



Jurnal Kebidanan 07 (01) 1-114

**Jurnal Kebidanan**

[http : //www. journal.stikeseub.ac.id](http://www.jurnal.stikeseub.ac.id)



---

## **PENGARUH *ASSERTIVE TRAINING* TERHADAP KEMAMPUAN MENGEKSPRESIKAN MARAH PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN RIWAYAT PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT GRHASIA DIY**

Suyanta<sup>1)</sup> , Dwi Ari Murti W<sup>2)</sup>

<sup>1)2)</sup>Poltekkes Kemenkes Semarang

E-mail: [poltekkes-smg@poltekkes-smg.ac.id](mailto:poltekkes-smg@poltekkes-smg.ac.id)

---

### **ABSTRAK**

*Perilaku kekerasan adalah tidak kemampuan mengekspresikan marah secara asertif, salah satu terapi untuk meningkatkan kemampuan mengekspresikan marah secara asertif adalah dengan Assertiveness Training. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Assertiveness Training terhadap kemampuan marah secara asertif pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY. Responden dalam penelitian adalah pasien dengan riwayat perilaku kekerasan sebanyak 46 pasien. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen kuasi dengan pendekatan pre poset tes menggunakan kelompok kontrol dengan teknik sampling proposif. Instrumen penelitian berupa SOP terapi Assertiveness Training dan instrumen kemampuan mengekspresikan kemampuan marah dengan menggunakan lembar observasi yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Uji statistik yang digunakan uji Wilcoxon pada kelompok berpasangan dan uji Mann-Whitney pada kelompok tidak berpasangan. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mengekspresikan marah secara asertif dari pre post test kelompok perlakuan melalui uji wilcoxon dengan P value 0.000 ( $p < 0,05$ ) yang berarti terdapat pengaruh terapi Assertiveness Training terhadap kemampuan marah secara asertif. Hasil uji Mann-Whitney post test kelompok perlakuan dengan post test kelompok kontrol menunjukkan p value 0,000 ( $p < 0,05$ ) yang berarti ada perbedaan kemampuan mengekspresikan marah secara asertif lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibanding kelompok kontrol. Kata kunci : Assertiveness Training, marah, perilaku kekerasan*

---

## **ASSERTIVE EFFECT ON ABILITY TRAINING EXPRESS ANGRY SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH HISTORY OF VIOLENT BEHAVIOR IN HOSPITAL GRHASIA DIY**

### **ABSTRACT**

*Violent behavior is the inability of anger assertively, one therapy to increase ability to express angry assertively is with Assertiveness Training. This study aimed to determine the effect on the ability of Assertiveness Training angry assertively in schizophrenic patients in the Psychiatric Hospital of Grhasia DIY. Respondents in the study were patients with a history of violent behavior as much as 46 patients. This study is a quasi experimental research with pre post test approach using control groups with proposif sampling technique. Research instrument in the form of therapy SOP Assertiveness Training and instruments ability to express angry capabilities using observation sheet that has been tested for validity and reliability. The statistical test used Wilcoxon test on paired groups and Mann-Whitney unpaired groups. The results showed an increased ability to express angry Assertive of pre post test treatment group through Wilcoxon test with a P value of 0.000 ( $p < 0.05$ ), which means there is a therapeutic effect on the ability of Assertiveness Training angry assertively. The results of the Mann-Whitney test of post test group treated with the control group showed p value of 0.000 ( $p < 0.05$ ), which means that there are differences in the ability of anger assertively higher in the treatment group compared to the control group. Keywords: Assertiveness Training, angry, violent behavior*

## PENDAHULUAN

Perkembangan zaman yang makin maju dan meningkatnya tuntutan hidup akan memunculkan banyak masalah yang harus diatasi oleh setiap orang. Orang yang memiliki mekanisme koping tidak adaptif akan berisiko mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa yang paling banyak dijumpai di masyarakat adalah skizofrenia (Maramis, 2005)

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronik yang dialami sekitar 1% penduduk dunia. Skizofrenia ditandai dengan penurunan kemampuan komunikasi, gangguan realitas ( halusinasi atau waham ), afek yang tumpul, ketidakmampuan berfikir abstrak dan mengalami kesukaran melakukan aktifitas sehari-hari, adapun masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien skizofrenia adalah perilaku kekerasan (Keliat, 1992).

