

**PENGARUH TERAPI PERILAKU KOGNITIF (TPK) PADA KLIEN
SKIZOPRENIA DENGAN PERILAKU KEKERASAN
DI RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI BOGOR**

TESIS

**Fauziah
0706195491**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PASCASARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2009**

**PENGARUH TERAPI PERILAKU KOGNITIF (TPK) PADA KLIEN
SKIZOPRENIA DENGAN PERILAKU KEKERASAN
DI RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI BOGOR**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**Fauziah
0706195491**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PASCASARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Fauziah
NPM : 0706195491
Tanda Tangan :
Tanggal : 21 Juli 2009



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Fauziah
NPM : 0706195491
Program Studi : Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif (TPK) pada Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor, 2009.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Jiwa pada Program Studi PascaSarjana Kekhususan Ilmu Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc (.....)

Pembimbing II : Tuti Nuraini, SKp, M.BioMed (.....)

Penguji : Ria Utami P., SKp, M.Kep (.....)

Penguji : Pipin Tasripin, SKp, M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 21 Juli 2009

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2009
Fauziah

Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif pada Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di
Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor
xi + 113 halaman + 7 Lampiran

ABSTRAK

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor, 2009. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain "*Quasi experimental pre-post test with control group*". Sample penelitian ini adalah klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berjumlah 26 orang yang terdiri dari 13 orang kelompok control dan 13 orang kelompok intervensi. Hasil penelitian ini menemukan bahwa terjadinya peningkatan yang bermakna pada kemampuan kognitif dan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan kearah yang lebih positif, yaitu klien dapat berpikir positif dan berperilaku adaptif. Terapi perilaku kognitif diharapkan dapat diberikan oleh perawat spesialis dalam memberikan asuhan keperawatan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan dan menjadi standar asuhan keperawatan di tatanan pelayanan kesehatan.

Kata kunci: Klien Skizoprenia, perilaku kekerasan, terapi perilaku kognitif
Daftar pustaka: 49 (1998-2009)?

UNIVERSITY of INDONESIA
POST GRADUATE PROGRAM of PSYCO NURSING
NURSING FACULTY

Thesis, July 2009
Fauziah

The Effect of Cognitive Behavior Therapy toward Client Skizoprenia with Violence Behavior
at Marzoeki Mahdi Hospital in Bogor
xi + 113 Page + 7 appendices

ABSTRACT

The purpose of this study to find the effect of cognitive behavior therapy toward client Skizoprenia with violence behavior at Marzoeki Mahdi Bogor in 2009. This study was a quantitative with design of quasi experimental pre-post test with control group by intervention of cognitive behavior therapy. The Sample of this research are schizophrenia client with violence behavior with amount 26 samples consist of 13 samples were in control group and 13 samples were in intervention group. From study result indicated that there were improvement of cognitive ability and behavior of client skizoprenia with violent behavior to be better where client could be thinking positive and adaptive behavior. The cognitive behavior therapy could be given by specialist nurse in treatment of schizophrenia with violence behavior and becoming the standard of nursery treatment at health service

Keywords: Client skizoprenia, violence behavior, cognitive behavior therapy
References: 49 (1998-2009)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ilmu Keperawatan Jiwa pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc. selaku Ketua Pembimbing I Penyusunan tesis
 2. Ibu Tuti Nuraini, SKp, M.BioMed selaku Pembimbing II penyusunan tesis
 3. Ibu Herni Susanti, SKp., MN. selaku asisten pembimbing penyusunan tesis.
 4. Suamiku tercinta "Alit Airlangga" dan permata hatiku terkasih "Irfan Hidayatullah dan Ihsan Amali" yang selalu memberikan cinta dan kesabaran dalam menemani dan mendukung langkahku
 5. Ibu Irwani Muthalib, Sp.Kj selaku direktur rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
 6. Seluruh responden yang telah terlibat dalam penelitian ini
 7. Seluruh pengajar program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
 8. Rekan-rekan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
 9. Ibu, bapak dan mertua yang selalu memberi dukungan dan doa buatku
 10. Teman-teman perawat di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor
- Yang telah memberikan bimbingan, bantuan dan dukungan dalam penyusunan tesis ini sehingga dapat selesai tepat waktu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 16 Juli 2009

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fauziah

NPM : 0706195491

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa

Departemen :

Fakultas : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif pada Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, 2009.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 16 Juli 2009

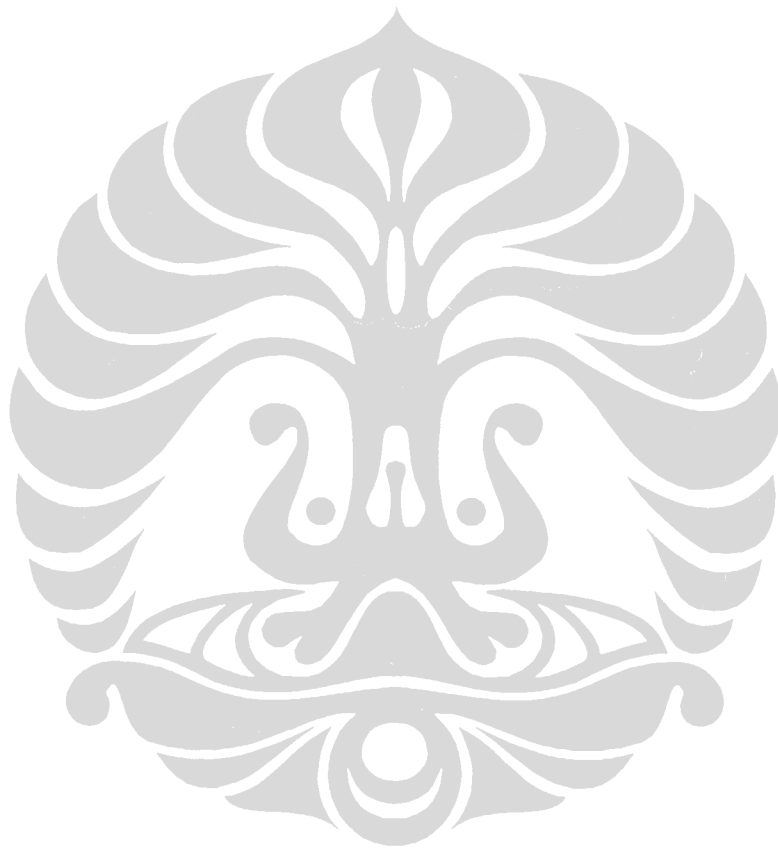
Yang Menyatakan

(Fauziah)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK/ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Perilaku Kekerasan	12
1. Pengertian	12
2. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan	14
3. Tanda dan Gejala	29
4. Diagnosa dan Tindakan Medis	35
5. Diagnosa Keperawatan	36
6. Tindakan Keperawatan pada Klien Perilaku Kekerasan	37
B. Terapi Perilaku Kognitif	38
1. Asumsi yang Mendasari Terapi Perilaku Kognitif	38
2. Pengertian Terapi Perilaku Kognitif	40
3. Tujuan dan Manfaat Terapi Perilaku Kognitif	40
4. Aplikasi Terapi Perilaku Kognitif	42
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	47
A. Kerangka Teori	47
B. Kerangka Konsep	49
C. Hipotesis Penelitian	50
D. Definisi Operasional	50
BAB IV METODE PENELITIAN	53
A. Desain Penelitian	53
B. Populasi dan Sampel	54
C. Tempat Penelitian	59
D. Waktu Penelitian	60
E. Etika Penelitian	62
F. Alat Pengumpulan Data	64
G. Uji Coba Instrumen	65

H. Prosedur Pengumpulan Data	67
I. Pengolahan dan Analisa Data.....	69
BAB V HASIL PENELITIAN.....	74
BAB VI PEMBAHASAN	93
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil	93
B. Keterbatasan Penelitian	106
C. Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	107
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN	110
DAFTAR PUSTAKA	113

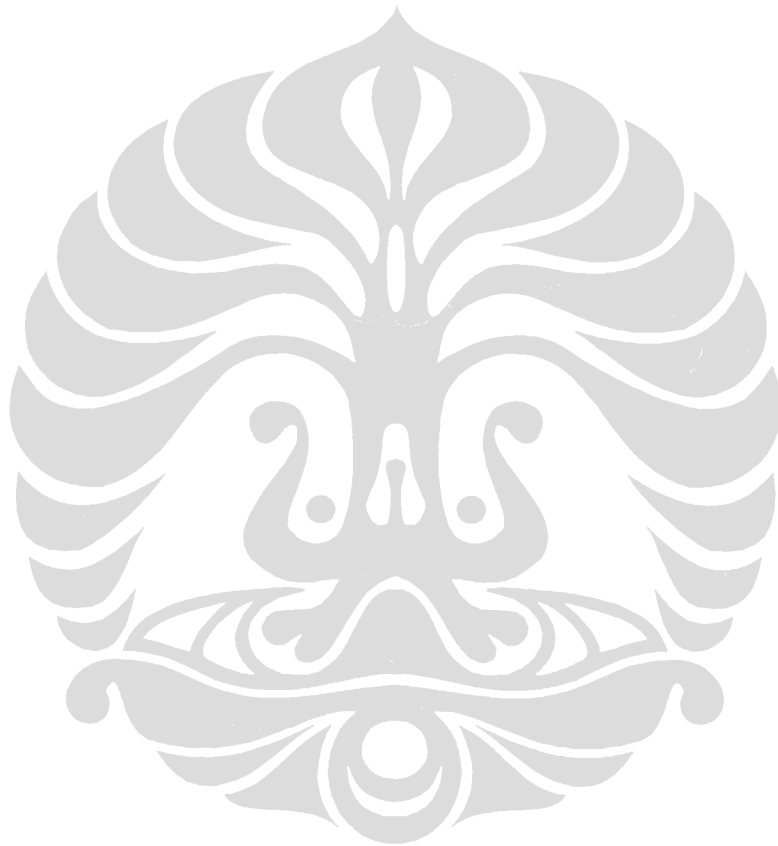


DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	49
Tabel 4.2	Analisis variable penelitian Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif pada klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor.....	66
Tabel 5.1	Analisis Karakteristik Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Berdasarkan Umur dan Lama Sakit pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor bulan Mei-Juni 2009	69
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan , Pekerjaan, Status Ekonomi, Riwayat Perilaku Kekerasan dan Pengobatan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor bulan Mei-Juni 2009.....	71
Tabel 5.3	Analisis Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Sebelum Mengikuti Terapi Perilaku Kognitif pada kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor bulan Mei-Juni 2009.....	74
Tabel 5.4	Analisis Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan sesudah Mengikuti Terapi Perilaku Kognitif pada kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor bulan Mei-Juni 2009.....	76
Tabel 5.5	Analisis Kesetaraan Kemampuan Kognitif dan Perilaku pada Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor, bulan Mei-Juni 2009.....	78
Tabel 5.6	Analisis Peningkatan Kemampuan Kognitif dan Perilaku pada Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan sebelum–sesudah Terapi Perilaku Kognitif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor, bulan Mei-Juni 2009.....	79
Tabel 5.7	Analisis Kemampuan Kognitif dan Perilaku Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol sebelum–sesudah Terapi Perilaku Kognitif pada Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor, bulan Mei-Juni 2009.....	82

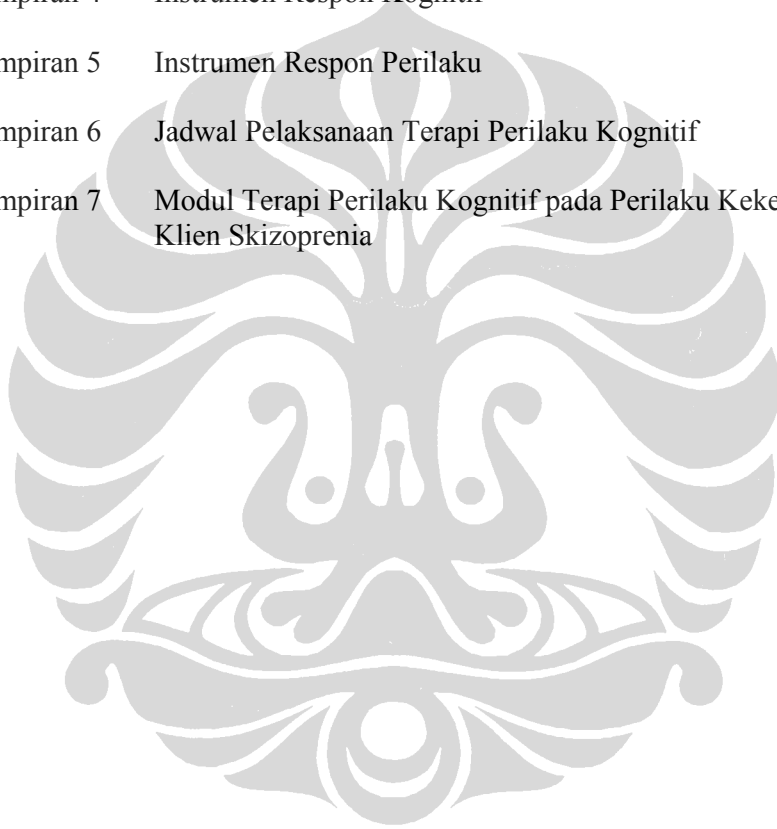
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 3.1 Kerangka Teori	46
Skema 3.2 Kerangka Konsep	47
Skema 4.1 Kerangka kerja Terapi Perilaku Kognitif terhadap Perubahan Kognitif dan Perilaku Klien Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor	62



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Instrumen Data Demografi Responden
- Lampiran 4 Instrumen Respon Kognitif
- Lampiran 5 Instrumen Respon Perilaku
- Lampiran 6 Jadwal Pelaksanaan Terapi Perilaku Kognitif
- Lampiran 7 Modul Terapi Perilaku Kognitif pada Perilaku Kekerasan
Klien Skizoprenia



BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Perilaku kekerasan merupakan masalah utama masyarakat di seluruh dunia saat ini. Menurut WHO (2009), setiap tahunnya lebih dari 1,6 juta orang meninggal dunia akibat perilaku kekerasan, terutama pada laki-laki yang berusia 15–44 tahun. Sedangkan korban yang hidup mengalami trauma fisik, seksual, reproduksi dan gangguan kesehatan mental.

Pelaku perilaku kekerasan sering dianggap mengalami gejala gangguan kejiwaan. Persepsi ini menstimulus publik untuk takut dan menolak klien gangguan jiwa, karena menganggap mereka adalah orang yang berbahaya. Stigma ini sangat melekat pada klien gangguan jiwa, akibatnya mereka juga mendapatkan perlakuan kekerasan dari keluarga atau masyarakat seperti pengasingan, pemasungan, isolasi dan pengabaian hak-hak mereka. Tentunya hal ini jugalah yang menjadi faktor penyebab terjadinya kekambuhan gejala-gejala penyakit pada penderita dan terjadinya perilaku kekerasan yang berulang.

Perilaku kekerasan adalah reaksi emosional yang menyebabkan terjadinya kemarahan atau perilaku yang bertujuan untuk menyebabkan kerusakan fisik terhadap seseorang atau properti (Fresan, 2007). Reaksi emosional ini dipengaruhi oleh cara berpikir seseorang. Apabila suatu situasi, orang atau lingkungan dinilai sebagai ancaman, maka seseorang akan bereaksi untuk mempertahankan diri dalam bentuk perilaku kekerasan, seperti penyerangan fisik, verbal dan intimidasi.

