

PENGALAMAN PERAWAT DALAM MERAawat PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN (RPK)

¹Mona Lisa, ²Jumaini, ³Ganis Indriati

Email: monalisa_perawang@yahoo.com
082389590921

Abstract

This research is qualitative study with descriptive phenomenology approach. The purpose is to described various experience of nurses in taken care of patients with violence behaviour. Five participants were selected by purposive sampling method. Data were collected by in-depth interview which completed by field note and analyzed by Colaizzi method. This research identifed six main themes: first experience, the management of patients with violent behaviour, type of violence experienced (verbal & physic), impact of violence experienced, therapeutic environment, and the way to overcome resistance in treatment. This research recomends that nurses need special attention related to the impact of violence behaviour, so nurses can give the best attention to the patients with violence behaviour.

Key words: nurses' experience, taken care, patient with risk violence behavior

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi perasaan sejahtera secara subyektif. Masing-masing individu memaknai kesehatan jiwa yang berbeda tergantung pada bagaimana individu itu sendiri menilai tentang perasaan yang mencangkup aspek konsep diri, kebugaran, dan kemampuan pengendalian diri (Riyadi & Purwanto, 2009). Gangguan jiwa merupakan lawan dari kesehatan jiwa. Nasir dan Muhith (2011) mendefinisikan gangguan jiwa sebagai sebuah kekacauan fungsi mental akibat proses krisis mental dari sebuah proses koping mekanisme yang melampaui standar. Dalam penentuan gangguan jiwa telah diterbitkan kriteria yang spesifik dari *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Text Revision (DSM-IV-TR)*, yang digunakan oleh semua disiplin kesehatan jiwa untuk diagnosis gangguan psikiatri. Skizofrenia menurut DSM-IV-TR (2006, dalam Nasir & Muhith, 2011) termasuk dalam jenis gangguan jiwa *Paranoid Disorder*.

Isaacs (2004) mengatakan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir dan berkomunikasi, menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial. Beberapa gejala dari skizofrenia dapat dihubungkan dengan perilaku kekerasan (misalnya waham kejar dan lain sebagainya) meskipun risiko kekerasan pada pasien skizofrenia masih sedikit (NIMH, 2011).

Beban Penyakit dalam Skala Global tahun 2004 terbaru mencatat bahwa dari jumlah populasi penduduk dunia sebanyak 6.437 juta orang yang mengalami kematian sepanjang tahun 2004 ada sebanyak 58.772 orang, dimana persentase penyebab kematian oleh skizofrenia yaitu sebesar 0,1% (WHO, 2008). Prevalensi nasional gangguan jiwa berat menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007) mencapai 0,5% dari

jumlah penduduk, dimana sebanyak 7 provinsi mempunyai prevalensi gangguan jiwa berat diatas prevalensi nasional, yaitu prevalensi gangguan jiwa berat tertinggi di Indonesia terdapat di Provinsi Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta (2,03%), diikuti Nanggroe Aceh Darussalam (1,85%), Sumatera Barat (1,67%), Nusa Tenggara Barat (0,99%), Sumatera Selatan (0,92%), Bangka Belitung (0,87%), dan Kepulauan Riau (0,74%). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007) mencatat prevalensi gangguan jiwa berat untuk Provinsi Riau ada sebesar 0,10% dari jumlah penduduk.

Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru merupakan rumah sakit jiwa yang ada di Provinsi Riau. Data dokumen rekam medik Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru tahun 2011 mencatat bahwa dari 1.069 pasien dengan status rawat inap (Januari – Desember 2011), skizofrenia merupakan penyakit atau diagnosa medis tertinggi dan terbagi dalam berbagai jenis skizofrenia. Persentase pasien rawat inap pada tahun 2011 yang menderita skizofrenia adalah sebesar 78,02% (RSJ Tampan, 2011).

Data dokumen rekam medik Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru tahun 2010 juga mencatat ada sebanyak 1.310 pasien dengan alasan dirawat di rumah sakit jiwa pada tahun 2010 adalah dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi sebesar 49,77%, gangguan proses pikir: waham sebesar 4,66%, perilaku kekerasan sebesar 20,92%, isolasi sosial sebesar 8,70%, gangguan konsep diri: harga diri rendah sebesar 7,02%, defisit perawatan diri sebesar 3,66%, dan risiko bunuh diri sebesar 5,27% (RSJ Tampan, 2010). Berdasarkan data dokumen rekam medik tersebut dapat disimpulkan bahwa persentase gangguan jiwa khususnya perilaku kekerasan memiliki persentase tertinggi kedua setelah halusinasi, yaitu sebesar 20,92%.

Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru untuk ruang rawat inap pasien memiliki 3 klasifikasi ruang. Klasifikasi ruang rawat inap pertama adalah Ruang *Intensive*, yaitu Unit Perawatan Intensif Psikiatri (UPIP). Klasifikasi ruang rawat inap kedua adalah Ruang *Intermediate*, yaitu Ruang Rokan, Kuantan, Siak, dan Indragiri. Klasifikasi ruang rawat inap ketiga adalah Ruang Tenang yang terdiri dari Ruang Pra Mandiri, yaitu Ruang Sebayang dan Ruang Mandiri, yaitu Ruang Kamar (RSJ Tampan, 2011).

Pasien yang di rawat di Ruang *Intermediate* seringkali memperlihatkan perilaku kekerasan. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dituntut selalu siap kapan saja untuk memberikan intervensi keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan, bila pasien memperlihatkan tanda dan gejala. Perawat yang bekerja di Ruang Tenang sedikit berbeda, disebabkan risiko perilaku kekerasan yang muncul pada pasien lebih sedikit. Berbeda halnya dengan perawat yang bekerja di Ruang UPIP, yang sudah terbiasa untuk memberikan intervensi keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan yang terus-menerus muncul pada pasien.

Pasien yang di rawat di Ruang *Intermediate*, memiliki risiko perilaku kekerasan yang sering terjadi terutama pada pasien di Ruang Kuantan. Hal ini didukung oleh keterangan dari kepala ruangan Ruang Kuantan melalui wawancara pada tanggal 23 Januari 2013 yang menyatakan bahwa Ruang Kuantan merupakan ruang awal pemindahan pasien dengan penilaian *Global Assessment of Functional (GAF)* > 30 – 50 dibanding dengan ketiga ruang lainnya. Kepala ruangan juga menambahkan berdasarkan diagnosa keperawatan, perilaku kekerasan yang dialami pasien Ruang Kuantan dalam tiga bulan terakhir, yaitu pada bulan Oktober 2012 ada sebanyak 30 orang (26,31%) dari total pasien 114 orang. Pada bulan

November 2012 ada sebanyak 24 orang (26,08%) dari total pasien 92 orang dan pada bulan Desember 2012 ada sebanyak 31 orang (26,31%) dari total pasien 84 orang. Berdasarkan data sekunder diatas peneliti menarik kesimpulan bahwa pasien dengan perilaku kekerasan cukup banyak dirawat di Ruang Kuantan.

Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh yang tak terkontrol (Kusumawati & Hartono, 2010). *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2005) mengatakan perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu dimana dia berisiko memperlihatkan secara psikologis, emosional, dan atau seksual melukai orang lain maupun diri sendiri.

Tindakan kekerasan yang dilakukan pasien bisa dialami oleh siapa saja terutama mereka yang terlibat dalam peristiwa kekerasan di ruang rawat inap pasien baik itu perawat, staf lain (dokter, psikiater, dan semua yang bertugas diruangan rawat inap), keluarga yang berkunjung, dan pasien lain yang dirawat dalam satu ruangan. Bahkan bisa merusak lingkungan disekitarnya (Nijman, Bowers, Oud, & Jansen, 2005).

Penelitian Nijman, Foster, dan Bowers (2007) dengan judul "*Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management*" menunjukkan hasil bahwa dari 254 peristiwa agresi yang direkam, perawat adalah orang yang paling sering ditargetkan dan dilibatkan dalam peristiwa perilaku agresif, yaitu sebesar 57,1%. Berdasarkan hasil penelitian diatas peneliti menarik kesimpulan bahwa perawat berisiko mengalami tindakan kekerasan dari pasien disebabkan perawat adalah orang yang paling sering dilibatkan dalam peristiwa perilaku agresif pasien.