Perilaku kekerasan merupakan kondisi kegawatdaruratan psikiatri yang sangat perlu pencegahan dan penanganan segera. Perilaku kekerasan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan antara lain mengajarkan cara mengontrol marah, manajemen lingkungan, latihan mengontrol rangsang, serta melibatkan pihak keluarga, selain itu terapi modalitas juga dapat diterapkan pada pasien dengan perilaku kekerasan

antara lain melalui latihan asertif (*assertiveness training*) (FIK UI, 2008). *Assertives training* menurut Stuart dan Laraia (2010) adalah intervensi tindakan keperawatan pasien perilaku kekerasan dalam tahap preventif. Latihan asertif bertujuan agar pasien mampu berperilaku asertif dalam mengekspresikan kemarahannya.

Di RSJ Grhasia DIY prevalensi penderita skizofrenia dengan masalah perilaku kekerasan menempati peringkat tertinggi dan terapi *assertivness training* belum diterapkan secara efektif (RSJ Grhasia, 2012). Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti memandang perlu untuk meneliti mengenai pengaruh *Assertive Training* terhadap kemampuan mengekspresikan marah pasien skizofrenia dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Grhasia DIY.

### Perumusan Masalah

Adakah pengaruh *Assertiveness Training* terhadap kemampuan mengekspresikan marah pasien skizofrenia dengan riwayat perilaku kekerasan di RSJ Grhasia DIY ?

### Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan umum

Mengetahui pengaruh *Assertiveness Training* terhadap kemampuan mengekspresikan marah pasien

skizofrenia dengan riwayat perilaku kekerasan.

2. Tujuan khusus

- a) Mengetahui kemampuan mengekspresikan marah pasien skizofrenia dengan riwayat perilaku kekerasan sebelum dilakukan *Assertiveness Training*.
- b) Mengetahui kemampuan mengekspresikan marah pasien skizofrenia dengan riwayat perilaku kekerasan setelah dilakukan *Assertiveness Training*.
- c) Mengetahui pengaruh *Assertiveness Training* terhadap kemampuan mengekspresikan marah pasien skizofrenia dengan riwayat perilaku kekerasan.

Manfaat

Penelitian diharapkan memberikan manfaat antara lain kepada :

1. Rumah Sakit Jiwa

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam menangani dan merawat pasien dengan riwayat perilaku kekerasan.

2. Bagi perawat

Sebagai bahan kajian ilmiah dan acuan tindakan asuhan keperawatan jiwa pasien dengan riwayat perilaku kekerasan.

3. Bagi Peneliti lain

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya dengan masalah serupa.

## TINJAUAN PUSTAKA

### 1. Skizofrenia

*Skizofrenia* berasal dari dua kata “*skizo*” yang artinya retak atau pecah (*split*) dan “*frenia*” yang artinya jiwa, jadi seseorang yang menderita skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau kepribadian (*Splinting of personality*), (Hawari, 2003). Bleuler dalam Kaplan (1994) mengatakan bahwa *skizofrenia* adalah perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi, dan perilaku pada pasien .

Penyebab *skizofrenia* menurut Stuart (2007) meliputi :

a. Teori biologis

Pencitraan otak pada penderita skizofrenia menunjukkan adanya lesi pada area *frontal* dan *temporal*, adanya pembesaran *ventrikel* dan adanya atrofi otak. Ketidak seimbangan *neurotransmitter*, (dopamin yang berlebihan) dan Genetik juga menentukan timbulnya *skizofrenia*, tetapi potensinya kuat atau lemah tergantung pada lingkungan individu tersebut.

b. Sosial budaya

Adanya stres yang menumpuk, masalah dalam proses kelahiran dan kekurangan gizi selama kehamilan turut berperan.

Gejala

Stuart (2007) membedakan menjadi 5 kelompok gejala inti yaitu:

a. Gejala positif

- 1) Waham, yaitu keyakinan yang salah dan tidak sesuai dengan kenyataan tetapi dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang.
- 2) Halusinasi, yaitu gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal.
- 3) Gangguan Pikiran (bentuk, proses dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan inkoherensi.
- 4) Pikiran paranoid, yaitu kecurigaan yang berlebihan sehingga mengakibatkan mudah marah dan mudah tersinggung.
- 5) Kekacauan dalam gagasan, pikiran, perasaan yang diekspresikan melalui penggunaan kata dan bahasa.