Menurut Torrey, (2006), hanya sedikit penderita gangguan mental yang melakukan perilaku kekerasan. Insiden perilaku kekerasan pada penderita gangguan jiwa tidak lebih dari 1 persen dibandingkan populasi masyarakat umumnya. Ini berarti di Indonesia dapat diperkirakan sekitar 2,2 juta penduduknya beresiko untuk melakukan perilaku kekerasan. Bahkan saat ini, akibat krisis ekonomi dunia dan semakin beratnya tuntutan ekonomi masyarakat mendorong jumlah penderita gangguan jiwa di dunia dan di Indonesia khususnya menjadi meningkat. Diperkirakan sekitar 50 juta atau 25 persen dari 220 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa akibat krisis ini (Suara Pembaharuan, 2000). Ini berarti resiko perilaku kekerasan juga akan mengalami peningkatan

Klien gangguan jiwa yang beresiko melakukan perilaku kekerasan salah satunya adalah klien dengan diagnosa Skizoprenia. Skizoprenia adalah suatu gangguan yang dikarakteristikan dengan psikotik (kehilangan kontak dengan realita), halusinasi (persepsi palsu), delusi (kepercayaan palsu), disorganisasi pembicaraan dan perilaku, afek datar (rentang emosi terbatas), penurunan kognitif (gangguan rasionalisasi dan pemecahan masalah), disfungsi okupasi dan sosial (Bustillo, 2008). Penyebabnya tidak diketahui, namun faktor genetik merupakan komponen utama. Dimana gejala-gejala mulai tampak pada usia dewasa atau dewasa awal dengan satu atau lebih episode gejala terjadi lebih dari 6 bulan sebelum diagnosis dibuat (Bustillo, 2008).

Proses terjadinya perilaku kekerasan pada penderita skizoprenia terdiri dari dua cara, yakni pertama adanya kondisi antisosial sebelumnya pada usia anak-anak, tanpa memperhatikan gejala psikotik yang ada, kedua adalah gejala psikotik itu sendiri (Swanson, et al, 2007). Gejala-gejala tersebut adalah delusi, halusinasi dan disorganisasi konseptual dengan gejala utama kegelisahan, marah dan agitasi (Krakowski, 2007). Ini berarti terjadinya perilaku kekerasan berhubungan dengan bagaimana proses tumbuh kembang seseorang sebelumnya dan berdampak terhadap perkembangan psikologis yang ditampilkan pada saat ini. Tentunya keluarga memegang peranan penting dalam pembentukan perilaku ini, dimana klien merupakan bagian dari sistem keluarga dan masyarakat itu sendiri (Roy, 1999 dalam Tommey, & Alligood, 2006).

Berdasarkan catatan rekam medik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2008 diperoleh data bahwa 3.090 pasien yang berkunjung ke unit gawat darurat psikiatri didiagnosa skizoprenia paranoid dengan 1.755 penderita merupakan kasus baru dan 1.335 kasus lama. Dari jumlah tersebut diperkirakan 90% kasus klien masuk dengan alasan melakukan perilaku kekerasan, berupa marah-marah, mengamuk, menyerang, memukul orang lain atau keluarga dan merusak alat-alat rumah tangga (Sulastri, 2007). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh *The National Alliance for the Mentally III* (NAMI) yang menyatakan bahwa 10,6% penderita dengan gangguan mental serius seperti Skizoprenia paranoid melukai orang lain, 12,2% mengancam mencederai orang lain (Morrison, 2005), dengan korban utama adalah anggota keluarga atau teman dekat (*American Psychiatric Association's* (APA), 2006).

Klien perilaku kekerasan juga sering keluar masuk rumah sakit dengan alasan yang sama yakni melakukan perilaku kekerasan. Hal ini menyebabkan perasaan takut dan trauma bagi keluarga untuk tinggal bersama dan menolak untuk merawat klien perilaku kekerasan di rumah. Akibatnya hari rawat klien di rumah sakit memanjang. Berdasarkan data rekam medik RSMM Bogor, rata-rata hari rawat klien pada tahun 2008 adalah 98 hari dan rata-rata lama hari rawat klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan adalah 76 hari, Sedangkan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2000), rata-rata hari rawat klien di rumah sakit jiwa selama 54 hari dan pada klien skizoprenia paling lama 64,8 hari (Dep.Kes R.I., 1995 dalam Keliat, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Morrison (1994) di beberapa rumah sakit jiwa ditemukan bahwa rata-rata hari rawat klien perilaku kekerasan dengan Skizoprenia adalah 14 hari (Keliat, 2003). Ini berarti rata-rata hari rawat di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor masih lebih lama dibandingkan standar Dep.Kes R.I dan hasil penelitian pada subjek yang sama.

Dampak dari perilaku klien perilaku kekerasan juga dialami oleh perawat yang bekerja di unit kegawatan dan inap psikiatri (Daffren et. al, 2004). Mereka setiap harinya mengalami dampak negatif dari perilaku kekerasan lebih sering dibandingkan profesi lainnya (Carlsson., et al., 2000), karena merekalah yang kontak dengan penderita selama 24 jam. Demikian pula dengan penderita lainnya juga mengalami hal yang sama seperti perawat, yakni mengalami perilaku kekerasan dalam bentuk penyerangan fisik, ancaman dan caci maki secara verbal. Untuk itu pencegahan dan manajemen perilaku kekerasan merupakan hal

yang penting dalam penatalaksanaan klien dengan perilaku kekerasan (Jansen, 2005).

Penatalaksanaan yang umum diberikan pada penderita skizoprenia dengan perilaku kekerasan adalah intervensi verbal, *limit setting*, terapi perilaku kognitif, terapi kelompok dan keluarga, pemberian terapi antipsikotik dan bila semua tindakan gagal maka tindakan *seclusion* dan *restrain* dilakukan (Mohr, 2006).

Di rumah sakit Marzoeeki Mahdi Bogor, tindakan yang dilakukan pada klien perilaku kekerasan dalam keadaan akut adalah intervensi verbal yakni mengarahkan perilaku klien dan pemberian terapi antipsikotik (lodomer 5 mg) dan ansietas (diazepam 10 mg). Apabila perilaku masih belum dapat dikontrol dengan pemberian terapi tersebut, maka dilakukan *seclusion/restrain* pada klien.

Setelah perilaku klien terkontrol, barulah klien dilatih cara-cara mengontrol marah seperti secara fisik (relaksasi nafas dalam dan pukul bantal), berbicara dengan asertif, secara spritual (berdo'a), melakukan aktifitas secara terjawal, patuh obat, melibatkan klien dalam terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi perilaku kekerasan dan pendidikan kesehatan keluarga.

Namun berdasarkan pengalaman peneliti di klinik, walaupun klien telah menguasai cara-cara mengontrol marah, minum obat secara teratur dan mengikuti terapi aktifitas kelompok, namun masih ada klien yang belum mampu mengontrol perilaku kekerasan atau setelah pulang ke rumah klien dirawat

kembali dengan alasan karena melakukan perilaku kekerasan di rumah. Ini berarti adanya bagian yang terpenting dari perilaku kekerasan yang belum diatasi.

Menurut Larsen (2003), pasien yang tidak berespon terhadap tindakan standar kira-kira 15–20% pada penderita Skizoprenia. Hal ini terjadi, menurutnya ada hubungannya dengan faktor ketidakmampuan strategi koping penderita, sehingga terjadi perilaku kekerasan yang berulang. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang teridentifikasi melakukan perilaku kekerasan mempunyai kemungkinan untuk kembali melakukan perilaku kekerasan sekitar 80% dimasa yang akan datang (Osgloff & Davis, 2005). Untuk itu strategi koping penderita dalam menghadapi kejadian yang *stressful* perlu dipersiapkan, salah satunya dengan memberikan terapi perilaku kognitif (Gottlieb dan Cather, 2006).

Terapi perilaku kognitif adalah suatu integrasi pendekatan terapeutik yang mengasumsikan bahwa kognisi, fisiologi dan perilaku semuanya berhubungan secara fungsional (Gottlieb dan Cather, 2006). Terapi perilaku kognitif juga meyakini bahwa cara-cara berpikir dan perilaku yang tidak sehat telah dipelajari dalam waktu yang lama dan mempengaruhi penilaian seseorang saat ini.

Pada klien perilaku kekerasan, perilaku kekerasan merupakan hasil dari proses belajar dalam cara menyelesaikan masalah. Perilaku kekerasan dipelajari melalui imitasi atau *reinforcement* yang diberikan baik melalui keluarga, media atau lingkungan sekitar klien sehingga mempengaruhi penilaian klien dalam menginterpretasikan situasi, orang dan lingkungan sekitarnya, walaupun

sebenarnya tidak ada hubungan langsung antara kejadian eksternal dengan perilaku agresif (Novaco, 1985). Namun karena situasi atau kejadian diinterpretasikan sebagai ancaman maka klien bereaksi dengan perilaku agresif atau kekerasan. Ini berarti cara berpikir seseorang akan mempengaruhi perilakunya. Oleh karena itu, klien juga perlu dilatih untuk dapat berpikir positif terhadap *stressor* yang dihadapinya sehingga dapat berperilaku lebih adaptif dalam menghadapi situasi-situasi kehidupannya dimasa yang akan datang.

Di dalam terapi perilaku kognitif, klien dilatih untuk dapat mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami klien dan mengenali situasi, pikiran, perasaan, fisik dan perilaku negatif yang dialami sehingga memicu timbulnya perilaku kekerasan, belajar cara untuk mengatasi masalah, melatih perilaku yang adaptif dan menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping terapi perilaku kekerasan untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

Beberapa penelitian yang dilakukan di luar negeri, didapatkan gambaran bahwa terapi perilaku kognitif efektif dalam menurunkan perilaku kekerasan residivis sebesar 36% (McGuire J, 2005) dan efektif dalam meningkatkan kemampuan sosial pada anak dengan masalah perilaku (Shukhodolsky dkk., 2001). Sedangkan di Indonesia, penelitian tentang perilaku kekerasan diperoleh hasil bahwa pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor

berpengaruh secara bermakna dalam memperpendek lama hari rawat dan memperpanjang jarak kekambuhan (Keliat, 2002).

Hasil penelitian yang terkait dengan penerapan terapi perilaku kognitif pada klien rawat inap diperoleh bahwa kemampuan kognitif dan perilaku lebih tinggi secara bermakna pada klien harga diri rendah yang mendapatkan tarapi perilaku kognitif dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan (Sasmita, 2007). Akan tetapi penelitian keperawatan di Indonesia tentang pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan belum diketahui. Untuk itu peneliti akan menerapkan terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan yang dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor.

Hal ini disebabkan karena Rumah Sakit Marzoeki Mahdi ini merupakan rumah sakit tertua di Indonesia, merupakan rumah sakit rujukan, memiliki kasus yang bervariasi dan cukup banyak, serta sangat terbuka akan pembaharuan. Aplikasi dalam jangka panjang memungkinkan serta merupakan tempat praktik mahasiswa keperawatan yang akan menjadi model pembelajaran.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka disimpulkan beberapa masalah penelitian, yaitu :

1. Perilaku kekerasan merupakan prioritas masalah klien yang dirawat di RSMM.

2. Belum diterapkannya terapi perilaku kognitif pada klien perilaku kekerasan di RSMM.
3. Belum diketahui sejauh mana efektifitas terapi perilaku kognitif dalam mengubah kognitif dan perilaku klien yang mengalami perilaku kekerasan.

Dalam rangka meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka akan dilakukan pemberdayaan klien melalui perubahan kemampuan kognitif dan perilaku kearah yang lebih adaptif dalam mengatasi perilaku kekerasan. Untuk itu, peneliti ingin meneliti tentang **“Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif (TPK) pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor”**.

Penelitian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimanakah kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi dan kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum TPK.
2. Bagaimanakah kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK.
3. Bagaimanakah kemampuan kognitif dan perilaku kelompok kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK.
4. Bagaimanakah kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi dan kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan setelah TPK.

C. TUJUAN

Tujuan Umum :

Untuk melihat pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor 2009.

Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi dan kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum TPK.
2. Melihat perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK.
3. Melihat perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku kelompok kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK.
4. Melihat perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan setelah TPK.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Aplikatif

- a. Terapi perilaku kognitif dapat menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah perilaku kekerasan bagi semua perawat di rumah sakit jiwa.
- b. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pengambil keputusan di rumah sakit dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa dan area lainnya yang relevan.
- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya bagi klien perilaku kekerasan.

2. Manfaat Keilmuan

- a. Pengembangan teknik terapi perilaku kognitif dapat diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan pada klien skizoprenia.

3. Manfaat Metodologi

- a. Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran penerapan teori atau metode yang terbaik untuk mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan.
- b. Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya dalam mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif klien dengan masalah perilaku kekerasan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi : konsep perilaku kekerasan dan terapi perilaku kognitif.

A. Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Perilaku kekerasan merupakan respon dan perilaku manusia untuk merusak dan berkonotasi sebagai agresi fisik yang dilakukan seseorang terhadap orang lain atau sesuatu (Citrome, & Volavka, 2002). Respon ini dipengaruhi oleh penilaian terhadap situasi, penerimaan lingkungan, kognisi dan komunikasi stress, sehingga apabila lingkungan di interpretasikan sebagai bermusuhan maka akan berespon bermusuhan dan menyebabkan timbulnya perilaku agresif atau kekerasan.

Perilaku kekerasan juga merupakan mekanisme koping yang paling maladaptif dalam respon emosional seseorang, karena perilaku kekerasan dapat membahayakan orang, diri sendiri baik secara fisik, emosional/sexualitas (NANDA, 2005) dengan akibat yang paling ekstrim adalah kematian baik pada pelaku sendiri maupun korban perilaku kekerasan, dimana bentuk perilaku kekerasan dapat berupa penyerangan fisik, verbal atau keduanya terhadap objek,

orang atau diri sendiri (Anderson, & Bushman, 2002) atau intimidasi (O'Connell, et al., 2000).

Perilaku kekerasan terjadi karena penilaian yang salah terhadap situasi yang diterima oleh seseorang yang menyebabkan kemarahan, karena perilaku kekerasan merupakan hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam (Struat dan Laraia, 2005). Jadi bukan karena disebabkan oleh orang lain maupun lingkungannya, namun disebabkan karena penilaian yang salah (distorsi kognitif) dari diri pelaku itu sendiri, karena sebenarnya tidak ada hubungan langsung antara situasi atau kejadian dengan terjadinya perilaku kekerasan (Novaco, 1985), walaupun situasi atau kejadian dapat menyebabkan timbulnya perasaan takut, memalukan dan ketidakberdayaan (Vancarolis, 1998).

Penilaian seseorang terhadap situasi, orang atau lingkungan sebagai ancaman pada dasarnya merupakan hasil dari proses belajar dari sejak kecil dan berkembang sesuai dengan bertambahnya usia. Anak yang hidup dalam lingkungan keluarga yang kurang harmonis dan penuh stress, memiliki model (orang tua) yang berperilaku kekerasan dalam mengatasi masalah dan merupakan korban perilaku kekerasan akan mempunyai resiko untuk berperilaku kekerasan dimasa yang akan datang, karena anak selalu berada dalam kondisi terancam atau perasaan cemas.

Perilaku kekerasan mempunyai hubungan dengan cara-cara individu menilai situasi atau kejadian. Cara-cara individu dalam menilai situasi yang menyebabkan marah dan terjadinya perilaku kekerasan diantaranya:

1. Penerimaan seseorang terhadap kejadian yang dianggap sebagai hal yang bertentangan dengan harapan dan interpretasinya.
2. Ketika seseorang berharap hasil tertentu dan menerima yang berbeda, maka ia akan menilai bahwa dirinya mengalami kegagalan (misalnya frustrasi, ancaman) sehingga menyebabkan timbulnya kemarahan dan perilaku kekerasan.
3. Ketika seseorang menilai kejadian sebagai rintangan dalam mencapai harapan maka akan menginduksi marah dan bereaksi dengan kemarahan saat kejadian yang sama terjadi.

Ini berarti pikiran otomatis yang digunakan seseorang dipengaruhi harapan dan penilaiannya (Stuart dkk., 1997).

2. Proses Terjadinya Perilaku kekerasan

Dalam menjelaskan proses terjadinya perilaku kekerasan berikut ini akan diuraikan dengan menggunakan pendekatan model adaptasi Roy, karena perilaku kekerasan merupakan salah satu respon adaptasi yang tidak efektif dari klien sebagai sub sistem dari keluarga yang saling berelasi, berinteraksi dan berpedepensi membentuk satu kesatuan yang utuh.

Menurut model adaptasi Roy, klien dianggap sebagai sistem adaptif holistik. Adaptasi sebagai sesuatu yang positif dan berhubungan dengan respon yang sehat, sedangkan respon yang maladaptif dianggap sebagai suatu hal yang negatif atau respon yang tidak sehat, dalam hal ini adalah perilaku kekerasan.