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan pada pasien menjadikannya sebagai orang yang paling sering ditargetkan dan dilibatkan dalam peristiwa perilaku agresif pasien (Nijman, Foster, & Bowers, 2007) sehingga perawat berisiko memiliki pengalaman kekerasan baik verbal maupun fisik. Hal ini didukung oleh penelitian Nijman, Bowers, Oud dan Jansen (2005) yang judul "*Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression*" yang menyatakan bahwa 80 – 90% perawat mengalami ancaman lisan dan merupakan pengalaman yang paling sering dialami oleh kebanyakan perawat dalam waktu satu tahun. Pengalaman godaan seksual atau gertakan juga sering dialami terutama oleh perawat wanita dan anggota staf muda, yaitu sebesar 68%. Staf anggota yang mengalami cedera akibat kekerasan fisik yang dilakukan pasien dilaporkan sebesar 16%.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 30 Oktober 2012 dan 10 November 2012 kepada dua perawat UGD melalui wawancara didapatkan data bahwa selama perawat menangani pasien dengan risiko perilaku kekerasan sering mengalami tindakan kekerasan secara verbal. Perawat juga menambahkan bahwa tindakan kekerasan secara fisik juga pernah dialami oleh rekan-rekannya yang lain, tetapi tidak terlalu serius sehingga tidak sampai membutuhkan perawatan. Peneliti juga melakukan wawancara kepada kepala ruangan UPIP tanggal 2 November 2012 dan didapatkan data bahwa perawat dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan sering mendapatkan tindakan kekerasan baik secara verbal maupun fisik.

Perawat yang mengalami tindak kekerasan akan berdampak negatif dalam jangka panjang terhadap kualitas pelayanan yang diberikannya. Hal ini juga didukung oleh penelitian Arnetz dan Arnetz (2001) yang berjudul "*Violence*

towards health care staff and possible effects on the quality of patient care” yang mengatakan bahwa pengalaman kekerasan pada staf kesehatan akan berdampak negatif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan berupa rendahnya kualitas kepedulian terhadap pasien.

Dampak yang dirasakan oleh perawat atas tindakan kekerasan yang dialami dalam jangka panjang adalah menimbulkan reaksi dari kekerasan itu sendiri, seperti rasa marah, sedih, dan meningkatnya ketakutan pada saat bekerja sehingga perawat akan lebih sedikit memberikan waktunya untuk pasien dan juga lebih sedikit bertanggungjawab terhadap keperluan pasien, serta akhirnya berujung pada rendahnya kualitas kepedulian yang dirasakan pasien (Arnetz & Arnetz, 2001). Selain itu, tindak kekerasan yang alami juga dapat mempengaruhi hasrat perawat untuk meninggalkan profesi perawat dan mencari pekerjaan lain yang lebih aman (Kindy, Petersen, & Parkhurst, 2005).

Studi pendahuluan selanjutnya dilakukan pada tanggal 5 April 2013 kepada seorang perawat Ruang Kuantan yang memiliki pengalaman tindakan kekerasan, melalui wawancara didapatkan data bahwa perawat mengalami rasa ketakutan pada saat bekerja setelah tindakan kekerasan yang dialami sebelumnya, sehingga perawat lebih sering menghindar untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien tersebut. Berdasarkan fenomena tersebut maka peneliti tertarik melakukan penelitian yang berjudul **“Pengalaman Perawat dalam Merawat Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)”**.

TUJUAN PENELITIAN

Mengidentifikasi pengetahuan, kesulitan atau hambatan, dan pengalaman perawat dalam mengatasi kesulitan atau

hambatan dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

METODE

Desain Penelitian: penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Sugiyono (2005) menyatakan bahwa metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi. Penelitian kualitatif ini menggunakan desain fenomenologi. Wood dan Haber (2006) mengatakan desain fenomenologi lebih menekankan pada eksplorasi arti dan makna pengalaman seseorang secara individu. Penelitian kualitatif ini dengan desain fenomenologi berfokus pada penemuan fakta mengenai pengalaman perawat dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

Partisipan: pemilihan partisipan dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008). Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru khususnya Ruang Rawat Inap Kuantan dengan kriteria inklusi yaitu, sebagai perawat pelaksana, memiliki pengalaman masa kerja minimal 1 tahun, dan bersedia ikut atau berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani surat pernyataan persetujuan penelitian.

Instrumen: alat yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah dengan pedoman wawancara ditambah alat penunjang seperti: alat perekam berupa *handphone*, *field note* (catatan lapangan), yaitu untuk mencatat hal-hal yang diamati peneliti selama proses wawancara atau apapun yang dianggap penting oleh peneliti (Poerwandari, 2005).

HASIL

Gambaran Karakteristik Partisipan

Gambaran karakteristik lima partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Partisipan 1:

Partisipan seorang laki-laki yang berusia 27 tahun. Agama yang dianut partisipan adalah Kristen protestan dan bersuku Batak. Pendidikan terakhir partisipan adalah Diploma III Keperawatan dengan masa kerja selama 1 tahun.

Partisipan 2:

Partisipan seorang perempuan yang berusia 36 tahun. Agama yang dianut partisipan adalah Islam dan bersuku Melayu. Pendidikan terakhir partisipan adalah Diploma III Keperawatan dengan masa kerja selama 10 tahun.