2. Marah

a. Pengertian

Kemarahan adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap *stressor*, yang dirasakan sebagai ancaman (Keliat, 1992). Kemarahan adalah reaksi terhadap stimulus yang tidak menyenangkan atau mengancam (Yosep, 2010).

b. Gejala negatif

- 1) Afek datar : tidak adanya respon walaupun diberi stimulus.
- 2) *Alogia* : Ketidakmampuan bicara karena kebingungan mental.
- 3) Apati : Kurang memiliki perasaan, emosi, ataupun minat.
- 4) Defisit perhatian.

c. Gejala kognitif

- 1) Gangguan perhatian yaitu kesulitan menyelesaikan tugas.
- 2) Kerusakan memori yaitu lupa, kurang patuh, tidak mampu menjalankan perintah, dan masalah dalam pengelolaan waktu.

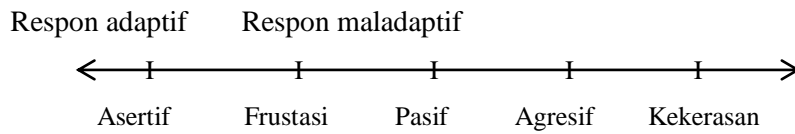
d. Gejala alam perasaan

- 1) *Disforia* : Perasaan sedih, marah, karena tidak sesuai kenyataan.
- 2) Gagasan untuk bunuh diri dan keputusan.

e. Disfungsi sosial

Perawatan diri kurang, Isolasi dan menarik diri dari hubungan sosial dan penurunan kualitas hidup.

b. Rentang respon marah



Gambar 1 : Rentang respon marah (Yosep, 2010)

3. Perilaku Kekerasan

a. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang menunjukkan perilaku yang aktual melakukan kekerasan yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan secara verbal maupun non verbal (Grhasia, 2006).

b. Faktor-faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan menurut Stuart (2006) meliputi :

1) Faktor predisposisi meliputi :

a) Psikologis

Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat menimbulkan agresif atau amuk. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu kekerasan, ditolak dan dianiaya.

b) Perilaku

*Reinforcement* yang diterima saat melakukan kekerasan, dan seringnya mengobservasi kekerasan di rumah akan menstimulasi individu

melakukan perilaku kekerasan.

c) Sosial budaya

*Budaya* tertutup dan membalas orang secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

d) Respon neurobiologis

Banyak terdapat kerusakan sistem limbik lobus frontal, lobus temporal dan ketidakseimbangan neurotransmitter turut berpengaruh dalam terjadinya perilaku psikotik.

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi fisik klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi pencetus perilaku kekerasan.

c. Gejala-gejala marah dan perilaku kekerasan

Kemarahan dinyatakan dalam berbagai bentuk. Perilaku bermusuhan dan agresif dapat terjadi tiba-tiba tanpa banyak peringatan. Akan tetapi ada fase yang dapat diidentifikasi pada insiden agresif (marah) yaitu meliputi:

1) Fase pemicu

Terjadi peristiwa atau keadaan lingkungan yang memunculkan respon klien dalam bentuk kemarahan atau permusuhan.

2) Fase eskalasi

Peningkatan perilaku menuju kehilangan kendali. Perilaku: wajah pucat atau kemerahan, berteriak, bersumpah, agitasi, menuntut, mengepalkan tangan, mengancam, sikap bermusuhan, tidak mampu menyelesaikan masalah atau berfikir jernih.

3) Fase krisis

Periode krisis emosional dan fisik. Perilaku : kehilangan kendali fisik dan emosional, melemparkan benda, memukul, menendang, menggigit, mencakar, menjerit, tidak mampu berkomunikasi jelas.

4) Fase pemulihan

Klien memperoleh kembali kendali fisik dan emosional. Perilaku: Merendahkan suara,

ketegangan otot berkurang, komunikasi lebih jelas dan lebih rasional.