Roy menjelaskan bahwa seseorang dalam beradaptasi melalui sebuah sistem yang terdiri dari input, proses, output dan feed back yang saling mempengaruhi satu dengan lainnya membentuk satu kesatuan. Input adalah stimulus, yaitu kesatuan informasi yang diterima klien perilaku kekerasan dari lingkungan baik internal maupun eksternal yang dapat menimbulkan respon perilaku kekerasan. Lingkungan internal klien perilaku kekerasan yang dapat menyebabkan timbulnya perilaku kekerasan meliputi perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan jatuh sakit, sedangkan lingkungan eksternal dapat berupa penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain (Stuart. & Laraia, 2005).

Didalam sistem adaptasi roy stimulus terdiri dari 3 sub sistem yakni stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stimulus fokal dari klien perilaku kekerasan adalah klien itu sendiri. Sedangkan stimulus kontekstualnya adalah kognitif klien yang dipengaruhi oleh karakteristik klien, karakteristik keluarga, faktor predisposisi : biologik, psikologik dan sosial kultural.

Menurut Stuart & Laraia (2005) klien perilaku kekerasan merupakan individu yang sangat berfokus pada diri sendiri, suka mengabaikan hak orang lain, selalu

mencari perhatian dan berharap akan mendapatkan perhatian dari orang lain. Karakteristik tersebut dapat diamati seperti berbicara dengan isi pembicaraan yang dibesar-besarkan, menghina orang lain, atau mengatakan “anda selalu”, “anda tidak pernah”, tonus bicara yang keras dan menuntut, sikap tegang, sikap tubuh condong kedepan atau kearah orang lain, jarak personal yang masuk ke ruang personal orang lain, isyarat tangan yang mengancam (menunjuk–nunjuk) dan mempertahankan kontak mata yang lebih lama kepada orang lain sehingga orang lain merasa terganggu. Karakteristik klien ini menggambarkan bahwa klien perilaku kekerasan adalah orang yang kuat dan dominan terhadap orang lain. Walaupun pada dasarnya klien berperilaku kekerasan sebagai upaya untuk menunjukkan bahwa ia tidak mempunyai kepercayaan diri atau harga diri rendah.

Kapasitas individu juga menentukan apakah ia akan berperilaku kekerasan atau tidak, diantaranya individu yang mempunyai keterbatasan kemampuan untuk menggunakan hubungan yang suportif, tinggal dengan orang yang sangat berpusat pada diri sendiri atau membuat seseorang untuk rentan perasaan trauma yang dapat memicu terjadinya kemarahan (Stuart dan Laraia, 2005) .

Menurut beberapa ahli, karakteristik klien perilaku kekerasan dapat ditentukan berdasarkan data demografi, meliputi jenis kelamin, usia muda, riwayat perilaku kekerasan dimasa lalu (*American Psychiatric Assosiation's*, 2000; Steinert, Wiebe, & Gebhardt, 1999), penyalahgunaan obat – obatan dan alkohol (Steinert dkk., 1999), ketidak patuhan terhadap tindakan dan pengobatan (Swartz dkk., 1998).

Banyak penelitian yang melaporkan bahwa subkelompok individu yang didiagnosa dengan Skizoprenia mempunyai insiden yang lebih tinggi menyerang dan berperilaku kekerasan (*American Psychiatric Assosiation's*, 2000). Jenis Skizofrenia yang beresiko untuk berperilaku kekerasan terhadap diri sendiri (bunuh diri) dan orang lain adalah Skizofrenia paranoid, yakni dengan ide curiga (*American Psychiatric Association's (APA)*, 2000).

Menurut Berman & Coccara (1998), pelaku kekerasan terjadi 2 kali lebih sering pada klien usia muda (rata-rata dibawah usia 28 tahun) berkisar 57 % dibanding usia lebih tua (30%). Sedangkan berdasarkan jenis kelamin, laki-laki lebih besar mempunyai kecendrungan untuk berperilaku kekerasan dibanding wanita. Namun pada wanita yang didiagnosa Skizoprenia mempunyai nilai rata-rata untuk berperilaku kekerasan sama dengan laki-laki (Hasting & Hamberger, 1997).

Klien perilaku kekerasan merupakan bagian dari sistem keluarga, sehingga penilaian klien terhadap situasi dipengaruhi oleh bagaimana pengalaman hidupnya selama ini. Lingkungan keluarga merupakan sekolah pertama bagi klien dalam belajar mengatasi atau menyelesaikan masalah. Salah satu metode cara menyelesaikan masalah yang dipelajari klien adalah penyelesaian masalah dengan perilaku kekerasan.

Anak belajar perilaku kekerasan melalui proses sosialisasi hasil pembelajaran internal dan eksternal (Stuart dan Laraia, 2005). Pembelajaran internal terjadi

melalui *reinforcemen* yang diterima anak saat melakukan perilaku kekerasan untuk mendapatkan tujuan, perasaan penting, memiliki kekuatan dan kontrol. Pembelajaran eksternal terjadi melalui observasi model peran seperti orang tua, teman sebaya, *sibling* dan *caregiver*.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Bandura (1973), menunjukkan bahwa setelah melihat model melakukan perilaku kekerasan terhadap boneka Bobo, anak tampak lebih agresif dalam bermain. Ini berarti anak mengimitasi perilaku model untuk belajar agresif. Demikian pula halnya, dengan anak yang terpapar dengan perilaku kekerasan didalam keluarga lebih cenderung untuk tumbuh menjadi berperilaku kekerasan dan agresif pada diri mereka (Herrera & McCloskey, 2003; Litrownik, Newton, Hunter, English, & Everson, 2003). Anak yang melihat ayahnya memecahkan masalah dengan memukul ibunya, maka anak akan belajar perilaku yang sama bila dihadapi dengan masalah dan melakukan perilaku kekerasan untuk memecahkan masalah seperti yang dilakukan ayahnya.

Menurut Spector (2005), secara dinamika keluarga ada empat karakteristik keluarga yang menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan, yakni :

- a. Mengkambinghitamkan anak yang berbeda dari anggota keluarga lainnya.
Anak yang sering menjadi anak yang dipersalahkan (kambing hitam) adalah anak yang kurang aktif, kemampuan mentalnya lambat atau mengalami kecacatan, anak yang tidak diinginkan, anak tiri atau adopsi, sehingga anak

ini sering diabaikan oleh orang tuanya dibandingkan dengan saudaranya yang lain.

- b. Keluarga yang didominasi oleh ayah, yang mengintimidasi anak dan sering melakukan perilaku kekerasan fisik atau tindakan yang keras untuk menutupi kekurangan gambaran dirinya dan perasaan ketidakmampuannya. Sebaliknya ibu dianggap sebagai peran pendamai yang mengalami tekanan dan kelelahan,. Pada kasus yang ekstrim kemungkinan si ibu juga merupakan korban perilaku kekerasan, sama halnya dengan anak yang mungkin juga merupakan korban perilaku kekerasan psikologis kedua orang tuanya.

- c. Keluarga dengan ibu yang otoriter

Didalam keluarga ini segala sesuatunya yang mengatur dan memutuskan adalah ibu, sedangkan ayah tidak mempunyai kekuatan. Anak diharapkan menjadi sesuatu seperti yang diinginkan ibunya, ibu cenderung over protektif terhadap anak dan ibu dipandang anak sebagai hal yang menakutkan baginya.

- d. Orang tua yang bercerai yang tidak dapat mempertahankan hubungan.

Spector (2005), juga menyatakan bahwa perilaku kekerasan dapat terjadi pada keluarga yang memiliki pola keluarga sebagai berikut:

- a. Konflik dengan pasangan

Didalam keluarga sering timbul konflik yang terkait dengan masalah-masalah seperti keuangan, sex, aktifitas sosial, perawatan rumah dan anak.

- b. Pasangan yang melakukan agresi verbal

Suami dan istri kadang menggunakan agresi verbal dalam mengatasi konflik mereka.

c. Orang tua yang *abuse* secara verbal terhadap anak

Kondisi keluarga seperti ini memberikan perasaan cemas dan menilai situasi sebagai ancaman, sehingga ia menjadi orang yang bingung dan tidak mempunyai kemampuan menyelesaikan masalah secara adaptif.

Terjadinya perilaku kekerasan selain dipengaruhi oleh karakteristik klien dan keluarga, juga dipengaruhi oleh faktor predisposisi lainnya, diantaranya faktor biologis, sosiokultural dan psikologis.

Berdasarkan penelitian para ahli ada lima proses biologis (stimulus internal) yang berperan dalam predisposisi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu :

a. Fungsi otak

Penelitian neurobiologiik saat ini fokus pada tiga area otak yang dipercaya terlibat dalam perilaku kekerasan, yaitu system limbic, lobus frontal dan hyotalamus termasuk neurotransmitter (Stuart & Laraia , 2005):

- 1). Sistem limbik : sistem ini terlibat dalam proses informasi dan memori, sintesis informasi ke dan dari area lain di dalam otak yang berhubungan dengan ekspresi emosi (kemarahan dan ketakutan) dan perilaku seperti perilaku kekerasan.
- 2). Lobus frontal berperan penting dalam mengetarai tujuan perilaku dan berpikir rasional. Disini merupakan bagian dimana terjadinya interaksi antara alasan dan emosi. Kerusakan bagian frontal dapat mengakibatkan

gangguan pertimbangan, perubahan kepribadian, masalah dalam mengambil keputusan, ketidaksesuaian dan pemicu kekerasan.

Pada klien dengan perilaku kekerasan ditemukan penurunan fungsi otak di area frontal dan temporal (Henry & Moffitt, 1997; Moffitt, 1990, Raine, 2002). Dari pemeriksaan gambaran otak perilaku kekerasan pada individu di penjara menunjukkan adanya penurunan metabolisme di area prefrontal otak (Raine, Buchsbaum, & LaCasse, 1997). Penurunan fungsi di area prefrontal akan mengakibatkan penurunan kemampuan untuk mengendalikan impuls agresi sehingga mengakibatkan meningkatnya perilaku impulsif dan agresif.

3). Hipotalamus yang terletak didasar otak merupakan sistem alarm otak dan pengontrol kelenjar pituitari. Stress akan meningkatkan kadar steroid yakni hormon yang disekresi oleh kelenjar adrenal. Reseptor syaraf untuk hormon ini menjadi kurang sensitif dalam usaha untuk kompensasi dan hipotalamus memerintahkan kelenjar pituitari untuk melepaskan steroid. Setelah distimulus berulang-ulang, Sistem berespon lebih kuat untuk semua provokasi. Hal ini terbukti dari hasil penelitian yang dilakukan, dimana pada hormon steroid mengalami peningkatan pada pelaku perilaku kekerasan.

b. Neutransmitter adalah kimia otak yang ditransmisi untuk dan dari neuron menyeberangi sinap untuk menghasilkan komunikasi antar struktur otak. Peningkatan atau penurunan neurotransmitter dapat mempengaruhi perilaku.

Perubahan keseimbangannya dapat memicu atau menghambat perilaku kekerasan. Penurunan neurotransmitter serotonin berhubungan dengan perilaku *irritabilitas*, hipersensitif terhadap provokasi dan kemarahan.

Neurotransmitter lain yang berhubungan dengan perilaku kekerasan adalah dopamin, norepineprin, dan asetilkolin dan *γ-aminobutyric acid* (GABA).

c. Hormon testosteron

Hormon seks berperan dalam pembentukan perilaku kekerasan. Pada pelaku kekerasan ditemukan kadar testosteron yang tinggi daripada kelompok kontrol (Archer, 1991). Wanita kriminal juga ditemukan untuk komit melakukan perilaku kekerasan pada masa siklus menstruasi ketika hormon progesteron menurun dan perilaku agresif menurun pada saat ovulasi ketika estrogen and progesteron meningkat (Carlson, 1998). Demikian pula pada laki-laki normal yang diberikan testosteron akan menjadi lebih sensitif dan bermusuhan (Carlson, 1998).

d. Komplikasi kelahiran

Komplikasi kelahiran yang merupakan predisposisi perilaku kekerasan adalah komplikasi kelahiran seperti anoksia, kelahiran forcep dan lain-lain diyakini mengakibatkan kerusakan system syaraf pusat, yang sebaliknya akan mengakibatkan gangguan fungsi otak dan selanjutnya merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya perilaku kekerasan (Liu, 2004a).

e. Kekurangan nutrisi

Penelitian pada kekurangan nutrisi dan perilaku agresif mulai mendapatkan perhatian (Fishbein & Pease, 1994; Rutter, Giller, & Hagell, 1998). Faktor-faktor yang meliputi makanan adiktif, hipoglikemia, kolesterol, and kekurangan protein dan zat besi (Breakey, 1997; Fishbein & Pease, 1994; Fishbein, 2001; Raine, 1993). Pada beberapa penelitian melaporkan bahwa kekurangan zat besi berhubungan langsung dengan perilaku kekerasan dan gangguan (Rosen dkk., 1985; Werbach, 1992). Selain itu, juga dipercayai bahwa malnutrisi pada usia anak-anak mempunyai dampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan otak, sehingga gangguan otak ini berpredisposisi individu untuk menjadi berperilaku antisosial dan kekerasan sebagai dampak gangguan fungsi kognitif (Liu, Raine, Venables, & Mednick, 2004).

Berdasarkan sosial kultural, perilaku kekerasan dianggap sebagai perilaku yang diterima dalam menyelesaikan masalah dan pencapaian status sosial. Pemaknaan bahwa perilaku kekerasan diterima di dalam sosial di imitasi melalui media elektronik seperti TV, film dan internet (Grana dkk., 2004), dimana perilaku kekerasan dilakukan oleh model iklan atau olah ragawan yang terkenal di masyarakat luas.

Ada beberapa faktor sosial yang berhubungan dengan siklus kehidupan dengan terjadinya perilaku kekerasan, diantaranya *proverty* dan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup, gangguan pernikahan, hasil dari keluarga *single*

parent, tidak bekerja dan kesulitan dalam mempertahankan ikatan interpersonal, struktur keluarga dan kontrol sosial.

Secara psikologis, gangguan ikatan antara ibu dan anak dapat menyebabkan perilaku interpersonal yang buruk, sehingga meningkatkan perilaku kekerasan di kemudian hari. Selain itu perilaku kekerasan juga berhubungan dengan pengalaman hidup yang membatasi kemampuan seseorang untuk memilih perilaku yang tidak berperilaku kekerasan seperti: kerusakan otak organik, retardasi mental atau ketidakmampuan belajar sehingga mudah mengalami frustrasi, deprivasi emosi yang berat atau penolakan yang berlebihan pada usia kanak-kanak, atau orang tua penggoda yang mengakibatkan penurunan kepercayaan dan harga diri, terpapar perilaku kekerasan bertahun-tahun sebagai anak korban perilaku kekerasan atau pengamat perilaku kekerasan, dimana perilaku kekerasan merupakan salah satu cara dalam mengatasi masalah atau koping.

Stimulus residual meliputi nilai, kepercayaan atau keyakinan dan stigma yang diterima klien perilaku kekerasan. Proses pengenalan nilai-nilai moral dimulai sejak kecil di rumah atau keluarga dari orang tua atau pengasuhnya. Apabila anak telah belajar mengenai konsep "Yang Maha Kuasa", mungkin ia akan mengalami kesulitan untuk mengintegrasikan perilaku kekerasan yang diterimanya dengan konsep tersebut. Berbeda dengan anak yang lebih tua, ia mungkin mempertanyakan mengapa "Yang Maha Kuasa" membiarkan ia mendapatkan

perilaku kekerasan. Ia bahkan merasakan ditinggal oleh Tuhan. Anak merasa tidak dicintai atau merasa dirinya jahat sehingga mendapatkan hukuman.

Norma budaya juga membantu seseorang untuk mendefinisikan diterima atau tidaknya makna pengekspresian perasaan agresif dalam bentuk sanksi terhadap pelaku kekerasan. Kontrol sosial terhadap perilaku kekerasan dan usaha untuk mempertahankan keamanan anggotanya termasuk penolakan terhadap ekspresi marah, mengakibatkan hambatan dalam mengekspresikan marah secara sehat dan berakhir dengan respon maladaptif dalam bentuk perilaku kekerasan (Struat & Laraia, 2005).