Partisipan 3:

Partisipan seorang perempuan yang berusia 35 tahun. Agama yang dianut partisipan adalah Islam dan bersuku Melayu. Pendidikan terakhir partisipan adalah Ners Keperawatan dengan masa kerja selama 15 tahun.

Partisipan 4:

Partisipan seorang perempuan yang berusia 47 tahun. Agama yang dianut partisipan adalah Kristen dan bersuku Batak. Pendidikan terakhir partisipan adalah Diploma III Keperawatan dengan masa kerja selama 17 tahun.

Partisipan 5:

Partisipan seorang laki – laki yang berusia 25 tahun. Agama yang dianut partisipan adalah Islam dan bersuku Melayu. Pendidikan terakhir partisipan

adalah Ners Keperawatan dengan masa kerja selama 1 tahun.

Analisis Tematik

Hasil analisa terhadap verbatim dan *fieldnote* dari kelima partisipan tersebut peneliti mendapatkan 6 tema utama yaitu: pengalaman pertama, penatalaksanaan pasien dengan perilaku kekerasan, tindakan kekerasan yang dialami, dampak tindakan kekerasan yang dialami, lingkungan terapeutik, dan cara mengatasi kesulitan/hambatan.

PEMBAHASAN

1. Pengalaman pertama

Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh yang tak terkontrol (Kusumawati & Hartono, 2010). Pasien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan tindakan kekerasan kepada siapa saja tak terkecuali perawat bahkan dapat merusak lingkungan sekitar (Nijman, Bowers, Oud, & Jansen, 2005).

Perawat dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan memiliki risiko besar untuk mengalami tindakan kekerasan dari pasien, disebabkan pasien adalah orang yang paling sering ditargetkan dan dilibatkan dalam peristiwa perilaku agresif pasien (Nijman, Foster, & Bowers, 2007). Pengalaman pertama perawat dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan mengungkapkan tentang berbagai perasaan yang dialaminya. Berbagai macam perasaan yang timbul pada saat perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan, sebagian besar dipengaruhi oleh bagaimana perilaku yang berkaitan dengan

perilaku kekerasan yang diperlihatkan pasien.

Tema ini muncul dari subtema yakni perasaan yang timbul saat pertama kali merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Hasil studi ini menemukan, kelima partisipan memiliki berbagai macam perasaan yang timbul saat merawat pasien risiko perilaku kekerasan yang dapat diterjemahkan ke dalam pengalaman negatif dan positif. Pengalaman itu sendiri menurut Potter dan Perry (2006) adalah suatu aspek yang membentuk pola koping seseorang terhadap segala stimulus yang mengancam kehidupan.

Empat dari lima partisipan dalam penelitian ini memiliki pengalaman negatif berupa timbulnya reaksi – reaksi kecemasan atas tindakan – tindakan yang mungkin dialami perawat selama merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Menurut Kaplan, Sadock, dan Grebb (2010) kecemasan itu sendiri adalah suatu sinyal yang menyadarkan adanya peringatan bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman.

Dua partisipan mengungkapkan bahwa pengalaman negatif yang dimiliki berupa perasaan takut dan cemas, satu partisipan memiliki pengalaman negatif berupa perasaan takut dan was – was, dan satu partisipan memiliki pengalaman negatif berupa perasaan takut dan kuatir. Perasaan perawat saat pertama kali merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan sebagian besar berupa timbulnya rasa takut terhadap pasien. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Hanida (2009) dengan judul penelitian *“Pengalaman perawat dalam merawat pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus”*

dimana hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa sebagian besar perawat dalam merawat pasien HIV/AIDS memiliki perasaan takut terhadap pasien meskipun perawat mengetahui akan prinsip – prinsip dasar yang dilakukan dalam merawat pasien HIV/AIDS.

Sedangkan terdapat satu partisipan lagi dalam penelitian ini memiliki pengalaman positif dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Hal ini tergambar dari ungkapan partisipan yang menyatakan bahwa partisipan sebelumnya diajarkan untuk tidak takut terhadap pasien.

2. Penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan

Tema ini muncul dari subtema yakni pasien yang agresif. Riyadi dan Purwanto (2009) menyatakan pasien yang berperilaku agresif biasanya memperlihatkan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pengobatan medik dan penanganan keperawatan.