5) Fase pascakrisis

Klien berusaha memperbaiki hubungan dengan orang lain dan kembali ketingkat fungsi sebelum insiden agresi (marah). Perilaku yang diunjukkan : Menyesal, meminta maaf, menangis, menarik diri.

d. Aspek-aspek yang perlu diperhatikan pada pasien dengan marah menurut Stuart dan Laraia (2001) meliputi :

1) Aspek biologis

Respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi *epinefrin* sehingga tekanan darah meningkat, takhikardi, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urin meningkat.

2) Aspek emosional

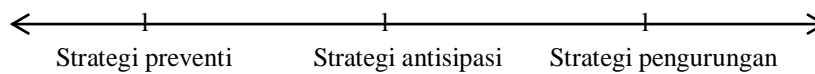
Merasa tidak nyaman, tidak berdaya, sakit, jengkel, frustrasi, dendam, ingin berkelahi, ngamuk, bermusuhan hati, menyalahkan dan menuntut.

3) Aspek intelektual

Peran pancaindera sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman.

- |  |  |
|--|--|
| <p>4) Aspek sosial<br/>Meliputi interaksi sosial, budaya, rasa percaya dan ketergantungan. Sebagian klien menyalurkan kemarahan dengan nilai dan mengkritik tingkah laku orang</p> | <p>lain, sehingga orang lain merasa sakit hati.</p> <p>5) Aspek spiritual</p> <p>6) Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah individu dan hubungannya dengan lingkungan.</p> |
|--|--|

Menurut Stuart dan Laraia (2001), perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan mengelola perilaku agresif pasien. Intervensi dapat dipilih sesuai rentang intervensi keperawatan.



Gambar 2 : Rentang intervensi keperawatan (Stuart dan laraia, 2001)

Strategi preventif : kesadaran diri, pendidikan klien, Latihan asertif.  
 Strategi antisipas : komunikasi, perubahan lingkungan, tindakan perilaku, psikofarmakologi.  
 Strategi pengurangan meliputi : managemen krisis, isolasi, dan fiksasi.

- |  |  |
|--|--|
| <p>4. Assertiveness training</p> <p><i>Assertiveness training</i> adalah suatu terapi modalitas keperawatan dalam bentuk terapi tingkah laku, klien belajar mengungkapkan perasaan marah secara tepat atau asertif sehingga mampu berhubungan dengan orang lain, mampu menyatakan : apa yang diinginkan, apa yang disukai, apa yang ingin dikerjakan, dan kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri (Susana, Hendarsih dkk, 2007).</p> <p>a. Bahasa tubuh asertif menurut Stuart &amp; Laraia (2001), meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mempertahankan kontak mata langsung</li> <li>2) Mempertahankan posisi tubuh tegak</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Berbicara jelas, dapat didengar dan tegas</li> <li>4) Tidak menggunakan nada suara minta maaf atau merengek</li> <li>5) Menggunakan ekspresi wajah dan sikap tubuh untuk penekanan</li> </ol> <p>b. Ciri ciri berperilaku asertif menurut Stuart &amp; Laraia (2001) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berkomunikasi langsung dengan orang lain</li> <li>2) Tidak untuk permintaan yang beralasan</li> <li>3) Mengatakan mampu menyatakan keluhan.</li> <li>4) Mengekspresikan apresiasi yang sesuai</li> </ol> <p>c. Pelaksanaan <i>Assertiveness Training</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tehnik pelaksanaan <i>Assertiveness Training</i> menurut Wahyuningsih</li> </ol> |
|--|--|

(2009) dibagi menjadi empat sesi yaitu :

- a) Sesi Satu : Melatih kemampuan mengungkapkan pikiran, perasaan dan perilaku asertif.
- b) Sesi Dua : Melatih kemampuan mengungkapkan keinginan dan kebutuhan dan cara memenuhinya.
- c) Sesi Tiga : Menjalin hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhannya.
- d) Sesi Empat : Mempertahankan perubahan asertif pada berbagai situasi.

2) Waktu pelaksanaan

*Assertif Training* terdiri dari 4 sesi, masing-masing sesi menggunakan metode *describing, modelling, role play, feed back* dan *transferring*. Waktu pelaksanaan sesi 1 sampai 3 diulang satu kali dan sesi 4 dilakukan satu kali. Jumlah total pertemuan 7 kali pertemuan.