Stigma masyarakat terhadap klien perilaku kekerasan sangat tinggi. Pelaku perilaku kekerasan sering dianggap mengalami gangguan kejiwaan yang sangat ditakuti oleh semua orang, walaupun padahal orang yang tidak mengalami gangguan jiwa lebih berbahaya jika melakukan perilaku kekerasan dibanding klien Skizoprenia itu sendiri. Klien sering mengalami penolakan, intimidasi, pelecehan, pemasungan dan pengabaian hak-haknya yang dilakukan oleh keluarga maupun masyarakat sekitarnya. Tentunya kondisi seperti ini bukan mendukung klien untuk tidak berperilaku kekerasan bahkan makin memicu terjadinya perilaku kekerasan/kekambuhan.

Sistem proses adalah proses pengendalian manusia sebagai sistem adaptasi yang dikenal sebagai mekanisme koping. Mekanisme koping klien perilaku kekerasan

merupakan proses–proses yang digunakan oleh klien dalam menghadapi stimulus yang terdiri dari dua subsistem yakni regulator dan kognator.

Subsistem regulator merupakan respon otomatis dari dalam tubuh yang meliputi sistem saraf, kimiawi syaraf dan endokrin. Pada keadaan klien menghadapi situasi tertentu yang diterima informasi oleh klien melalui pancaindera dan kemudian diproses oleh otak dalam proses persepsi dan penilaian terhadap situasi, dimana pada klien perilaku kekerasan terjadi distorsi kognitif akibat stimulus yang telah dialaminya.

Distorsi kognitif pada klien perilaku kekerasan sebenarnya merupakan upaya untuk merasionalisasikan perilaku yang sebenarnya menurut nilai dan keyakinan klien tidak sesuai, namun berdasarkan pengalaman yang selama ini diperkuat, sehingga dilegitimisasi sebagai perilaku yang diterima. Akibatnya klien merasa terancam. Perasaan terancam ini merupakan stressor bagi klien yang mempengaruhi sistem neurotransmitter di otak diantaranya terjadinya penurunan neurotransmitter serotonin, peningkatan dopamin, norepineprin, asetilkolin dan asam gamma aminobutirat (GABA). Selain itu, perasaan ini memberikan tanda kepada hipotalamus yang selanjutnya akan memerintahkan kelenjar pituitari untuk melepaskan hormon steroid, sehingga akhirnya hormon steroid mengalami peningkatan dan terjadilah perilaku kekerasan.

Sub sistem regulator terdiri dari modus fisiologis. Modus fisiologis menunjukkan kepada cara-cara seseorang untuk berespon secara fisik dalam berinteraksi

dengan lingkungan internal sebagai upaya untuk mempertahankan integritas fisik atau dengan kata lain, modus fisiologis adalah respon perilaku yang dapat diamati berdasarkan perubahan fisiologis.

Klien perilaku kekerasan yang mempersepsikan bahwa situasi, kejadian atau orang sebagai ancaman, akan bereaksi secara fisik dalam bentuk pemenuhan kebutuhan oksigenisasi, aktifitas dan istirahat, perasaan, fungsi saraf, keseimbangan cairan dan elektrolit. Kebutuhan oksigenisasi di tandai dengan peningkatan frekuensi pernafasan. Untuk aktifitas klien tampak mondar mandir, gelisah, tidak dapat tenang dan kelelahan. Istirahat klien perilaku kekerasan juga sering terganggu oleh mimpi buruk, sehingga klien mengalami masalah dengan istirahat. Tingkat kesadaran klien dapat tiba-tiba berubah, perilaku menjadi tidak terkontrol atau lupa dengan apa yang telah dilakukan, sedangkan respon cairan dan elektrolit dapat dimanifestasikan dengan berkeringat banyak.

Sub sistem *cognator* merupakan respon pengendalian dengan menggunakan fungsi yang lebih tinggi dari otak yaitu persepsi, penilaian dan emosi. Sub sistem *cognator* terdiri dari tiga modus (perilaku yang dapat diamati): konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Konsep diri adalah pikiran, keyakinan dan perasaan tentang dirinya yang dibentuk dari persepsi internal dan reaksi orang lain. Konsep diri berhubungan dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spritual manusia. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu *physical self* (bagaimana

seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi dan gambaran tubuhnya) dan *personal self* (berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral-etik dan spiritual diri seseorang). Pada klien perilaku kekerasan, mereka sering mempunyai gambaran diri negatif dan kurang percaya diri, sehingga untuk menutupi kelemahannya klien berperilaku kekerasan agar mendapatkan pernyataan lebih kuat atau dominan dibanding orang lain (Hamid, 2008).

Modus adaptasi peran berhubungan dengan pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain. Berfokus pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya di masyarakat sesuai kedudukannya. Pada umumnya klien perilaku kekerasan merupakan orang yang tidak mampu mempertahankan hubungan dengan orang lain, karena klien perilaku kekerasan tidak dapat toleran terhadap perbedaan orang lain. Klien sering mempersepsikan pandangan orang lain berdasarkan sudut pandang klien sendiri, sehingga ia tidak mampu berperan dengan baik di masyarakat (Hamid, 2008).

Modus independensi adalah keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Klien perilaku kekerasan selalu cemas saat menjalin hubungan atau afiliasi dengan orang lain. Mereka merasa kebingungan dengan makna cinta, perhatian dan menentukan pilihan dalam bertindak, karena sepanjang kehidupannya selalu

berada diantara cinta dan kebencian (karena mereka juga adalah korban dari perilaku kekerasan) (Hamid, 2008).

Output dari proses adaptasi Roy adalah perilaku yang dapat diamati dan diukur. Perilaku ini merupakan umpanbalik untuk sistem. Roy mengkatagorikan output sebagai respon yang adaptif dan tidak efektif. Respon yang tidak efektif adalah perilaku kekerasan yang ditampilkan dalam bentuk tanda dan gejala perilaku kekerasan, sedangkan respon yang adaptif adalah pikiran dan perilaku klien yang positif terhadap stimulus (input). Perilaku yang muncul pada output akan menjadi umpan balik kembali terhadap stimulus yang berikutnya.

3. Tanda dan gejala

Perilaku kekerasan pada klien pada dasarnya disebabkan dari penilaian individu itu sendiri. Lingkungan hanya sebagai *stressor* yang diinterpretasikan atau dinilai klien melalui proses kognitif yakni menghubungkan antara pengalaman-pengalaman sebelumnya dengan kejadian yang dihadapinya saat ini.

Menurut Stuart and Laraia (2005), kognitif adalah tindakan atau proses dari pengetahuan. Proses ini diperlukan dan memungkinkan mengetahui kondisi otak untuk proses informasi dalam hal ketelitian, penyimpanan dan keterangan. Seseorang dengan skizoprenia seringkali tidak sanggup untuk menghasilkan logika berfikir yang kompleks dan mengungkapkan kalimat yang berhubungan karena neurotransmitter dalam memproses sistem informasi otak mengalami kelainan fungsi. Proses informasi memerlukan pengorganisasian dari input

sensori dengan proses otak untuk respon perilaku. Input sensori dari kedua perasaan internal dan eksternal menyaring kesesuaian untuk perhatian seseorang, kemampuan untuk mengingat, belajar, diskriminasi, menafsirkan dan pengorganisasian informasi. Terjadinya penurunan kemampuan kognitif menurut Laeckenote (1996) adalah karena faktor neuroanatomi, psikologis, lingkungan, kejadian dan faktor lainnya.

Theory of reasoned menekankan bahwa proses kognitif sebagai dasar bagi manusia untuk memutuskan perilaku apa yang akan diambilnya, yang secara sistematis memanfaatkan informasi yang tersedia disekitarnya (Ajzen dan Fishbein, 1980, dalam Wismanto, 2009). Hal ini berarti bahwa kognitif seseorang akan menentukan perilaku orang tersebut.

Pengalaman hidup klien menyebabkan terjadinya penilaian negatif terhadap situasi atau kejadian. Penilaian ini selanjutnya akan mempengaruhi perasan klien, sehingga pada klien perilaku kekerasan dapat ditemukan ungkapan perasaan-perasaan sebagai berikut: dikesampingkan, dipermalukan, ketakutan, dibuang, bersalah, menyakitkan, ditolak, tidak adekuat, tidak aman, tidak didengarkan, situasi diluar kontrol, penolakan, terancam, kelelahan, cepat tersinggung dan direndahkan. (Vancarolis, 1998). Perasaan-perasaan tersebut merupakan interpretasi dari proses kognitif dalam bentuk distorsi kognitif.

Distorsi kognitif adalah kesalahan dalam menilai atau pikiran negatif. Sebenarnya distorsi kognitif merupakan proses psikologis yang normal dari

manusia, namun distorsi kognitif dianggap patologis apabila mengakibatkan perilaku yang mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, karena pada dasarnya distorsi kognitif merupakan upaya menetralisasi perasaan cemas dan ketidaknyamanan, misalnya apabila kita memandang bahwa diri kita tidak baik, kemudian kita berperilaku sesuai dengan harapan kita. Selain itu masih perlu adanya justifikasi perilaku kita terhadap pikiran orang lain dan oleh karenanya distorsi kognitif terus terjadi.

Distorsi kognitif terjadi dalam pola pikir klien perilaku kekerasan adalah karena bertujuan untuk :

- a. Menolak tanggung jawab terhadap perilaku
- b. Menolak akibat negatif dari perilaku
- c. Memberikan kesempatan klien perilaku kekerasan untuk mengulang perilaku walaupun klien tahu apa yang dilakukannya salah.
- d. Menghindari perasaan yang menyakitkan, seperti dikucilkan, tidak dihargai, disalahkan dan ditolak.
- e. Menghindari perubahan yang dialami dalam kehidupan.

Perilaku adalah respons individu terhadap stimulus baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Matra,1997). Menurut Notoadmodjo, (2003) perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku atau aktivitas individu tidak muncul dengan sendirinya, tetapi sebagai akibat dari stimulus yang diterima oleh individu yang bersangkutan baik dari stimulus

eksternal maupun internal. Skinner, (1938 dalam Notoadmodjo, 2003) mengemukakan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Sunaryo (2004) bahwa perilaku adalah aktivitas yang timbul dari stimulus dan respon serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut meresponnya(stimulus).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah tindakan yang timbul dari individu akibat dari adanya rangsangan atau stimulus dari lingkungan internal maupun eksternal dari individu tersebut, baik dalam bicara, bertindak atau bereaksi. Semua perilaku tersebut dapat dipelajari dan diamati oleh orang lain terutama dalam bentuk kegiatan.

Bloom (1956, dalam Bastable, 2002) menyatakan bahwa perilaku terdiri dari tiga bagian atau domain yaitu pengetahuan (cognitive), sikap (affective) dan tindakan (psychomotor). Skinner (1938, dalam Notoatmodjo, 2003) juga membedakan perilaku menjadi dua yaitu : a) perilaku yang alami (*innate behaviour*), yaitu perilaku yang dibawa sejak lahir berupa reflek; b) perilaku operan (*operant behaviour*) yaitu perilaku yang dibentuk, diperoleh, dan dipelajari. Bila dilihat dari respon stimulus, perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu respon seseorang dalam bentuk terselubung, yang masih terbatas pada pengetahuan, persepsi, sikap yang disebut dengan *cover behaviour* atau *unobservable behaviour*. Kemudian respon seseorang dalam bentuk tindakan nyata atau

terbuka, sudah jelas dalam bentuk praktik atau tindakan nyata, sehingga dapat diamati oleh orang lain yang disebut dengan *overt behaviour*.

Perilaku dapat mempengaruhi kesehatan seseorang, sehingga individu berupaya menjaga kesehatannya agar tidak sakit. Menurut Stuart and Laraia (2005), perilaku adalah beberapa tindakan, gerakan atau respon yang terlihat, dicatat, dan diukur. Perilaku juga ada yang tiruan (imitasi). Bandura dan R.H.Walter, 1977 (dalam Nies & McEwen, 2001) mengembangkan teori *social learning theory* dimana seseorang dalam kontak sosial akan mempelajari tingkah laku orang lain kemudian juga akan melakukan tingkah laku orang tersebut. Dalam mengubah perilaku klien, dapat dilakukan dengan 3 (tiga) strategis (WHO, dalam Notoadmodjo, 2003) yaitu 1) menggunakan kekuatan/kekuasaan/dorongan; 2) pemberian informasi; dan 3) diskusi partisipan.

Dapat disimpulkan bahwa untuk meningkatkan perilaku seseorang dapat dilakukan dengan memberikan *reinforcement* positif atau pemberian *reward* dan pemberian *punishment*. Disamping itu dapat dilakukan dengan memberikan penjelasan serta saling bertukar pikiran dalam kelompok. Apabila seseorang tidak memperoleh *reinforcement* positif terhadap perilaku yang adaptif dan *reward* sistem, maka akan menyebabkan terjadi perilaku kekerasan, karena klien perilaku kekerasan tidak dapat memutuskan bagaimana ia harus bertindak atau berperilaku.

Menurut Stuart & Laraia (2005), perilaku-perilaku yang dapat diamati pada klien perilaku kekerasan adalah:

- a. Motorik : mondar mandir, ketidak mampuan untuk duduk diam, tangan mengepal atau meninju, rahang mengatup, pernafasan meningkat, tiba-tiba menghentikan aktifitas motorik (kataton), merusak benda, melukai orang lain.
- b. Verbalisasi : mengancam kearah objek nyata atau imajiner, meminta perhatian yang mengganggu, suara keras dan tertekan, ada isi pikir delusi dan paranoid
- c. Afek : marah, bermusuhan, sangat cemas, mudah tersinggung, perasaan senang berlebihan atau tidak sesuai dan emosi labil.
- d. Tingkat kesadaran: sadar, tiba-tiba perubahan status mental, disorientasi, gangguan daya ingat, ketidakmampuan mengikuti petunjuk

Dalam menentukan kemampuan adaptif dari perilaku klien perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan melakukan pengukuran. Bloom (1975 dalam Notoadmodjo, 1993) yang menyatakan bahwa perilaku manusia dibagi menjadi tiga domain yang dapat diukur dari pengetahuan, sikap dan praktek. Artinya, untuk mengukur bagaimana klien perilaku kekerasan berperilaku adaptif dapat dilakukan dengan mengukur ketiga domain tersebut. Hal senada juga diungkapkan oleh Rachmat (2004), yaitu untuk memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan melalui peningkatan pengetahuan, sikap positif dan perilaku adaptif.

4. Diagnosa medis dan terapi medis

Secara medis kasus perilaku kekerasan tidak digolongkan secara khusus seperti Skizoprenia, gangguan kepribadian atau yang lainnya, tetapi merupakan bagian dari gejala suatu diagnosis gangguan jiwa lain. Bila di lihat dari penggolongan diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ III kasus perilaku kekerasan ini tergolong kepada *F20. Skizoprenia* yang ditegakkan dengan karakteristik kognitif dan persepsi serta afek yang tidak wajar.

Skizofrenia adalah penyakit otak neurobiologikal yang serius dan menetap (Struad dan Laraia, 2005), dikarakteristikkan dengan psikosis (kehilangan kontak dengan realita), halusinasi (persepsi palsu), delusi (keyakinan palsu), disorganisasi pembicaraan dan perilaku, afek datar (keterbatasan emosi), penurunan kemampuan kognitif (gangguan masalah dan alasan), disfungsi okupasional dan sosial, satu atau lebih episode gejala terjadi lebih dari 6 bulan sebelum diagnosis dibuat (Bustillo, 2008). Tindakan terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi dan rehabilitasi

Penyebab dari Skizofrenia tidak diketahui , namun memiliki hubungan yang kuat dengan faktor genetik. Gejala-gejala biasanya dimulai di usia remaja atau dewasa muda awal. Skizofrenia mempengaruhi pria dan wanita dengan frekuensi yang sama. Penyakit ini cenderung terjadi pada laki-laki berusia 16–24 tahun dan perempuan yang berusia diantara 20–34 tahun (Bustillo, 2008).