Penatalaksanaan pertama berupa pengobatan medik yang dilakukan dengan memberikan antipsikotik kepada pasien yang berguna untuk menurunkan perilaku kacau dan destruktif (gejala positif) dan memfasilitasi intervensi terapeutik lain yang membatasi gangguan rasa diri dan kurangnya hubungan dengan orang lain (gejala negatif) (Copel, 2007). Penatalaksanaan kedua berupa tindakan keperawatan yang menggunakan pendekatan rentang intervensi keperawatan mulai dari strategi preventif sampai dengan strategi pembatasan gerak (Riyadi & Purwanto, 2009).

Lima partisipan dalam penelitian ini juga mengungkapkan

hal yang sama terhadap penatalaksanaan yang diberikan kepada pasien perilaku kekerasan/agresif. Pengobatan medik yang dilakukan berupa pemberian obat injeksi dan intervensi keperawatan yang sering dilakukan adalah strategi pembatasan gerak berupa pengekangan/restrain.

3. Tindakan kekerasan yang dialami

Tindakan kekerasan yang dilakukan pasien dengan gangguan perilaku kekerasan bisa terjadi pada siapa saja, tidak mengenal siapa dan apa objeknya. Pasien yang melakukan tindakan kekerasan tidak akan memedulikan hak orang lain lagi. Siapapun individu yang terlibat dalam peristiwa kekerasan di ruang rawat inap dapat mengalami tindakan tersebut baik itu perawat, staf lain (dokter, psikiater, dan semua yang bertugas diruangan rawat inap), keluarga yang berkunjung, pasien lain yang dirawat dalam satu ruangan dan bahkan bisa merusak lingkungan disekitarnya (Nijman, Bowers, Oud, & Jansen, 2005).

Nijman, Foster, dan Bowers (2007) menyatakan perawat merupakan orang yang paling sering ditargetkan dan dilibatkan dalam peristiwa perilaku agresif pasien, sehingga perawat berisiko besar untuk mengalami tindakan kekerasan dari pasien. Tindakan kekerasan dari pasien dapat dilakukan secara fisik dan verbal (Riyadi & Purwanto, 2009).

Tema ini muncul dari subtema yakni bentuk kekerasan yang dialami. Hasil studi ini menemukan tiga dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan pernah mendapatkan tindak kekerasan secara fisik dari pasien dan tindak kekerasan secara verbal dialami oleh semua partisipan.

4. Dampak tindakan kekerasan yang dialami

Pengalaman perawat dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan mengungkapkan tentang berbagai macam dampak tindakan kekerasan yang pernah dialami perawat. Tema ini muncul dari 4 subtema yakni reaksi individual, dampak terhadap pelayanan keperawatan, dampak terhadap psikologis, dan dampak di luar pekerjaan/efek sisa.

Hasil studi ini menemukan, tiga dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan tindakan kekerasan yang dialami menimbulkan reaksi dari kekerasan itu sendiri berupa reaksi emosi, marah, dan takut. Hal ini sejalan dengan pendapat Arnetz dan Arnetz (2001) yang menyatakan dampak tindakan kekerasan yang dialami perawat dalam jangka panjang adalah timbulnya reaksi dari kekerasan itu sendiri, seperti rasa marah, sedih, dan meningkatnya ketakutan pada saat bekerja. Sedangkan terdapat dua dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan tindakan kekerasan yang dialami tidak menimbulkan reaksi dari kekerasan itu sendiri atau tidak ada pengaruh.

Dampak yang dirasakan oleh perawat tersebut jika dibiarkan dalam jangka panjang, akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang diberikannya. Hal ini dapat terlihat dari sikap perawat yang akan lebih sedikit memberikan waktunya untuk pasien dan juga akan lebih sedikit bertanggungjawab terhadap keperluan pasien, serta akhirnya berujung pada rendahnya kualitas kepedulian yang dirasakan oleh pasien (Arnetz & Arnetz, 2001). Satu dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan mengalami hal yang serupa. Tindakan kekerasan yang dialami perawat ternyata memberikan dampak negatif terhadap

pelayanan keperawatan yang mereka diberikan. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien akan timbul reaksi malas dan sikap cuek yang disebabkan perawat masih ingat akan tindakan kekerasan yang dilakukan pasien terhadapnya. Sedangkan terdapat empat dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan tindakan kekerasan yang dialami tidak berdampak/berpengaruh terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan.

Dampak tindakan kekerasan yang dialami perawat selain berdampak terhadap pelayanan keperawatan yang mereka berikan juga berdampak terhadap kejiwaan atau psikologis perawatnya sendiri. Caldwell (1992 dalam Arnetz & Arnetz, 2001) menyatakan hal yang sama bahwa perawat yang mengalami tindak kekerasan dalam jangka panjang juga akan dampak terhadap kejiwaan atau psikologisnya. Akan tetapi dalam penelitian ini tidak ditemukan partisipan yang mengungkapkan tindakan kekerasan yang mereka alami berdampak/berpengaruh terhadap psikologis mereka.

