secara berkelanjutan untuk memantau respons serta perubahan kondisi pasien setelah memperoleh tindakan keperawatan. Tahap ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dapat tercapai, sekaligus menjadi dasar dalam menentukan apakah tindakan

keperawatan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan. Pencatatan hasil evaluasi dapat menggunakan metode SOAP, yang terdiri atas:

S: (Subjective), berisi informasi atau respons yang disampaikan secara langsung oleh pasien setelah mendapatkan tindakan keperawatan

O: (Objective), mencangkup data atau perubahan kondisi pasien yang dapat diamati dan diukur secara objektif setelah dilakukan tindakan keperawatan

A: (Assessment), merupakan analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan perkembangan masalah keperawatan, apakah masalah masih berlangsung, terdapat masalah baru, atau ditemukan data yang tidak sesuai dengan kondisi sebelumnya

P: (Plan), merupakan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis terhadap respons pasien. Rencan dapat dilanjutkan apabila masalah belum mengalami perubahan atau dapat dimodifikasi apabila masalah masih ditemukan meskipun seluruh tindakan telah dilakukan dan hasil yang dicapai belum sesuai dengan tujuan yang diharapkan. (Madhani & Kartina, 2021)

C. Metodologi

1. Instrument pengumpulan data

   Instrument menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, alat tulis.

2. Jenis Rancangan Penelitian

   Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan desain studi kasus. Pendekatan yang diterapkan mencakup rangkaian proses asuhan keperawatan secara komprehensif—meliputi tahap pengkajian,

analisis data, perumusan diagnosis, intervensi, implementasi, hingga evaluasi—dengan memfokuskan penanganan pada pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan melalui penerapan terapi asertif (*Assertiveness Training*).

3. Subjek Penelitian

   Subjek yang diteliti dalam studi kasus ini adalah seorang pasien individu yang mengalami masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, dengan jumlah responden sebanyak 1 (satu) orang.

4. Waktu dan tempat

   Pelaksanaan pengambilan data dan studi kasus ini direncanakan pada bulan Januari 2026 bertempat di RSJD Dr. Arif Zainuddin Surakarta, dengan fokus pemantauan mendalam terhadap satu pasien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan.

5. Fokus Studi

   Studi kasus ini menitikberatkan pada manajemen asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan perilaku kekerasan. Intervensi utama yang diaplikasikan adalah terapi *Assertiveness Training*, yang bertujuan untuk mengoptimalkan keterampilan komunikasi, menumbuhkan kepercayaan diri pasien, serta meredakan tingkat stres maupun kecemasan yang dialami..

6. Motode pengambilan data

   Teknik pengumpulan data yang diaplikasikan dalam penyusunan laporan studi kasus ini meliput:

   a. Data primer

Data primer dihimpun secara langsung dari sumber utamanya melalui interaksi tatap muka, yang mencakup kegiatan wawancara mendalam dengan pasien dan keluarga, observasi menyeluruh terhadap kondisi klinis subjek, serta penelaahan dokumen keperawatan. Sejalan dengan pandangan Sulung dan Muspawi (2024), data primer merupakan informasi utama yang digali langsung oleh peneliti di lapangan selama proses penelitian berlangsung.

a. Data skunder

Data sekunder diperoleh secara tidak langsung melalui perantara atau catatan penunjang yang telah tersedia, seperti rekam medis dari institusi pelayanan kesehatan, informasi dari pihak rumah sakit, serta literatur pendukung. Menurut Sulung dan Muspawi (2024), data sekunder merujuk pada informasi yang dikumpulkan melalui pihak ketiga atau lewat dokumen dan literatur yang sudah ada sebelumnya, bukan bersumber dari pencatatan langsung di lapangan oleh peneliti.

7. Etika penelitian

a. Informed consent

Anonymity merupakan prinsip etika penelitian yang diterapkan untuk melindungi identitas responden. Upaya ini dilakukan dengan tidak mencantumkan informasi identitas pribadi secara lengkap, seperti nama, nomor rekam medis, dan alamat, pada laporan penelitian. Sebagai gantinya, peneliti menggunakan kode atau inisial tertentu untuk membedakan data setiap responden tanpa mengungkapkan identitas aslinya.

b. *Anonymity*

Anonymity merupakan prinsip etika penelitian yang diterapkan untuk melindungi identitas responden. Upaya ini dilakukan dengan tidak mencantumkan informasi identitas pribadi secara lengkap, seperti nama, nomor rekam medis, dan alamat, pada laporan penelitian. Sebagai gantinya, peneliti menggunakan kode atau inisial tertentu untuk membedakan data setiap responden tanpa mengungkapkan identitas aslinya.

c. *Confidentiality*

Confidentiality merupakan prinsip menjaga kerahasiaan seluruh informasi yang diperoleh dari responden selama penelitian berlangsung. Kerahasiaan data dijaga dengan menyimpan dokumen elektronik dalam berkas yang dilindungi kata sandi serta mengamankan dokumen fisik, seperti laporan asuhan keperawatan, agar tidak dapat diakses oleh pihak yang tidak berwenang.