Pada kasus Skizoprenia klien menunjukkan gejala delusi serta halusinasi, dan gejala yang muncul tersebut sudah berlangsung satu bulan atau lebih. Pada kasus Skizoprenia, gejala perilaku kekerasan muncul dengan diperlihatkannya adanya gejala positif Skizoprenia.

Terapi medis yang biasa digunakan menurut Stuart and Laraia (2005), adalah antipsikotik yang terdiri dari 2 katagori yaitu : a. Obat atipikal (clozapin, risperidon, Olanzapine, quetiapin), b. Obat tipikal (thiothixene, haloperidol, chlorpromazin dan trifluoperazine)

5. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang menguraikan respon manusiawi (keadaan kesehatan atau pola interaksi yang bergantian antara aktual dan risiko) dari individu atau kelompok dimana perawat dapat secara legal mengidentifikasi masalah atau diagnosis keperawatan dan menetapkan suatu tindakan keperawatan yang pasti untuk memelihara keadaan kesehatan yaitu untuk mengurangi, menghilangkan atau mencegah perubahan (Carpenito, 1998). Diagnosis keperawatan telah dikategorikan oleh NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2005) yang dapat digunakan oleh semua area keperawatan. Diagnosis keperawatan yang terkait dengan klien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut: 1) Resiko perilaku kekerasan, 2) Ketidak efektifan mekanisme koping, 3). Ketidakefektifan deniel.

6. Tindakan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun non verbal.

Fokus perawatan pada klien perilaku kekerasan adalah untuk membantu pasien memahami dirinya secara utuh dan tepat sehingga dia dapat secara langsung memperoleh arah hidup yang lebih memuaskan (Stuart & Laraia, 2005). Menurut hasil workshop ilmu keperawatan jiwa (2008), tindakan keperawatan yang diberikan pada klien perilaku kekerasan adalah terapi generalis dan terapi spesialis.

Tindakan keperawatan terapi generalis yang diberikan pada klien perilaku kekerasan adalah mengidentifikasi penyebab marah, tanda-tanda, respon klien terhadap marah, melatih cara mengontrol marah yang meliputi cara fisik, sosial dan spritual, melatih klien patuh minum obat, mengikutsertakan klien dalam terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi: perilaku kekerasan (Keliat & Akemat, 2005), dan pendidikan kesehatan keluarga; cara merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan di rumah.

Terapi Spesialis yang dapat diberikan pada klien perilaku kekerasan adalah terapi perilaku, terapi kognitif dan terapi perilaku kognitif. Terapi perilaku kognitif adalah suatu pendekatan yang dilakukan yang bertujuan untuk merestrukturisasi

pikiran negatif dan perilaku maladaptif menjadi pikiran positif dan perilaku adaptif. Terapi ini dilakukan dalam 5 sesi yang meliputi sesi 1: pengkajian dan formulasi masalah, sesi 2: terapi kognitif, sesi 3: terapi perilaku, sesi 4: evaluasi, sesi 5: pencegahan kekambuhan.

Dalam hal ini peneliti menelaah lebih mendalam mengenai terapi perilaku kognitif yakni bagian *cognator* dan output dari sistem adaptasi Roy, pada klien perilaku kekerasan dengan tujuan mengubah distorsi kognitif (pikiran negatif) klien menjadi positif serta mengubah perilaku yang tidak efektif menjadi adaptif, sehingga di akhir terapi diharapkan perilaku kekerasan klien terkontrol atau berkurang.

B. Terapi Perilaku Kognitif

1. Asumsi yang mendasari terapi perilaku kognitif

Asumsi yang mendasari terapi perilaku kognitif yaitu bahwa gangguan emosional berasal dari distorsi (penyimpangan) dalam berfikir. Gangguan emosi hanya dapat diatasi dengan perubahan pola berfikir selama proses terapi. Demikian pula pada klien perilaku kekerasan yang mengalami pola pikir yang maladaptif (distorsi kognitif) yang selanjutnya mempengaruhi perasaannya dan teramati melalui perilaku dalam bentuk perilaku kekerasan.

Manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana kognitif irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku. Oleh sebab itu terapi perilaku kognitif bertujuan untuk

memodifikasi fungsi berfikir, perasaan, tindakan dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat, dan memutuskan kembali (Oemarjoedi, 2003). Melalui terapi perilaku kognitif diharapkan klien mampu melakukan perubahan cara berfikir dan mampu mengendalikan gejala-gejala dari gangguan yang dialami.

Terapi perilaku kognitif berorientasi pada pemecahan masalah, dengan fokus terapi pada keadaan “disini dan sekarang”, walaupun kejadian saat ini merupakan hasil dari pengalaman masa lalu. Pada terapi perilaku kognitif individu dipandang sebagai pengambil keputusan tentang tujuan atau masalah yang akan dipecahkan dalam proses terapi (Gottlieb & Cather, 2006).

Masalah pada klien perilaku kekerasan adalah pada distorsi kognitif dan perilakunya yang dipengaruhi oleh pengalaman hidupnya mulai masa kanak-kanak sampai dewasa. Pada umumnya klien cenderung memiliki pikiran negatif terhadap orang lain, lingkungan atau situasi yang dianggap sebagai ancaman terhadap integritas fisik, psikologis dan pemenuhan kebutuhan dasar mereka yang dapat diamati dalam bentuk perilaku kekerasan seperti sikap bermusuhan, melukai diri atau orang lain, merusak lingkungan dan perilaku amuk atau agresif.

Untuk itu didalam terapi perilaku kognitif klien perilaku kekerasan dieksplor situasi atau keadaan yang membuat klien menjadi cemas atau terancam dan menemukan cara-cara memperbaiki kognitif atau cara berpikir klien, dengan harapan klien akan berperilaku lebih adaptif.

2. Pengertian terapi perilaku kognitif

Kognitif adalah persepsi dan identifikasi individu tentang segala sesuatu yang ada disekitarnya, sedangkan perilaku adalah cara bereaksi, tingkah laku dan reaksi terhadap apa yang datang dari sekitar individu dan terapi adalah proses mengerti, belajar kembali dan latihan ulang untuk merubah kesalahan-kesalahan yang terjadi dan berdampak terhadap individu (Ayres, 2007).

Terapi perilaku kognitif adalah suatu kombinasi dua jenis terapi yakni pertama terapi kognitif yang membantu pada proses pikir seperti pikiran, sikap dan keyakinan yang tidak diinginkan (disebut proses kognitif) dan kedua adalah terapi perilaku yang berfokus pada perilaku dalam berespon terhadap pikiran (BUPA's , 2007).

Terapi perilaku kognitif adalah pendekatan psikologis yang menggunakan prinsip ilmiah dan penemuan dalam menyelesaikan berbagai masalah. Pada pelaksanaannya terapis dan klien saling bekerjasama dalam mengidentifikasi masalah dan memahami hubungan antara terjadinya masalah dengan kognitif, perasaan dan perilaku klien (Sullivan, dkk., 2003). Untuk perilaku yang maladaptif klien dilatih untuk menemukan berbagai teknik dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, misalnya relaksasi nafas dalam dan teknik lainnya.

3. Tujuan dan Manfaat terapi perilaku kognitif

Menurut Stuart and Laraia (2005) tujuan terapi perilaku kognitif adalah untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan

negatif tentang keberadaan individu. Terapi perilaku kognitif dapat membantu menciptakan sikap positif dan realistis untuk kognitif dan emosi yang negatif (Jones, 2003). Model terapi perilaku kognitif juga dikembangkan untuk meningkatkan derajat kesehatan mental bagi masalah kesehatan jiwa salah satunya dalam mengontrol marah pada klien Skizoprenia (Grazebrook, 2005).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi perilaku kognitif merupakan intervensi yang efektif untuk menanggulangi masalah perilaku dan kognitif. Hasil penelitian di Kanada menggambarkan bahwa terapi perilaku kognitif efektif dalam menurunkan perilaku kekerasan residivis sebesar 36% (McGuire J, 2005) dan juga efektif dalam meningkatkan kemampuan sosial pada anak dengan masalah perilaku (Shukhodolsky dkk., 2001).

Di Indonesia, penelitian tentang perilaku kekerasan diperoleh hasil bahwa pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan di RSMM Bogor berpengaruh secara bermakna dalam memperpendek lama hari rawat dan memperpanjang jarak kekambuhan (Keliat, 2002). Untuk penelitian Terapi perilaku kognitif diperoleh bahwa terapi perilaku kognitif terhadap harga diri rendah mempunyai nilai bermakna dalam peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah (Sasmita, 2007).

Penelitian (Michie, 2005) terhadap penerapan terapi perilaku kognitif terhadap klien untuk meningkatkan perilaku hidup sehat, menyatakan bahwa : terapi

perilaku kognitif efektif untuk mengubah perilaku sehat. Disamping itu terapi perilaku kognitif juga dapat mengobati beberapa kondisi kesehatan mental salah satunya dalam mengatasi marah (Queensland, 2005).

Pada klien skizoprenia, terapi perilaku kognitif juga menunjukkan hasil yang maksimal. Teknik yang digunakan berorientasi pada masalah dan tugas dalam mengubah kognitif yang salah atau bias (mengggunakan kognitif dan pandangan) dengan menilai situasi dan memodifikasi asumsi (Turkington, 2002). Menurut Lewis dkk, (2006), terapi perilaku kognitif efektif dalam menurunkan gejala-gejala menetap, menurunkan kekambuhan (Norrie dkk., 2003) dan efektif terhadap klien skizoprenia yang tidak berespon terhadap terapi (Pomini, 2005).

4. Aplikasi Terapi Prilaku Kognitif

Terapi perilaku kognitif berpusat secara total pada klien, memandang individu secara unik yang mempunyai masalah tertentu dalam kehidupannya, bukan sebagai kondisi psikopatologi. Perilaku maladaptif maupun tanggapan yang adaptif dipercaya diperoleh melalui proses pembelajaran. Jadi strategi terapi ditempatkan dalam pengalaman perilaku dan penyelesaian tugas oleh klien, dimana perawat bekerja sama dengan klien untuk merancang pengalaman belajar yang mendorong pengembangan keterampilan baru.

Hal penting yang harus mendapat perhatian adalah kesetaraan yang terjadi dalam proses terapi (Gara, 2003). Perawat dalam terapi perilaku kognitif tidak mengontrol klien, tetapi bekerjasama dengan klien dalam menetapkan

permasalahan, menentukan tujuan, menformulasikan strategi tindakan dan menilai kemajuannya. Perawat berperan sebagai fasilitator oleh karena fokus terapi perilaku kognitif adalah pada kemajuan pengendalian diri klien. Jadi terapi perilaku kognitif adalah proses pendidikan dan membangun keterampilan, sehingga dibutuhkan adanya keterbukaan, kehangatan, empati dan komunikasi terapeutik adalah sangat penting. Berdasarkan paparan tersebut dapat disimpulkan bahwa terapi perilaku kognitif sangat mirip dengan proses keperawatan dan dapat memberikan kontribusi yang sangat penting terhadap efektifitas asuhan keperawatan.

Terapi perilaku kognitif merupakan terapi yang dilakukan secara terstruktur dengan jangka waktu yang singkat, karena terapi ini dapat dilaksanakan antara 15 sampai 20 pertemuan, dimana masing-masing pertemuan membutuhkan waktu 50 menit, sekali seminggu dengan jumlah klien 10-15 orang perminggu. Selain itu kegiatan untuk merubah distorsi kognitif dan perilaku klien kekerasan juga dapat dilaksanakan dalam bentuk tugas pekerjaan rumah yang diberikan setiap selesai pertemuan, sehingga klien mempunyai kesempatan untuk menginternalisasi apa yang telah dipelajarinya secara mandiri dan persiapan klien untuk dapat mengatasi masalahnya di masa yang akan datang setelah pelaksanaan terapi perilaku kognitif dengan perawat selesai.

Beberapa studi yang dilakukan pada penerapan terapi perilaku kognitif pada klien perilaku kekerasan, terapi dilaksanakan secara penuh dalam 8 sesi (Saini, 2008), tetapi untuk beberapa pasien tidak dapat diterapkan, misalnya pada klien

Skizoprenia. Pada klien Skizoprenia efektifitas terapi perilaku kognitif dicapai dalam 6 (enam) sesi. Keenam sesi tersebut adalah 1) kontrak dan pengkajian 2) formulasi kasus 3) manajemen gejala (fokus pada manajemen gejala psikotik seseorang, 4) ketaatan (klien dapat mengembangkan pemahamannya), 5) keyakinan untuk berubah, 6) mencegah kekambuhan.

Menurut Wells dan Adrian (dalam Bond, Frank W & Dryden, windy, 2002) membagi terapi perilaku kognitif dalam 12 sesi yaitu sesi 1–3 konsisten terhadap formulasi kasus, sosialisasi dan perbaikan kognitif, memanipulasi perilaku dan perhatian; sesi 4–6 berfokus pada melatih perilaku secara kontinyu, melakukan penilaian dan prediksi negatif serta mengkaji ulang metode untuk mengkoreksi distorsi kognitif terhadap diri. Oemarjoedi (2003) juga menjelaskan bahwa dari teori terapi perilaku kognitif aslinya memerlukan sedikitnya 12 sesi pertemuan yang secara sistematis dan terencana meliputi: sesi 1–2 pengkajian dan diagnosa, sesi 2–3 pendekatan kognitif, sesi 3–5 formulasi status, sesi 4–10 fokus terapi, sesi 5–7 intervensi tingkah laku, sesi 8–11 perubahan keyakinan, sesi 11–12 pencegahan kekambuhan.

Berdasarkan praktek yang dilakukan di Indonesia, jumlah 12 sesi menjadi sangat sulit untuk dilakukan di Indonesia dengan alasan : terlalu lama, mahal, rumit dan membosankan sehingga dapat menurunkan keyakinan klien akan kemampuan therapis. Penerapan terapi perilaku kognitif ini di Indonesia menurut Oemarjoedi (2003) sering mengalami hambatan sehingga memerlukan penyesuaian yang lebih fleksibel. Efisiensi terapi akhirnya menjadi 5 sesi karena rata-rata

pendidikan klien yang di rawat di RSMM dengan tingkat pendidikan rendah (Sasmita, 2007).

Berdasarkan *National Assosiated Cognitive Behaviour Therapy (NACBT)*(2009), Philadelphia dan Modul terapi perilaku kognitif oleh Sasmita (2007), maka peneliti melakukan modifikasi dan penyederhanaan tehnik disesuaikan dengan pendekatan proses asuhan keperawatan, yaitu sebagai berikut:

Sesi 1: Pengkajian dan Formulasi masalah

Mengidentifikasi penyebab kemarahan meningkat (orang, situasi, lingkungan), mengidentifikasi perasan, pikiran dan perilaku saat terjadi marah dan akibatnya, membuat daftar alasan mengapa berpikir atau tidak dapat membangun kebenaran dan mereanalisa tingkat kemarahan.

Sesi 2: Intervensi : terapi kognitif

Merubah pikiran negatif dan keyakinan tentang diri, orang lain dan masa depan dengan: megidentifikasi pikiran otomatis negatif, menguji coba pikiran dengan kenyataan, mengidentifikasi kelogisan dari pikiran dan akibat dari perilaku, restrukturisasi keseimbangan cara berpikir.

Sesi 3: Intervensi; terapi perilaku

Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekwensi positif-konsekwensi negatif kepada klien dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*).