Tindakan kekerasan yang dilakukan pasien juga dapat menyebabkan perawat tidak menjalankan tugasnya sebagai pemberi kepedulian kepada pasien, adanya perasaan bersalah, dan atau keduanya (Holden, 1985 dalam Arnetz & Arnetz, 2001). Hasil studi ini menemukan, dua dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan tindakan kekerasan yang dialami juga berdampak/berpengaruh di luar pekerjaan.

Partisipan pertama mengungkapkan dampak yang dirasakan atas tindakan kekerasan yang dialami adalah adanya rasa

penyesalan atau rasa bersalah dan rasa takut akibat partisipan tidak menjalankan tugasnya sebagai pemberi kepedulian kepada pasien. Saat pasien sedang dalam keadaan gelisah atau agresif dan melakukan tindakan kekerasan terhadap partisipan, partisipan melakukan perlawanan atau membalas perlakuan yang sama terhadap pasien sedangkan partisipan keempat mengungkapkan dampak yang dirasakan atas tindakan kekerasan yang dialami adalah timbulnya rasa simpati/kasih.

5. Lingkungan terapeutik

Faktor pencetus perilaku kekerasan lain adalah lingkungan. Lingkungan yang tidak kondusif seperti panas, padat, dan bising dapat menyebabkan seseorang berperilaku kekerasan (Direja, 2011). Sehingga penting untuk melakukan pemeliharaan lingkungan yang baik terutama pada pasien rawat inap dikarenakan seluruh waktu pasien dihabiskan dalam lingkungan tersebut.

Hal ini diperkuat oleh penelitian Kindy, Petersen, dan Parkhurst (2005) dengan judul "*Perilous work: nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault*" yang menyatakan satu aspek penting dari penyembuhan pasien jiwa yang dirawat di rumah sakit jiwa adalah terletak pada bagaimana pemeliharaan lingkungan terapeutik rumah sakit jiwa yang dapat menurunkan risiko kekerasan yang dilakukan pasien terhadap perawat yang bekerja didalamnya. Lingkungan yang terapeutik dapat menurunkan ansietas dan memperkecil kemungkinan terjadinya perilaku kekerasan (Riyadi & Purwanto, 2009) sehingga hal ini tentunya dapat pula memperkecil kemungkinan pasien melakukan

tindakan kekerasan terutama kepada perawat yang merupakan orang yang paling sering dilibatkan dalam peristiwa perilaku agresif pasien (Nijman, Foster, & Bowers, 2007). Chou, Lu, dan Chang (2001, dalam Kindy, Petersen, & Parkhurst, 2005) menambahkan pemeliharaan lingkungan terapeutik dipengaruhi oleh faktor – faktor lingkungan seperti perbandingan pasien atau perawat, kepadatan ruangan, dan faktor – faktor yang berasal dari perawat sendiri seperti pengalaman dan latihan dalam pencegahan dan manajemen penyerangan.

Tema ini muncul dari subtema yakni kesulitan/hambatan yang dialami. Perawat dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan tersandung berbagai macam kesulitan/hambatan dalam melakukan pemeliharaan lingkungan terapeutik, baik dari faktor – faktor yang berasal dari perawat maupun dari lingkungan itu sendiri. Hasil studi ini menemukan satu dari lima partisipan mengalami kesulitan/hambatan yang dipengaruhi oleh faktor – faktor yang berasal dari perawat sendiri berupa belum mampunya perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien dengan gangguan perilaku kekerasan, sehingga perawat mengalami kesulitan dalam melakukan intervensi yang tepat berdasarkan situasi dan kondisi pasien saat itu.

Sedangkan semua partisipan dalam penelitian ini yang mengungkapkan kesulitan/hambatan yang dialami lebih dipengaruhi oleh faktor – faktor yang berasal dari lingkungan dibanding faktor – faktor yang berasal dari perawatnya sendiri. Dua dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan kesulitan/hambatan yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang berasal

dari pasien berupa (1) pasien lebih patuh dan takut pada perawat laki – laki dan (2) pasien sulit untuk berkomunikasi dalam bahasa Indonesia, sulit untuk membina hubungan saling percaya, dan adanya rasa tidak suka terhadap perawat, serta adanya rasa malas untuk berkomunikasi disebabkan pasien tidak hanya terdiagnosa perilaku kekerasan tetapi juga isolasi sosial.