3) Tempat pelaksanaan

Tempat ruang rawat inap dengan suasana tenang, nyaman dan frifasi terjaga.

5. Hipotesis

Ada pengaruh *Assertiveness Training* terhadap kemampuan pasien mengekspresikan marah secara asertif

pasien *skizofrenia* dengan riwayat perilaku kekerasan di RSJ Grhasia DIY.

## METODE PENELITIAN

### 1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan pendekatan pre post test, yaitu memberikan perlakuan untuk mengetahui gejala yang timbul akibat dari perlakuan dengan menggunakan kelompok kontrol sebagai pembandingnya (Nursalam, 2010).

KA	O	x	O1A
KB	O	-	O2B
Pre Test		Perlakuan	Post Test

KB : Kelompok kontrol

O : Observasi sebelum perlakuan (*pre test*)

X : Perlakuan *assertiveness training*

O<sub>1A</sub> : *Post test* pada kelompok eksperimen setelah diberi perlakuan.

O<sub>2B</sub> : *Post test* pada kelompok kontrol.

### 2. Populasi dan Sampel

#### a. Populasi

Populasi penelitian ini pasien *skizofrenia* dengan riwayat perilaku kekerasan yang dirawat di bangsal *maintenance* Rumah Sakit Jiwa Grhasia.

#### b. Sampel dan Sampling

Metode pengambilan sampel dengan *purposive* sampling. Besaran sampel ditentukan dengan rumus Solvin (Nursalam, 2003).



$$n = N / ( 1 + N e^2 )$$

Keterangan :

n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

e : tingkat kesalahan ( 10% )

Maka jumlah sampel diambil dari jumlah populasi 87 orang yaitu :

$$\frac{87}{1 + 87 ( 10 \% )^2}$$

= 46,5 dibulatkan menjadi 46

Jumlah sampel 46 terbagi menjadi 23 responden kelompok perlakuan dan 23 responden kelompok kontrol setelah memenuhi 2 kriteria yaitu :

1) Kriteria inklusi

- a) Pasien *skizofrenia* dengan riwayat perilaku kekerasan yang telah discreening dengan *Assault And Violence Assesment Tools* dengan skore 3 – 8 (*moderate risk precaution*).
- b) Pasien dapat berkomunikasi verbal cukup baik.
- c) Pasien kooperatif dan kondisi fisik baik.

2) Kriteria eksklusi

- a) Klien dengan kondisi amuk
- b) Klien droup out

3. Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di bangsal *maintenance* RSJ Grhasia DIY. Waktu pelaksanaan 6 bulan.

4. Variabel Penelitian

Variabel bebas adalah *Assertivenes Training*. Variabel terikat adalah Kemampuan mengekspresikan marah secara asertif

5. Definisi Operasional

- a. *Assertivenes Training* adalah tindakan perawat pada pasien dalam membantu mengekspresikan marah secara asertif yang dilakukan secara individual, terdiri dari 4 sesi dengan metode *describing, modeling, role play, feed back* dan *transferring* sesuai SOP yang sudah dimodifikasi dari Wahyuningsih (2009).
- b. Kemampuan mengekspresikan marah secara asertif adalah kemampuan pasien mengungkapkan kemarahan secara verbal maupun nonverbal, secara asertif yang diukur menggunakan lembar observasi perbandingan perilaku asertif, agresif dan pasif menurut Stuart dan Laraia (2001) yang dikembangkan oleh peneliti.

## 6. Instrumen Penelitian

Instrumen untuk pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi berdasarkan perbandingan perilaku asertif, agresif dan pasif Stuart dan Laraia (2001) yang telah dikembangkan oleh peneliti. Observasi yang dilakukan meliputi : verbal, interaksi, emosi, nada suara/tekanan, sikap fisik, kontak mata, aktivitas spiritual, dan intelektual.

## 7. Pengumpulan Data

Dilakukan pengukuran / observasi kemampuan mengekspresikan marah (*pre test*) pada kedua kelompok. *Pre test* dilakukan 24 jam sebelum pelaksanaan terapi *Assertiveness Training*. Setelah perlakuan *Assertiveness training* kedua kelompok dilakukan *post test*.