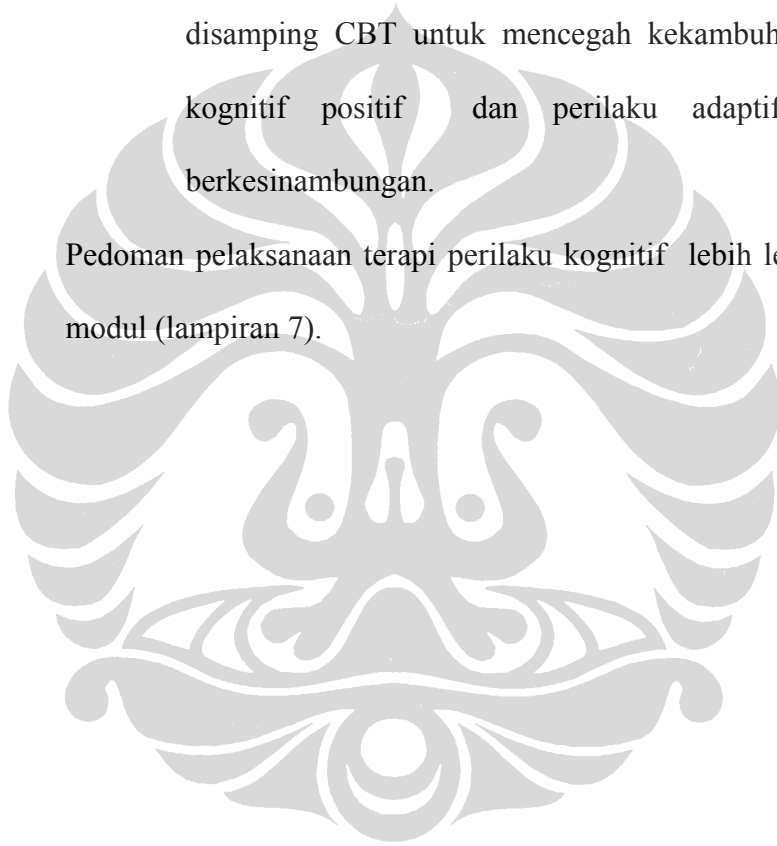
Sesi 4: Evaluasi

Mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, menfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekwensi yang disepakati

Sesi 5: Pencegahan kekambuhan.

Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan kognitif positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

Pedoman pelaksanaan terapi perilaku kognitif lebih lengkap dapat dilihat pada modul (lampiran 7).



BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

A. Kerangka Teori

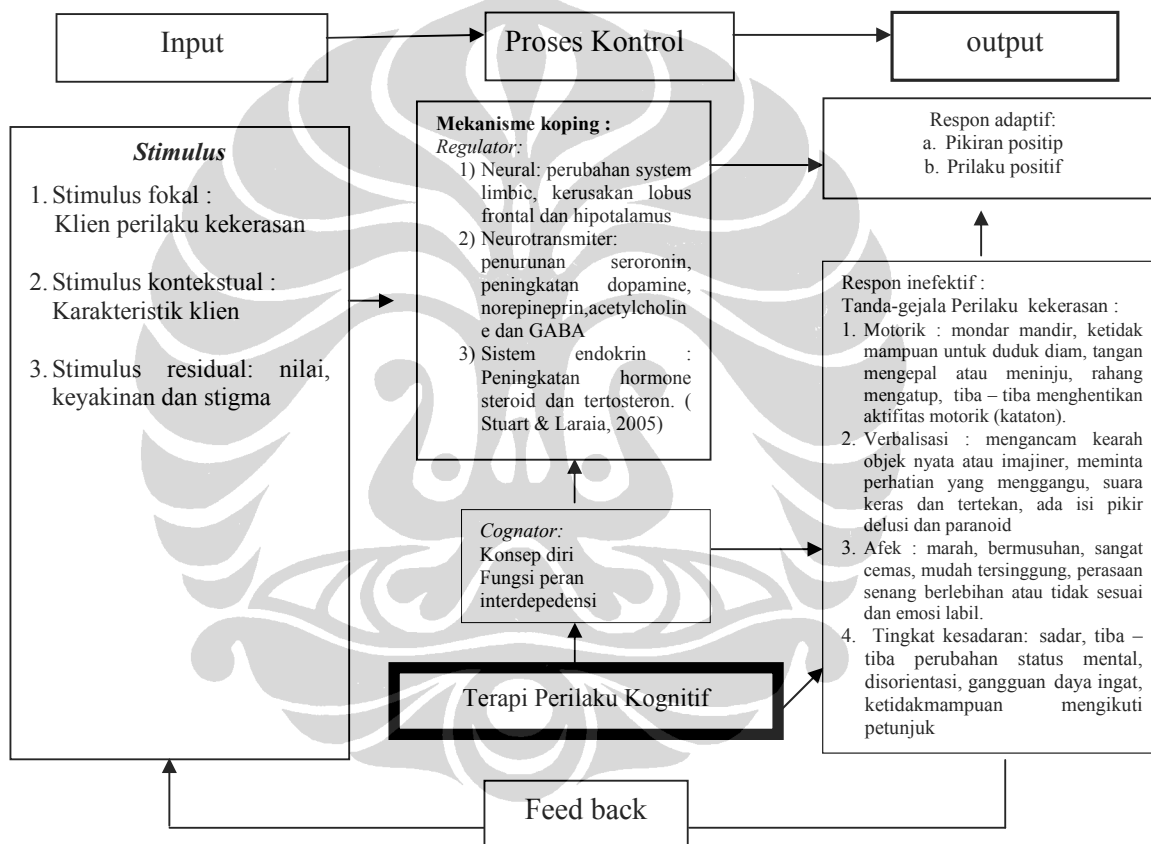
Kerangka teori ini merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian ini. Kerangka teori ini disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB II. Kerangka teori akan dijelaskan dengan menggunakan model adaptasi Roy. Roy memandang klien sebagai sistem adaptasi holistik, dimana klien dengan lingkungannya saling mempengaruhi secara timbal balik.

Lingkungan adalah segala kondisi, keadaan yang ada disekitar klien yang terdiri dari tiga sub sistem yaitu: stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stimulus fokal adalah klien perilaku kekerasan, stimulus kontekstual adalah distorsi kognitif dan stimulus residual meliputi nilai, keyakinan dan stigma yang dialami klien perilaku kekerasan.

Respon terhadap stimulus dikontrol oleh 2 mekanisme koping yakni *regulator* (respon biologis tubuh) dan *cognator* (persepsi, penilaian dan emosi). Respon *regulator* merupakan respon otomatis tubuh terhadap stimulus yang diamati

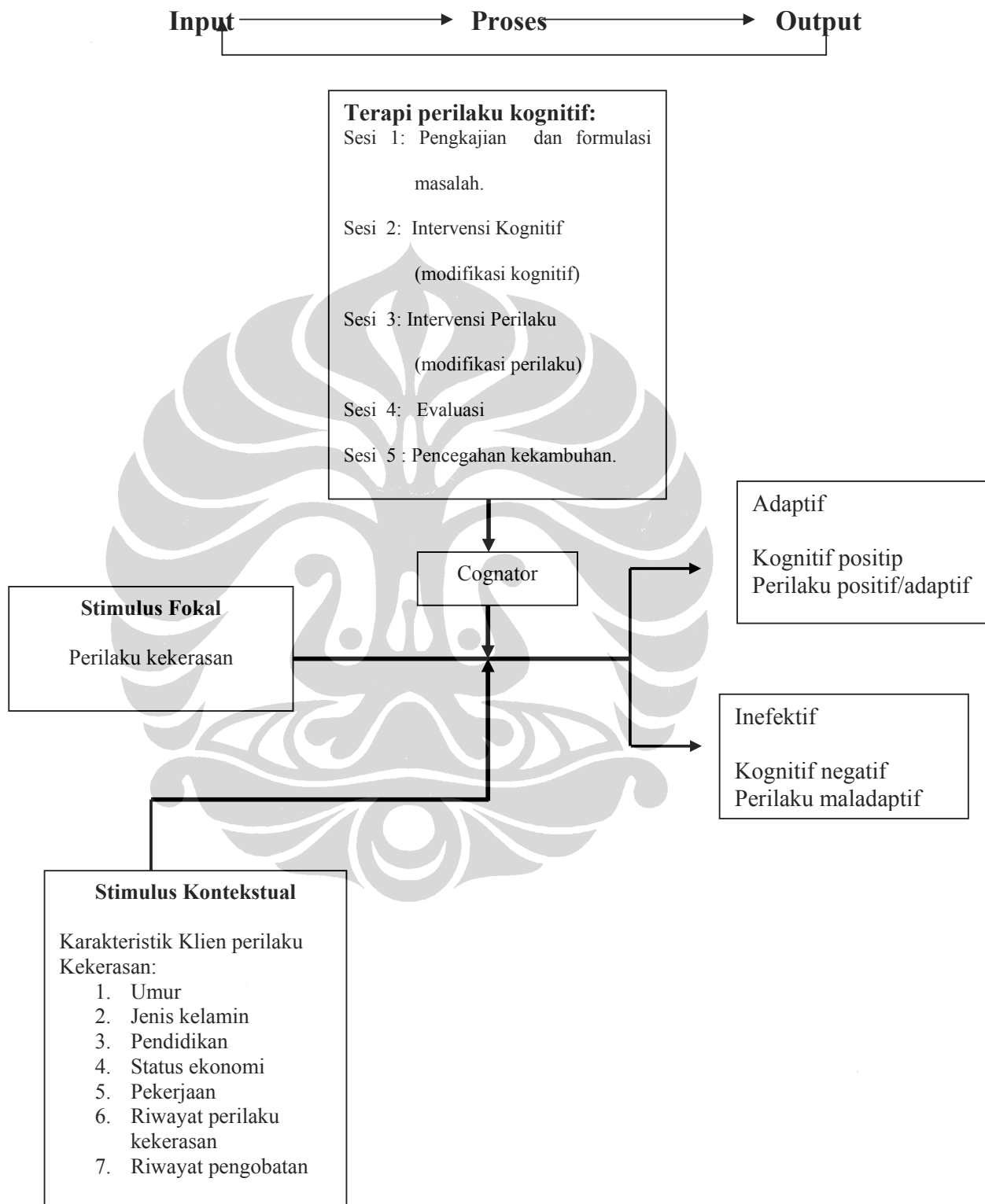
yakni modus fisiologis. Respon *cognator* terdiri dari modus konsep diri, fungsi peran dan interpedensi. Pada klien perilaku kekerasan gangguan pada kedua respon tersebut diatas menghasilkan respon yang tidak adaptif. Pemberian terapi perilaku kognitif pada proses yakni pada *cognator* diharapkan akan menghasilkan respon adaptif, yakni pikiran dan perilaku yang positif terhadap stimulus yang dihadapinya.

Kerangka teori dapat dilihat pada skema 3. 1.



B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini adalah (Skema 3.2):



Kerangka konsep diatas menunjukkan area yang diteliti adalah perilaku kekerasan yang meliputi kognitif dan perilaku.pada klien perilaku kekerasan, terapi perilaku kognitif sebagai terapi yang digunakan untuk mengetahui apakah dengan pemberian terapi perilaku kognitif akan menghasilkan respon yang adaptif atau inefektif pada kelompok intervensi dan kontrol. Respon dianggap adaptif apabila dengan pemberian terapi perilaku kognitif klien dapat berpikir positif dan berperilaku positif, sebaliknya respon dianggap inefektif apabila klien perilaku kekerasan berpikir negatif dan berperilaku maladaptif, serta mengidentifikasi hubungannya dengan karakteristik responden.

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan yang perlu diuji kebenarannya (Hastono, 2007).

Rumusan hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ada perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan antara kelompok yang mendapatkan terapi perilaku kognitif (intervensi) dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi perilaku kognitif (kontrol).

D. Definisi Operasional

Berdasarkan kerangka kerja penelitian diatas, terdapat variabel independent Terapi perilaku kognitif yang terdiri dari 5 sesi kegiatan : sesi 1: pengkajian dan formulasi masalah, sesi 2: intervensi kognitif (modifikasi kognitif), sesi 3: intervensi perilaku (modifikasi perilaku), sesi 4: evaluasi, sesi 5 : pencegahan kekambuhan, dan variabel dependent yaitu perilaku kekerasan dan variabel perancu yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi,

pekerjaan, riwayat perilaku kekerasan dan riwayat pengobatan. Definisi operasional penelitian pada tabel 3.3 dengan tujuan untuk menyeragamkan dan memudahkan pemahaman.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Cara Ukur	Skala
A. Variabel Dependent					
1.	Respon kognitif	Respon fungsi kognitif klien terhadap situasi yang dihadapinya.	Nilai antara 10-50 1. Positif ≤ 25 2. Negatif ≥ 25	Kuesioner 2A Respon kognitif , terdiri dari 10 pernyataan dengan menggunakan skala likert (1-5)	Rasio
2.	Respon perilaku	Respon klien terhadap situasi yang menyebabkan timbulnya reaksi marah atau perilaku kekerasan.	Nilai antara 10-100 1. Positif ≤ 50 2. Negatif ≥ 50	Kuesioner 2A Respon perilaku, terdiri dari 20 pernyataan dengan menggunakan skala likert (1-5)	Rasio
B. Variabel Independent					
1.	Terapi perilaku kognitif	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan membantu klien merubah kognitif dan perilaku negatif yang muncul yang terdiri dari 5 sesi : sesi 1: Pengkajian dan formulasi masalah, sesi 2: Intervensi kognitif (modifikasi kognitif), sesi 3: Intervensi perilaku (modifikasi perilaku), sesi 4: Evaluasi, sesi 5: Pencegahan kekambuhan.	1. Dilakukan Terapi Perilaku Kognitif (TPK) 2. Tidak dilakukan Terapi Perilaku Kognitif (TPK)	Checklist	Rasio
C Variabel Perancu					
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir	Usia dalam tahun	Kuesioner A Data demografi klien	Interval
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan jenis kelamin klien	1. Laki-laki 2. Perempuan	Kuesioner A Data demografi klien	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat sekolah tertinggi yang dicapai klien	1. SD 2. SLTP 3. SLTA 4. Diploma 5. Perguruan tinggi	Kuesioner A Data demografi klien	Ordinal
4.	Status ekonomi	Kemampuan klien dalam membayar biaya perawatan	1. Bayar sendiri (0) 2. JPS (1)	Kuesioner A Data demografi klien	Ordinal

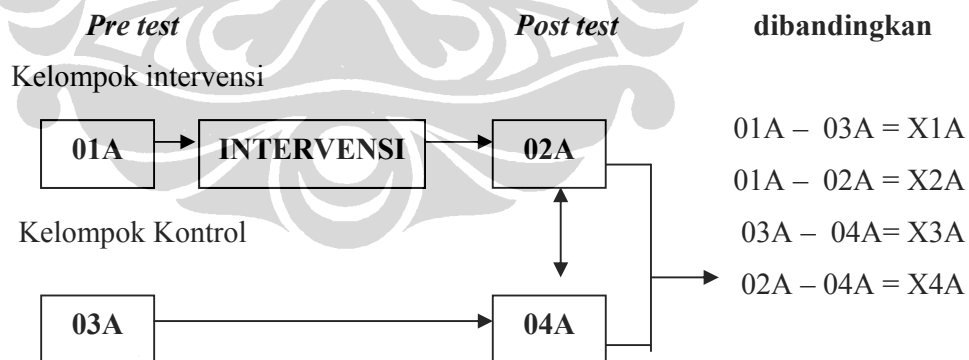
No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Cara Ukur	Skala
C Variabel Perancu					
5.	Pekerjaan	Status kegiatan klien yang yang dapat menghasilkan uang (pendapatan)	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Kuesioner A Data demografi klien	Ordinal
6.	Riwayat PK				
6.a	Frekuensi klien dirawat	Jumlah perawatan klien di rumah sakit karena perilaku kekerasan	1. 1 kali 2. 2 kali 3. > dari 3 kali	Kuesioner A Data demografi klien	Ordinal
6.b	Pengalaman klien dengan perilaku kekerasan	Riwayat klien yang berkaitan dengan perilaku kekerasan didalam kehidupannya	1. Korban 2. Observer 3. Pelaku	Kuesioner A Data demografi klien	ordinal
6.c	Jenis perilaku kekerasan	Bentuk-bentuk kekerasan yang pernah dilakukan oleh klien	1. Verbal 2. Fisik 3. Merusak barang 4. Seksual	Kuesioner A Data demografi klien	ordinal
7.	Riwayat Pengobatan				
7.a	Lamanya Sakit	Waktu klien mulai tampak gejala sampai saat ini.	Waktu dalam tahun	Kuesioner A Data demografi klien	interval
7.b	Riwayat putus obat	Pernah atau tidaknya klien tidak minum obat	1. ya 2. Tidak	Kuesioner A Data demografi klien	ordinal
7.c	Riwayat penyalahgunaan zat dan alkohol	Pernah atau tidaknya klien menggunakan obat-obatan napza dan alkohol	1. Ya 2. Tidak	Kuesioner A Data demografi klien	Ordinal
7.d	Diagnosis medik	Nama penyakit menurut medik yang sedang dialami klien	Diagnosa penyakit saat klien di rawat	Kuesioner A Data demografi klien	nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain " *Quasi experimental pre-post test with kontrol group*" dengan intervensi terapi perilaku kognitif. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan sebelum diberikan perlakuan berupa terapi perilaku kognitif membandingkannya dengan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan sesudah diberikan perlakuan. Penelitian juga membandingkan dua kelompok klien perilaku kekerasan yang ada di RSMM Bogor yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan pendapat Sasroasmoro dan Ismail (2002) bahwa pada penelitian eksperimen peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan dan mengukur hasil (efek) intervensi.