Kesulitan/hambatan yang dialami perawat selain dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang berasal dari pasien dapat juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang berasal dari rekan kerja. Terdapat dua dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan kesulitan/hambatan yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang berasal dari rekan kerja berupa (1) rekan kerja yang berlawanan jenis dan adanya rasa canggung dan (2) rekan kerja yang sesama jenis. Faktor lingkungan lainnya yang juga merupakan kesulitan/hambatan yang dialami perawat dalam penelitian ini adalah kesulitan/hambatan yang berasal dari lokasi rekan kerja yang tempatnya berjauhan.

6. Cara mengatasi kesulitan/hambatan

Pemeliharaan lingkungan terapeutik rumah sakit jiwa yang baik, tentunya dapat menurunkan risiko kekerasan yang dilakukan pasien terhadap perawat (Kindy, Petersen, & Parkhurst, 2005) yang merupakan orang yang paling sering terlibat dalam peristiwa perilaku agresif pasien (Nijman, Foster, & Bowers, 2007). Perawat berupaya melakukan pemeliharaan lingkungan terapeutik yang baik kepada pasien guna mengurangi risiko tindakan kekerasan tersebut, akan tetapi dalam pelaksanaannya perawat banyak menemukan kesulitan/hambatan.

Chou, Lu, dan Chang (2001, dalam Kindy, Petersen, & Parkhurst, 2005) menyatakan bahwa pemeliharaan lingkungan terapeutik dipengaruhi oleh faktor – faktor lingkungan seperti perbandingan pasien atau perawat, kepadatan ruangan, dan faktor – faktor yang berasal dari perawat sendiri seperti pengalaman dan latihan dalam pencegahan dan manajemen penyerangan.

Bila kesulitan/hambatan tersebut tidak dapat diatasi tentunya akan semakin meningkatkan risiko perawat mengalami tindakan kekerasan dari pasien. Perawat yang mengalami tindak kekerasan dalam jangka panjang akan berdampak negatif dan akhirnya berujung pada rendahnya kualitas pelayanan yang diberikan, berupa rendahnya kualitas kepedulian terhadap pasien (Arnetz & Arnetz, 2001).

Dampak ini tidak serta – merta diikuti dengan menurunnya tingkat efisiensi perawat dalam bekerja. Arnetz dan Arnetz (2001) menyatakan bahwa tingkat perawat untuk efisien dalam bekerja berbanding terbalik dengan tingkat kepedulian yang dirasakan pasien. Pandangan positif perawat dalam menerapkan efisiensi dalam bekerja, tidak sama dengan pandangan pasien terhadap kualitas kepedulian yang dirasakannya. Perawat hanya menganggap efisien dari pandangan mereka sendiri dengan sangat sedikit rasa sensitivitas yang diberikan terhadap keperluan pasien dan harapan yang kondusif untuk perilaku pasien yang agresif. Efisiensi kerja yang perawat lakukan terlihat dalam merencanakan pekerjaan, bekerja terhadap sebuah tujuan umum, penempatan waktu untuk tetap belajar, dan proses membuat keputusan (Arnetz & Arnetz, 2001).

Tema ini muncul dari subtema yakni pandangan positif perawat. Terdapat lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan cara mengatasi kesulitan/hambatan yang dialami berdasarkan sudut pandang positif perawat adalah dengan melakukan efisiensi dalam bekerja berupa (1) tetap mempelajari bagaimana asuhan keperawatan pasien dengan perilaku kekerasan dan memberikan pelayanan keperawatan yang tidak mengalami hambatan baik kepada pasien maupun keluarga, (2) tetap mencoba menghadapinya dan bila kendala tidak dapat diatasi sendiri maka akan meminta bantuan satpam dan pasien yang sudah dalam kondisi baik yang berada diluar, (3) melakukan antisipasi sesuai kemampuan dan meminta bantuan satpam bila dirasakan kurang mampu dalam mengatasinya, (4) berbagi tugas dengan sesama rekan kerja saat pasien gelisah atau agresif, dimana satu rekan kerja berupaya memanggil satpam dan yang lainnya mengawasi pasien, dan (5) tetap berkomunikasi terhadap pasien yang sedang gelisah atau agresif, dengan tetap mempertahankan jarak aman dan tidak mudah menyerah dan putus asa untuk selalu berkomunikasi terhadap pasien yang mengalami masalah dalam komunikasi.