## 8. Uji validitas dan reliabilitas

### a. Uji validitas

Untuk mengukur validitas digunakan metode korelasi *product moment*. Butir instrumen dinyatakan valid jika harga  $r_{xy} \geq 0,3$ .

### b. Uji reliabilitas

Sebuah instrumen dikatakan reliabel bila mempunyai koefisien *alpha* sekurang-kurangnya 0,7 (Kaplan dalam Widoyoko, 2012).

## 9. Analisa Data

Data dianalisa dengan bantuan komputer program *SPSS 16.0 for*

*Windows*. Analisa data yang digunakan adalah dengan *Wilcoxon Sign Rank Test*. Skala datanya ordinal, merupakan statistik non parametrik dan uji wilcoxon merupakan uji pre dan post test untuk mengetahui perbedaan.

Pengujian data pre post antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol menggunakan uji U-Mann Whitney.

## 10. Etika Penelitian

- Melakukan perijinan dan surat menyurat pada tempat penelitian.
- Meminta *informed consent* kepada perawat yang bertanggung jawab dan pasien sebagai subyek penelitian .

## HASIL PENELITIAN

- Kemampuan mengekspresikan marah secara asertif sebelum perlakuan

### a. Kelompok perlakuan.

Tabel 1. Tingkat kemampuan mengekspresikan marah pre test kelompok perlakuan

Kategori	Frek	%
Buruk	4	17,4%
Sedang	16	69,6%
Baik	3	13,0%
<b>Jumlah</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

### b. Kelompok kontrol

Tabel 2. Kemampuan mengekspresikan marah pre test kelompok Kontrol

Kategori	Frek	%
Buruk	3	13,0%
Sedang	18	78,3%
Baik	2	8,7%
<b>Jumlah</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

- Kemampuan mengekspresikan marah secara asertif setelah perlakuan

a. Kelompok perlakuan

<b>Jumlah</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>
---------------	-----------	-------------

Tabel 3. Kemampuan mengekspresikan marah post test kelompok perlakuan

Kategori	Frek	%
Buruk	0	0%
Sedang	4	17,4%
Baik	19	82,6%
<b>Jumlah</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

b. Kelompok kontrol

Tabel 4. Kemampuan mengekspresikan marah post test kelompok kontrol

Kategori	Frek	%
Buruk	3	13,0%
Sedang	15	65,2%
Baik	5	21,8%

3. Perbedaan kemampuan mengekspresikan marah secara asertif pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

a. Perbedaan kemampuan mengekspresikan marah secara asertif sebelum perlakuan.

Hasil perbedaan pre test kelompok perlakuan dan kontrol dengan uji Mann-Whitney didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5. Hasil uji Mann-Whitney antara pre test kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol

	N	Median (minimum-maximum)	Z	P
Pre test kelompok perlakuan	23	7(3 – 10)	-990	0,322
Pre test kelompok kontrol	23	13(7 – 16)		

Hasil Mann-Whitney Test adalah  $p = 0,322$  ( $p > 0,05$ ). Hasil uji tersebut menunjukkan datanya homogen pada responden dan sebarannya merata.

b. Perbedaan kemampuan mengekspresikan marah secara asertif kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol setelah perlakuan.

Tabel 6. Hasil uji Mann-Whitney antara post test kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol

	N	Median (minimum-maximum)	Z	P
Post test kelompok perlakuan	23	7 (3 – 10)	-5,138	0,000
Post test kelompok kontrol	23	13(7 - 16)		

Hasil uji Mann-Whitney Test antara post test kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) hal ini menunjukkan ada perbedaan yang bermakna hasil post test antara kedua kelompok.

## PEMBAHASAN

Hasil uji Mann-Whitney antara post test kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol menunjukkan  $p = 0,000$ , dengan demikian  $p < 0,05$ , hal tersebut menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna hasil post test kelompok perlakuan lebih tinggi dari kelompok kontrol dalam mengekspresikan marah secara asertif setelah mendapat tindakan keperawatan terapi *assertivness training*. Hasil tersebut sesuai dengan hipotesis penelitian yang berarti  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak. Hasil tersebut juga masih sama dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan Widodo (2009), dan Wahyuningsih (2009) meskipun dilakukan dengan cara yang berbeda.