Keterangan:

- 01A : kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok intervensi pada *pre test*
- 02A : kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok intervensi pada *post test*
- 03A : kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok kontrol pada *pre test*
- 04A : kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok kontrol pada *post test*
- X1A : kemampuan kognitif dan perilaku antara kelompok intervensi dan kontrol klien perilaku kekerasan pada *pre test*.
- X2A : perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi klien perilaku kekerasan pada *pre-post test*.
- X3A : perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku kelompok kontrol klien perilaku kekerasan pada *pre-post test*.
- X4A : perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada *post test*

B. Populasi dan sampel**1. Populasi**

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh klien yang mengalami perilaku kekerasan yang dirawat di RSMM Bogor yang tercatat selama periode penelitian yaitu dari tanggal 27 April sampai 3 Mei 2009.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiono, 2005), atau sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah random sample yaitu pengambilan sampel sedemikian rupa sehingga setiap unit dasar (individu) mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel (Polit & Hungler, 2006).

Pengambilan sampel pada penelitian menggunakan metode *random sample* yakni pemilihan sampel yang dilakukan dari beberapa ruangan yang berbeda berdasarkan kriteria inklusi dari penelitian ini, yaitu:

a. Usia : 16–55 tahun

Menurut Berman & Coccara (1998), pelaku kekerasan terjadi 2 kali lebih sering pada klien usia dibawah 28 tahun berkisar 57% dibandingkan usia lebih tua (30%).

b. Jenis kelamin : pria dan wanita

Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki lebih besar mempunyai kecendrungan untuk berperilaku kekerasan dibandingkan perempuan (Berman & Coccara, 1998).

c. Pekerjaan : bekerja dan tidak bekerja.

Klien yang melakukan perilaku kekerasan sebagian besar tidak bekerja dibandingkan dengan yang bekerja (Mohr, 2005).

- d. Klien dirawat di RSMM Bogor dengan perilaku kekerasan berulang (lebih dari 1 kali).

Diperkirakan 25%-54% klien laki-laki dan perempuan yang mempunyai riwayat perilaku kekerasan akan kembali melakukan perilaku kekerasan dalam 1 tahun setelah pulang dari perawatan dan cenderung menyerang orang yang sama (Morison, 2005).

- e. Perilaku kekerasan klien dalam keadaan tenang dan sudah mendapatkan terapi generalis dari perawat ruangan.

Klien keadaan akut merupakan kontra indikasi untuk dilakukan terapi perilaku kognitif (Sasmita, 2007), karena klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan masih terjadi gangguan proses pikir: waham dan halusnasi. Klien yang mendapatkan terapi generalis adalah klien yang telah mampu secara kognitif dan dilatih secara psikomotor dalam mengontrol marah, namun masih belum mampu dalam mengontrol marahnya (masih dengan bantuan perawat).

- f. Diagnosa Medis : Skizoprenia

Insiden terjadinya perilaku kekerasan dan penyerangan ditemukan lebih tinggi pada subkelompok individu yang didiagnosa skizoprenia (*American Psychiatric Association's* (APA) 2000).

- g. Lama hari rawat klien lebih dari 14 hari.

Menurut Morrison (1994), lama hari rawat klien perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa adalah 14 hari (Keliat, 2003). Ini berarti efek terapi antipsikotik dapat dicapai efektif dalam waktu tersebut. Terapi perilaku kognitif oleh Gottlie & Cather (2006), direkomendasikan sebagai tindakan tambahan terhadap pengobatan antipsikotik dan efek obat

cenderung membuat terapi perilaku kognitif mejadi lebih produktif, karena pengobatan secara umum mengurangi halusinasi dan kebingungan berpikir yang dapat mendistraksi klien, sehingga dengan tercapainya efektifitas obat klien dapat menjadi lebih berkonsentrasi dalam pelaksanaan terapi perilaku kognitif.

- h. Klien bersedia mengikuti terapi perilaku kognitif dari awal sampai selesai.

Klien yang tidak bersedia mengikuti terapi perilaku kognitif merupakan kontra indikasi dalam pelaksanaan terapi perilaku kognitif.

Klien yang telah memenuhi kriteria inklusi dibuat daftar namanya. Klien yang bernomor urut ganjil ditentukan sebagai klien intervensi dan diberi lambang kode I.1 dan klien yang bernomor urut genap sebagai kelompok kontrol dan diberikan lambang kode K.1 dan seterusnya agar tidak membingungkan dalam pengolahan data.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, apakah ada perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sebelum dan sesudah pemberian terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi, jadi penelitian ini merupakan penelitian analitik yang mengarah pada dua sisi.

Diketahui bahwa jumlah populasi klien perilaku kekerasan penelitian sebelumnya adalah 36% , dengan derajat kemaknaan 5 % (α) dan kekuatan uji 80% (β) maka jumlah sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan rumus analitik katagorik tidak berpasangan, sebagai berikut (Dahlan, 2005):

$$N_1 = N_2 = \frac{(Z\alpha \sqrt{2PQ} + Z\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dari keterangan diatas diketahui bahwa:

- a. $Z\alpha = 5 \% = 1,64$
- b. $Z\beta = 80 \% = 0,84$
- c. $P_2 =$ Proporsi perilaku kekerasan pada kelompok kontrol sebesar 0,36 (berdasarkan penelitian sebelumnya).
- d. $Q_2 = 1 - P_2 = 1 - 0,36 = 0,64$
- e. $P_1 - P_2 =$ Selisih proporsi pajanan minimal yang dianggap bermakna, ditetapkan sebesar 0,5 (50%).
- f. $P_1 = P_2 + 0,3 = 0,36 + 0,5 = 0,86$
- g. $Q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0,86 = 0,14$
- h. $P = (P_1 + P_2) / 2 = (0,86 + 0,36) / 2 = 0,61$
- i. $Q = 1 - P = 1 - 0,61 = 0,39$
- j. $N_1 =$ Kelompok kontrol
- k. $N_2 =$ Kelompok Intervensi

$$\begin{aligned} N_1 = N_2 &= \frac{(1,64 \sqrt{2(0,61)(0,39)} + 0,84 \sqrt{(0,86)(0,14) + (0,36)(0,64)})^2}{(0,86 - 0,36)^2} \\ &= 10,6 \\ &= 11 \text{ responden (dibulatkan)} \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan maka didapatkan jumlah sampel adalah 11 responden.

Keterbatasan waktu penelitian dimana, semua klien harus melalui kelima sesi dalam terapi perilaku kognitif, untuk itu diawal penelitian sudah ditambahkan jumlah sampel untuk kesiapan kemungkinan *dropout* dengan rumus :

$$n' = \frac{1}{1-f} \times n$$

n' = jumlah sampel penelitian

f = estimasi *drop out* = 20%

$$n' = \frac{1}{1-0,2} \times 11$$

$n' = n1 = n2 = 14$ responden.

Berdasarkan penambahan kemungkinan *dropout* jumlah sampel, maka besar sampel adalah 14 responden. Jumlah sampel total 28, yang terbagi menjadi dua: 14 orang untuk kelompok intervensi dan 14 orang untuk kelompok kontrol. Setelah pelaksanaan penelitian, dari 28 klien yang awalnya mengikuti penelitian, 2 orang *dropout* karena pulang. Jadi jumlah responden penelitian ini adalah 26 orang, yang terdiri dari 13 orang klien kelompok intervensi dan 13 orang klien kelompok kontrol.

C. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di semua ruangan RSMM Bogor, kecuali ruangan Kresna dan Saraswati, karena menurut Sasmita (2007) terapi perilaku kognitif kurang efektif pada klien dalam keadaan akut (ruangan Kresna) dan gangguan kognitif karena usia (ruang Saraswati merupakan tempat perawatan klien lansia dengan

psikiatri). Pemilihan ruangan di atas juga disesuaikan dengan kriteria inklusi sampel penelitian dan ruangan-ruangan tersebut merupakan ruangan yang telah terpapar dengan MPKP dengan rata-rata tingkat pendidikan perawatnya adalah DIII dan S1 keperawatan, sehingga perawat-perawat di ruangan tersebut telah mampu dalam memberikan asuhan keperawatan generalis pada klien perilaku kekerasan.

Tentunya hal ini membantu peneliti dalam melakukan penelitian, karena peneliti dapat melanjutkan evaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan kemampuan generalis dan peneliti dapat langsung melanjutkan kepelaksanaan terapi spesialis yakni terapi perilaku kognitif. Akan tetapi di rumah sakit ini belum ada ruangan khusus untuk terapi, sehingga selama penelitian, peneliti mencoba mengatur tempat interaksi semaksimal mungkin yang dapat membuat klien merasa cukup nyaman.

D. Waktu penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan Februari sampai Juli 2009, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Waktu intervensi dan pengambilan data dilakukan selama 4 minggu mulai minggu keempat Mei sampai minggu kedua Juni 2009. Kegiatan intervensi dimulai pada tanggal 21 Mei sampai 8 Juni 2009.

Berdasarkan pengambilan data pada pelaksanaan intervensi kelompok klien dibagi 2, yakni kelompok I klien ruang Sadewa, Yudistira dan Srikandi

berjumlah 14 orang yang terdiri dari kelompok intervensi (responden nomor ganjil) dan kelompok kontrol (responden nomor genap) pada tanggal 21 Mei sampai dengan 1 Juni 2009, dan kelompok II klien ruang Nakula dan Utari berjumlah 14 orang yang juga terdiri dari 12 klien kelompok intervensi dan 12 klien kelompok kontrol pada tanggal 26 Mei sampai dengan tanggal 7 Juni 2009.

Pemilihan ruangan ini dilakukan berdasarkan pertimbangan jarak, waktu dan kebiasaan ruangan tersebut. Berdasarkan jarak ruangan Sadewa, Yudistira dan Srikandi lebih dekat, ruangan terbuka, mudah untuk dicapai dan melakukan intervensi terapi perilaku kognitif dapat dilakukan kapan saja sesuai dengan kesepakatan dengan klien. Untuk ruangan Utari, ruangan ini setiap pukul 12.00 pintu gerbang ditutup dan klien harus berada di ruangan tidur untuk istirahat, namun antara ruangan Utari dan Nakula berdasarkan jarak relatif lebih dekat.

Pre test dilakukan pada tanggal 21 Mei 2009, sesi I (pengkajian dan formulasi masalah) tanggal 22 Mei, sesi II (intervensi kognitif) tanggal 23 Mei, sesi III (intervensi perilaku) tanggal 25 Mei, sesi IV (evaluasi) tanggal 31 Mei, sesi V (pencegahan kekambuhan) tanggal 1 Juni 2009 dan *post test* pada tanggal 2 Juni 2009 untuk kelompok I. Demikian pula untuk kelompok II menggunakan pola pendekatan yang sama, yakni jarak antara sesi I dengan sesi II 1 hari, sesi II dengan sesi III 2 hari, sesi III ke sesi IV 6 hari dan antara sesi IV dan V 1 hari (jadwal terlampir).

Pendekatan pola ini digunakan dengan alasan sebagai berikut: untuk sesi I ke sesi II hanya 1 hari agar klien mampu segera belajar bagaimana merubah cara berpikir

dari negatif ke positif, sesi II ke sesi III berjarak 2 hari bertujuan agar klien mempunyai waktu untuk internalisasi kemampuan sesi II dan apabila klien lupa dapat segera diulang kembali.

Jarak waktu pelaksanaan sesi III ke sesi IV adalah 6 hari, dikarenakan pada sesi IV klien diharapkan mampu mempraktekkan perilaku positif paling sedikit 10 kali. Setiap klien melakukan 2 kali perilaku positif akan mendapatkan satu bintang dan bila mendapatkan lima bintang maka klien akan diberikan hadiah sesuai dengan kebutuhan klien saat itu.

Sesi IV dan V hanya dilakukan 1 hari karena hal ini sifatnya hanya evaluasi kemampuan klien dari sesi I-III dan kemampuan klien menggunakan obat dan terapi modalita lainnya untuk mencegah kekambuhan berdasarkan pendekatan terapi perilaku kognitif.

E. Etika penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Direktur RSMM Bogor. Setelah mendapat persetujuan peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan bidang perawatan, bidang diklat, dan kepala ruangan rawat inap .

Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi subyek penelitian telah diberi informasi tentang rencana dan tujuan penelitian melalui pertemuan resmi dan tertulis. Selain itu pada tahap ini peneliti juga telah mencoba untuk melakukan aliansi terapeutik dengan klien beserta alasan pentingnya terapeutik

dan besarnya komitmen klien dalam tercapainya terapi. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* (lampiran 1) atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti.

Etika penelitian terhadap subjek penelitian ini meliputi hak klien dihormati jika timbul respon negatif, privasi dihormati, anonimitas dipertahankan sedangkan terhadap data akan dijaga kerahasiaannya, akses hanya pada peneliti dan jika data tersebut sudah selesai digunakan maka data akan dimusnahkan.

Untuk mencegah timbulnya kejenuhan pada klien perilaku kekerasan maka pelaksanaan terapi perilaku kognitif dilakukan selama 30 menit tiap sesinya. Pada kelompok intervensi setiap selesai pelaksanaan sesi terapi perilaku kognitif dilakukan evaluasi dengan menggunakan format evaluasi kemampuan klien. Kelompok yang tidak dilakukan terapi perilaku kognitif (kelompok kontrol) hanya diberikan terapi generalis oleh perawat ruangan dan setelah selesai penelitian, kelompok kontrol diberikan terapi perilaku kognitif sehingga kedua kelompok mendapatkan perlakuan yang sama.

Penelitian ini telah dilakukan uji etik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Untuk tindakan yang telah diberikan kepada kelompok intervensi, yaitu terapi perilaku kognitif telah dilakukan uji kompetensi dan uji ekspert oleh ekspertis FIK UI pada tanggal 23 Mei 2009.

F. Alat pengumpul data

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner penelitian. Kuesioner penelitian dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

Instrumen A: merupakan instrumen (kuesioner) untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, riwayat perilaku kekerasan dan pengobatan. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup, dan peneliti memberi angka pada kotak yang tersedia, sesuai dengan pilihan yang dipilih oleh responden. Jumlah pertanyaan ada 12 pertanyaan (lampiran 2).

Instrumen B: merupakan instrumen (kuesioner) yang dipakai untuk mengukur tentang kemampuan atau respon kognitif yang dipikirkan responden terkait dengan perilaku kekerasan sebanyak 10 pernyataan.

Instrumen yang digunakan adalah : *Stress-induced Cognition Scale (SCS)* oleh Kung, dkk (2006) dengan menggunakan skala likert (1-5), dengan rentang nilai 10–50. Jika ***tidak pernah*** memikirkan diberi nilai 5, ***jarang*** memikirkan/ diberi nilai 4, ***kadang-kadang*** memikirkan diberi nilai 3 , ***sering*** memikirkan diberi nilai 2 dan ***selalu*** memikirkan diberi nilai 1. Instrumen ini diisi oleh responden dan apabila ada pernyataan yang tidak jelas maka peneliti memberikan penjelasan kepada responden (Lampiran 3). Pada penilaian akhir respon kognitif dinilai dengan semakin tinggi nilai yang diperoleh semakin positif respon kognitif klien.