Akan tetapi, masih terdapat tiga dari lima partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan cara mengatasi kesulitan/hambatan yang dialami berdasarkan sudut pandang positif perawat adalah dengan tetap meningkatkan rasa kepedulian kepada pasien berupa (1) dalam melakukan perawatan juga memberikan kekuatan kepada pasien, (2) melakukan pendekatan tanpa membeda – bedakan pasien, dan (3) tetap bersikap profesional dan tidak memilih – milih pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pengalaman perawat Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat diwakili oleh 6 tema utama. Enam tema utama tersebut adalah (1) pengalaman pertama, (2) penatalaksanaan pasien dengan perilaku kekerasan, (3) tindakan kekerasan yang dialami, (4) dampak tindakan kekerasan yang dialami, (5) lingkungan terapeutik, dan (6) cara mengatasi kesulitan/hambatan. Selain itu, hasil penelitian ini dapat berguna bagi peneliti lainnya untuk melakukan penelitian lebih lanjut untuk menggali lebih dalam perbedaan pengalaman perawat dalam merawat pasien laki – laki dan perempuan dengan risiko perilaku kekerasan, kemudian menggali pengalaman tindakan kekerasan yang pernah dialami dan bagaimana dampaknya terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan.

1. **Mona Lisa S.Kep.** Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau.
2. **Jumaini, M.Kep, Sp.Kep.J** Dosen Departemen Keperawatan Jiwa - Komunitas Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau
3. **Ganis Indriati, M.Kep, Sp.Kep.An** Dosen Departemen Keperawatan Maternitas - Anak Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau.

DAFTAR PUSTAKA

Arnetz, J.E., & Arnetz, B.B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 417-427. Diperoleh tanggal 19 Maret 2013 dari <http://www.elsevier.com/locate/so-cscimed>.

Copel, L.C. (2007). *Kesehatan jiwa dan psikiatrik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Direja, A. (2011). *Buku ajar asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Hanida, V.S. (2010). Pengalaman perawat dalam merawat pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. *Institutional Repository*. Diperoleh tanggal 8 Juli 2013 dari <http://keperawatan.undip.ac.id>.

Isaacs, A. (2004). *Panduan belajar: keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. (3th ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Kaplan, H.I, Sadock, B.J, & Grebb, J.A. (ed.). (2010). *Sinopsis psikiatri-ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis*. Vol. 1. Jakarta: Binarupa Aksara Publisher.

Kindy, D., Petersen, S., & Parkhurst, D. (2005). Perilous work: nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 169-175. Diperoleh tanggal 19 Maret 2013 dari <http://www.elsevier.com/locate/so-cscimed>.

Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

NANDA International. (2005). *Nursing diagnoses: definition and classification 2003-2005*. Philadelphia: Author.

Nasir, A., & Muhith, A. (2011). *Dasar-dasar keperawatan jiwa*:

- pengantar dan teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N., & Jansen, G. (2005). Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Netherlands Wiley Interscience*, 31, 217-227. Diperoleh tanggal 27 Oktober 2012 dari <http://www.interscience.wiley.com>.
- Nijman, H., Foster, C., & Bowers, L. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 140-149. Diperoleh tanggal 27 Oktober 2012 dari <http://onlinelibrary.wiley.com>.
- NIMH. (2011). *Schizophrenia*. Diperoleh tanggal 4 November 2012 dari <http://www.nimh.nih.gov>.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan* (ed.2). Jakarta: Salemba Medika.
- Perry, A.G., & Potter, P.A. (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Poerwandari, E.K. (2005). *Pendekatan kualitatif dalam penelitian psikologi*. Depok: Fakultas Psikologi Gunadarma.
- Riskesdas. (2007). *Laporan nasional 2007*. Diperoleh tanggal 30 Oktober 2012 dari <http://www.depkes.go.id>.
- Riyadi, S., & Purwanto, T. (2009). *Asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- RSJ Tampan. (2010). *Laporan akuntabilitas kinerja rumah sakit jiwa Tampan tahun anggaran 2010*. Pekanbaru: RM RSJ Tampan. Tidak dipublikasi.
- RSJ Tampan. (2011). *Laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintahan rumah sakit jiwa Tampan provinsi Riau tahun 2011*. Pekanbaru: RM RSJ Tampan. Tidak dipublikasi.
- Sugiyono. (2005). *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- WHO. (2008). *The global burden of disease 2004 update*. Diperoleh tanggal 15 Februari 2013 dari <http://www.who.or.id>.
- Wood, G.I., & Haber, J. (2006). *Nursing research methods and critical appraisal for evidence – based practice*. Philadelphia: Elsevier.