Penderita skizofrenia akan mengalami gangguan proses pikir, afek, emosi, kemauan, psikomotor, waham, dan halusinasi. Hawari (2003) mengatakan gangguan pada pasien skizofrenia akan mempengaruhi cara berfikir, berperasaan serta tingkah laku terutama pada kemampuan mengekspresikan marah. Hal tersebut menyebabkan kemampuan mengekspresikan marah yang tidak tepat yang menyebabkan perilaku kekerasan/amuk yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sehingga perlu bantuan atau pertolongan untuk mencegahnya. Salah

satu cara mencegahnya adalah dengan memberikan latihan asertif.

Dalam latihan asertif terjadi proses belajar atau pendidikan kesehatan dan terdapat penambahan pengetahuan cara mengekspresikan marah, dan latihan mengekspresikan marah yang tepat. Pasien skizofrenia dengan riwayat perilaku kekerasan yang diberikan latihan asertif akan mendapatkan pengetahuan cara mengekspresikan marah yang tepat dan dilatih cara mengekspresikan marah yang tepat, sehingga kemampuan mengekspresikan marahnya menjadi lebih baik dari sebelumnya. Notoatmodjo (2003) mengatakan belajar merupakan proses peningkatan pengetahuan dan pengalaman, dimana terjadi pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang. Kegiatan belajar mempunyai ciri-ciri : menghasilkan perubahan, didapatkan kemampuan baru, dan perubahan itu terjadi karena usaha dan disadari.

Peningkatan kemampuan berperilaku asertif dapat dipengaruhi oleh faktor dari dalam diri pasien. Karakteristik responden yang melekat pada diri responden juga memberikan kontribusi pada tingkat resiko perilaku tidak asertif. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian

ini berusia 29 – 37 tahun . Menurut tahap perkembangan Erickson rentang usia tersebut masuk dalam tahap kematangan emosi dan daya pikir. Pasien yang menderita Skizofrenia pada usia dini memperlihatkan hasil akhir yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien usia lebih tua. Pasien yang mengalami awitan penyakit secara bertahap cenderung mengalami prognosis yang lebih buruk dibandingkan yang mengalami awitan akut dan mendadak (Videbeck, 2008).

Jenis kelamin dalam penelitian ini cukup berimbang antara laki-laki dan perempuan. Beberapa penelitian telah menyatakan laki-laki lebih mungkin terganggu oleh gejala negatif daripada perempuan. Perempuan lebih mungkin memiliki fungsi sosial yang lebih baik daripada laki-laki. Pada umumnya, hasil akhir untuk pasien Skizofrenia perempuan lebih baik dari pada hasil akhir untuk pasien laki-laki (Kaplan, Sadock, 1997).

Pendidikan menurut Hidayat (2004) juga mempengaruhi perilaku seseorang. Orang yang lebih tinggi pendidikannya lebih baik dalam berperilaku daripada orang yang berpendidikan lebih rendah, begitu juga cara berfikir, berwawasan juga lebih baik. Dalam penelitian ini sebagian besar berpendidikan SMA (39,1%). Frekuensi dirawat sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah dua kali dirawat (30,4%) dan lebih dari empat

kali (30,4%). Frekuensi dirawat berkaitan dengan lamanya sakit jiwa dan riwayat pengobatan sebelumnya yang kurang berhasil.

Beberapa faktor yang dimungkinkan terjadinya bias dalam penelitian ini adalah psikofarmaka dan lingkungan. Psikofarmaka merupakan terapi medis utama untuk *skizofrenia*. Anti psikotik diprogramkan terutama karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik. Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala positif *skizofrenia* tetapi juga mengurangi gejala negatif *skizofrenia* (Videbeck, 2008).

Faktor lingkungan yang terstruktur sangat bermanfaat bagi pasien dalam membentuk perilaku yang sehat. Motivasi dan bimbingan dari perawat ruangan pada saat pasien melakukan aktivitas dapat mempengaruhi kemampuan mengekspresikan marah secara asertif. Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan dan kelemahan, antara lain pengambilan data *pre test* dan *post test* lebih lama karena kemampuan mengikuti terapi antar pasien satu dengan pasien lainnya berbeda. Keterbatasan waktu juga mempengaruhi keberhasilan terapi, karena untuk mengevaluasi keberhasilan perubahan perilaku perlu waktu cukup dan sesi-sesi yang harus dilalui.

## PENUTUP

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa data dan pembahasan maka kesimpulan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan mengekspresikan marah secara asertif sebelum dilakukan terapi *Assertiveness Training* dari 23 pasien kelompok perlakuan adalah kategori baik 3 pasien, sedang 13 dan buruk 4 pasien. Adapun pada kelompok kontrol katagori baik 2 pasien, sedang 18 dan buruk 3 pasien.
2. Kemampuan mengekspresikan marah secara asertif pada kelompok perlakuan sesudah dilakukan terapi *Assertiveness Training* terjadi peningkatan sebanyak 19 pasien kategori baik, 4 pasien kategori sedang dan 0 pasien kategori buruk. Adapun pada kelompok kontrol hasil post test adalh katagori baik 5 pasien, sedang 15 dan buruk 3 pasien.
3. Ada perbedaan secara *signifikan* terhadap kemampuan mengekspresikan marah secara asertif antara *pre* dan *post test* pada kelompok perlakuan dibanding kelompok kontrol. Berdasarkan hasil uji Mann Whitney nilai  $p < 0,000$ , kesimpulan dari analisis ada pengaruh *Assertiveness Training* terhadap kemampuan mengekspresikan marah

secara asertif pada pasien *skizofrenia* dengan riwayat perilaku kekerasan.

### DAFTAR PUSTAKA

- David A, (2004). *Psikiatri*, Jakarta, EGC
- Davis, M., Eshelman, ER, dan Kay. M.M., (1995). *Panduan Relaksasi dan Reduksi Stress*, Jakarta, EGC
- FIK UI. (2006). Modul IC CMHN: tidak dipublikasikan
- Hajar, I. (2009). *Statistik untuk Praktisi Kesehatan*, Yogyakarta: Graha Ilmu
- Keliat, B. A., (1992). *Marah Akibat Penyakit yang di Derita*, Jakarta: ARCAN
- Kaplan & Sadock. (1997). *Sinopsis Psikiatrik*, Jakarta: Binarupa Aksara
- Maramis, W. F. (2005). *Catatan Ilmu Kedokteran Ilmu Jiwa*, Jakarta: Airlangga University Press
- National Safety Council. (2004). *Manajemen Stress*, Jakarta: EGC
- Notoatmojo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nursalam. (2003). *Metodologi Penelitian ilmu keperawatan*, Jakarta: Medika Salemba
- Peter, E., Patricia, A. (1997). *Mengatasi Stress Secara Positif*, Jakarta: Gramedia Pustaka Ilmu
- Riwidikdo, H. (2009). *Statistik Kesehatan*, Yogyakarta: Mitra Cendekia Press

- Riyanto, A. (2009). *Pengolahan Dan Analisis Data Kesehatan*, Yogyakarta: Mulia Medika
- RSJ Grhasia. (2012). *Modul Pelatihan Terapi Modallitas Dalam Keperawatan Jiwa*: tidak dipublikasikan
- RS Grhasia. (2006). *Standard suhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Yogyakarta: tidak dipublikasikan
- Susana, S. A., Hendarsih, S., Ghofur, A., dan Riwidikdo, H. (2007). *Terapi Modalitas*, Yogyakarta: itra Cendekia
- Sevilla, C.G. (1993). *Pengantar Metode Penelitian*, Jakarta: UI Press
- Sheila, L., Videbeck.(2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta: EGC
- Stuart, G.W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Jakarta: EGC
- Stuart,G.W., and Laraia, M.T. (2001) *Principas and Practice of Psyciatric Nursing*, St Louis: Mosby Year Book
- Wahyuningsih, D.(2009) *Pengaruh Asertiveness Training terhadap perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia di RSUD Banyumas*, diakses 5 Desember dari <http://eprints.lib.ui.ac/id/eprint/13946>
- Widodo, S. (2009). *Pengaruh Latihan Asertif terhadap Kemampuan Mengekspresikan Marah pada Pasien Skizofrenia Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan*, Skripsi D IV: Poltekkes Depkes Yogyakarta tidak dipublikasikan