Instrumen C: merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur tentang respon perilaku terhadap situasi tertentu yang menyebabkan perilaku kekerasan sebanyak 20 pernyataan.

Instrumen yang digunakan adalah: *Novaco Anger Scale* yang dikembangkan oleh Novaco (1994) dengan menggunakan Skala likert (1-5), dengan rentang nilai 10-100. Jika berespon ***tidak marah*** diberi nilai 5, ***merasa terganggu*** diberi nilai 4, merasa ***agak marah*** diberi nilai 3, ***marah*** diberi nilai 2 dan ***sangat marah*** diberi nilai 1. Instrumen ini akan diisi oleh responden dan apabila ada pernyataan yang tidak jelas maka peneliti memberikan penjelasan kepada responden (Lampiran 3). Pada penilaian akhir (hari ke-12) respon perilaku dinilai dengan semakin tinggi nilai yang diperoleh semakin positif respon perilaku klien.

Sedangkan untuk tindakan yang akan diberikan kepada kelompok intervensi, dilakukan berdasarkan modul yang telah disiapkan oleh peneliti dan di evaluasi langsung kemampuan kognitif dan perilaku klien setiap selesai pelaksanaan dari tiap sesi atau pertemuan (Lampiran 7).

G. Uji coba instrumen

Untuk melihat validitas dan reabilitas alat pengumpul data sebelum digunakan maka Instrumen B dan instrumen C dilakukan uji coba instrumen. Instrumen B yang diadopsi dari *Stress-induced Cognition Scale* (Kung, dkk., 2006) memiliki reabilitas (r) 0,94 dan instrumen C yang diadopsi dari *Novaco Anger Scale Provocation inventory* (NASPI) (Novaco, 1994) memiliki Alpha Cronbach 0,97 dan r 0,86, ini berarti kedua instrumen tersebut memiliki validitas dan konsistensi internal yang baik. Namun, karena diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dan adanya pernyataan yang diubah (pada instrumen C pada

pernyataan 4, 12, 21, 23, 24 dan 25) atau disesuaikan dengan budaya Indonesia dan kondisi di rumah sakit maka dilakukan uji coba instrumen.

Uji coba ini telah dilakukan pada 30 orang klien yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan kriteria inklusi. Klien yang telah diuji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden. Uji validitas menggunakan *pearson product moment* dengan hasil apabila nilai r antara masing-masing item pernyataan lebih besar atau sama dengan nilai r tabel pada tingkat kemaknaan 5%, maka pernyataan tersebut dinyatakan valid, namun apabila lebih rendah maka dianggap tidak valid. Untuk uji reabilitas dilakukan dengan menggunakan *Internal Consistency* yang dilihat pada nilai Alpha Cronbach. Jika nilai koefisien reabilitas r mendekati 1, maka setiap skor responden dapat dipercaya atau reliabel.

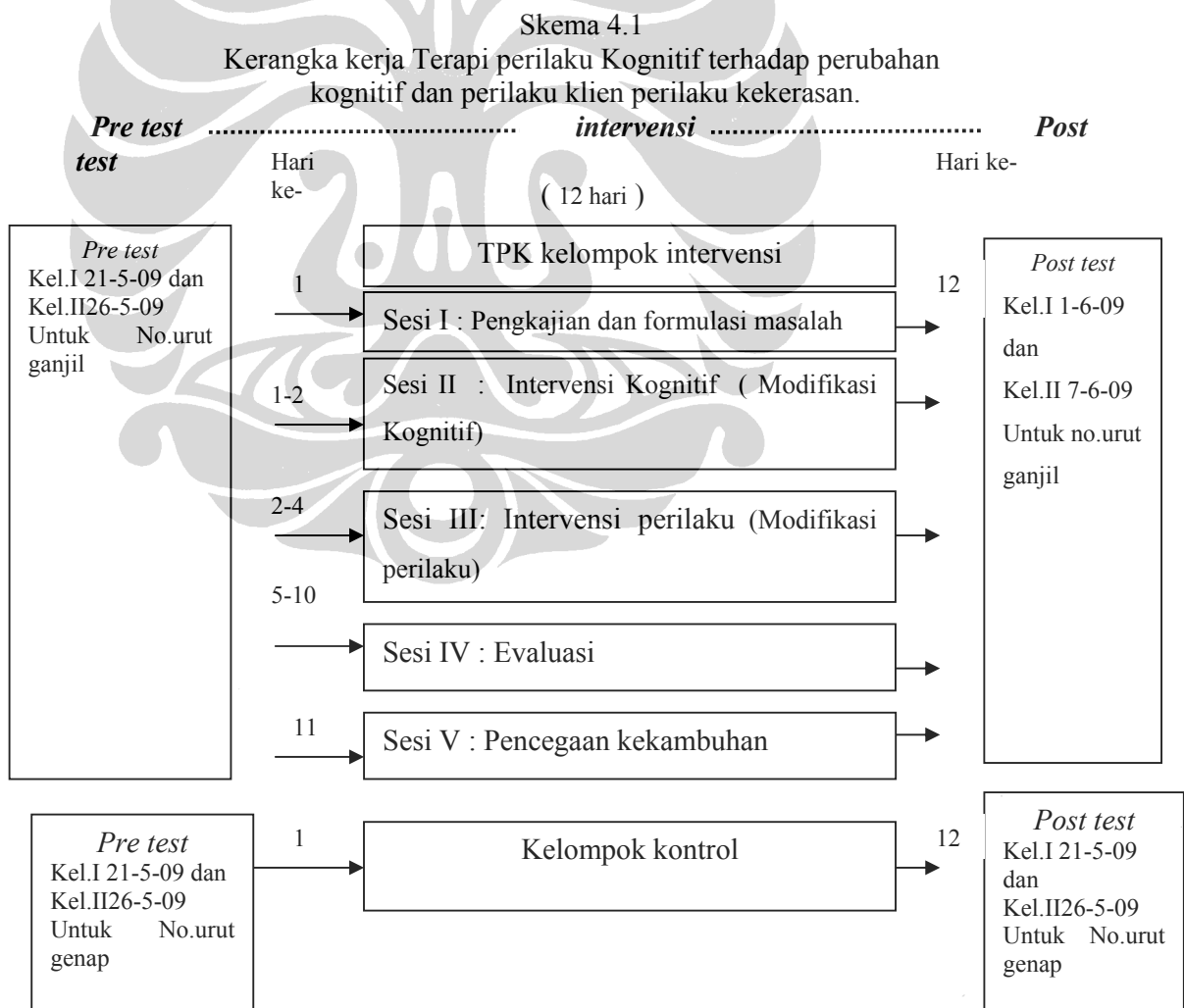
Berdasarkan hasil uji reabilitas dan validitas instrumen yang dilakukan pada tanggal 11-17 Mei 2009 di ruangan Bratasena, Arimbi dan Dewi Amba, diperoleh hasil dari 25 pernyataan kuesioner respon perilaku 20 pernyataan valid ($r > 0,349$) dan reabilitas (Alpha Cronbach 0,91). Untuk kuesioner respon kognitif dari 21 pernyataan, 10 pernyataan yang valid ($r > 0,35$) dan reabilitas (Alpha Cronbach 0,82), yang berarti ke-10 pernyataan tersebut reliabel (konsisten atau stabil). Jadi jumlah pernyataan yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 30 pernyataan, yang terdiri dari 10 pernyataan respon kognitif dan 20 pernyataan respon perilaku..

H. Prosedur pengumpulan data

Proses penelitian ini telah dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1). Mengurus surat perizinan dari Direktur RSMM
- 2). Mengumpulkan responden (terdiri dari kelompok intervensi dan kontrol)
- 3). Menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian
- 4). Meminta persetujuan untuk berpartisipasi dan mengisi lembar persetujuan
- 5). Responden akan diminta menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti.
- 6). Angket dikumpulkan untuk diolah

Untuk memperjelas alur kerja penelitian, peneliti memaparkan pada skema 4.1



Dalam penelitian ini, kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan diharapkan meningkat setelah intervensi. Langkah-langkahnya meliputi :

1. *Pre test*

Pre test dilakukan dengan mengukur kemampuan kognitif dan perilaku kekerasan klien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, kemudian data diedit dan diolah sesuai dengan rencana analisis data. Hasil *pre test* dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan uji homogenitas dan pada akhir penelitian dibandingkan dengan hasil *post test* dari masing-masing kelompok intervensi dan kontrol untuk melihat perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku sebelum dengan setelah terapi perilaku kognitif..

2. Intervensi

Untuk kelompok intervensi dilakukan terapi perilaku kognitif yang merupakan terapi individu. Teknik terapi perilaku kognitif yang digunakan adalah menggali pikiran-pikiran negatif dan perilaku yang maladaptif serta merubahnya menjadi pikiran positif dan perilaku adaptif. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan terapi generalis oleh perawat ruangan sampai dengan *post test* dilakukan pada minggu yang bersamaan dengan kelompok intervensi.

3. *Post test*

Pada kelompok intervensi dan kontrol, setelah diberikan terapi perilaku kognitif dilakukan *post test* pada hari ke-12 untuk mengukur peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada klien perilaku kekerasan. Kemudian dibandingkan kemampuan kognitif dan perilaku antara kelompok intervensi dan kontrol berdasarkan nilai *post test* dengan uji *t-test independent*. Untuk melihat pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan

perilaku kekerasan dilakukan dengan membandingkan hasil nilai *pre test* dan *post test* pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan uji *t-test dependent*.

I. Pengolahan dan Analisis data

a. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini telah dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1) *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa validitas dan reabilitas data yang masuk. Kegiatan ini dilakukan untuk menilai kelengkapan data yang diperoleh dari responden. Setelah responden mengisi kuesioner dilakukan pengecekan apakah jawaban yang ada sudah terisi semua jawabannya, jawaban relevan dan konsisten.

2) *Coding*

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah di edit data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan untuk kelompok umur, pendidikan dan pekerjaan dilakukan pengkategorian data.

3) *Entry data*, merupakan kegiatan memproses data untuk keperluan analisa.

Kegiatan memproses data dilakukan dengan memasukkan data dari kuesioner dalam bentuk kode ke program computer excel. Kemudian data yang sudah ada diproses dengan paket program komputer SPSS.

- 4) *Cleaning* data, suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data kekomputer. Setelah data didapat dilakukan pengecekan lagi apakah data ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai, sehingga data siap dianalisis.

b. Analisis Data

1). Analisis Univariat

Analisis univariat adalah proses analisa data yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang di teliti (Hastono, 2007). Pada penelitian ini data numerik yang meliputi; usia dan lamanya sakit dideskripsikan dengan mean, median dan standar deviasi. Data katagorik yang meliputi: pendidikan, jenis kelamin, status ekonomi, pekerjaan, riwayat perilaku kekerasan, riwayat yang pernah dialami terkait perilaku kekerasan, riwayat putus obat, riwayat penyalahgunaan zat dan alkohol dan diagnosa medis dideskripsikan dengan distribusi frekuensi.

2). Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah proses analisa data yang bertujuan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat hubungan antara Terapi perilaku kognitif dengan kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan sebelum dan sesudah dilakukan terapi perilaku kognitif di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Adapun analisis yang digunakan

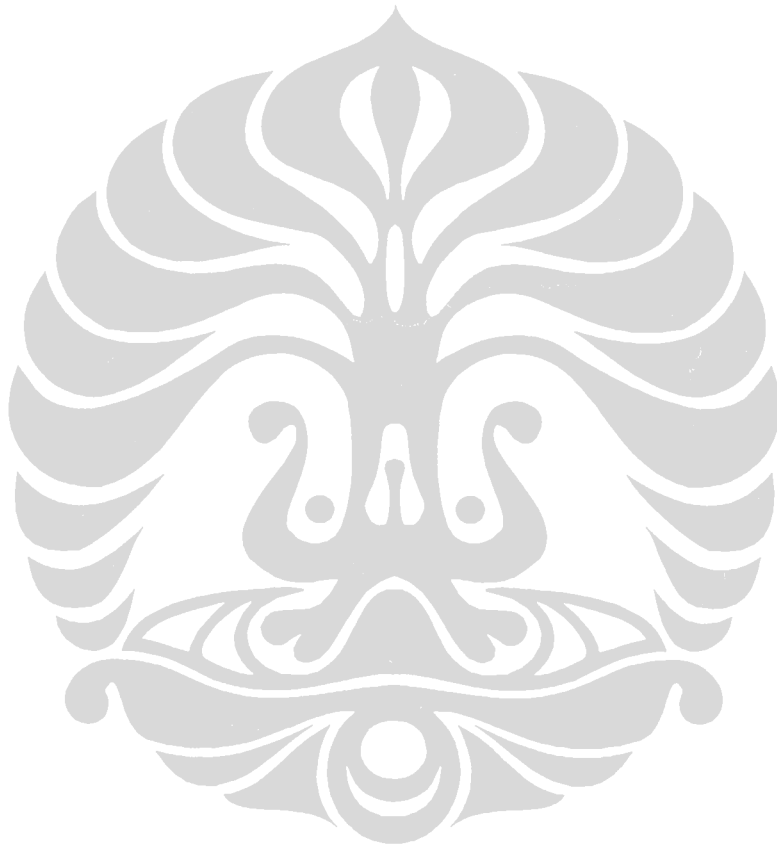
yaitu untuk variabel rasio-rasio *pre-post test* kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah *dependent t-test*. variabel rasio-rasio *pre-post test* antara kelompok intervensi dengan kontrol adalah *independent t-test*. Untuk uji *independent t-test* sebelumnya dilakukan uji normalitas dan uji homogenitas. Jika data tidak normal maka digunakan uji *Kalmogorov smirnov*. Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Analisis Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif pada Klien Perilaku Kekerasan dengan Skizoprenia di RSMM Bogor

A. Antara Kemampuan Kognitif klien perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi			
NO	Variabel kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan	Variabel kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan	Cara Analisis
1.	Kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kelompok intervensi sebelum penelitian (data rasio)	Variabel kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kelompok intervensi sesudah penelitian (data rasio)	Uji <i>dependent sample t-test</i>
2.	Kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kelompok kontrol sebelum penelitian (data rasio)	Variabel kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kelompok kontrol sesudah penelitian (data rasio)	Uji <i>dependent sample t-test</i>
3.	Kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kelompok intervensi sebelum penelitian (data rasio)	Variabel kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kelompok kontrol sebelum penelitian (data rasio)	Uji <i>independent sample t-test</i>
4.	Kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kelompok intervensi sesudah penelitian (data rasio)	Variabel kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kelompok kontrol sesudah penelitian (data rasio)	Uji <i>independent sample t-test</i>

B. Antara Kemampuan Perilaku klien perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi			
NO	Variabel kemampuan Perilaku klien perilaku kekerasan	Variabel kemampuan Perilaku klien perilaku kekerasan	Cara Analisis
1.	Kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok intervensi sebelum penelitian (data rasio)	Variabel kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok intervensi sesudah penelitian (data rasio)	Uji <i>dependent sample t-test</i>
2.	Kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok kontrol sebelum penelitian (data rasio)	Variabel kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok kontrol sesudah penelitian (data rasio)	Uji <i>dependent sample t-test</i>
3.	Kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok intervensi sebelum penelitian (data rasio)	Variabel kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok kontrol sebelum penelitian (data rasio)	Uji <i>independent sample t-test</i>
4.	Kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok intervensi sesudah penelitian (data rasio)	Variabel kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kelompok kontrol sesudah penelitian (data rasio)	Uji <i>independent sample t-test</i>
C. Antara Karakteristik Klien dengan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Perilaku Kekerasan			
No.	Karakteristik Klien	Kemampuan Kognitif (katagorik)	Kemampuan Perilaku (Katagorik)
1.	Usia (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
2.	Jenis kelamin (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
3.	Pendidikan (data ordinal)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
4.	Status ekonomi (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
5.	Pekerjaan (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
6.	Frekuensi perawatan (data ordinal)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
7.	Riwayat Perilaku kekerasan yang pernah dialami (data ordinal)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
8.	Jenis perilaku kekerasan (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
9.	Lamanya penyakit (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
10.	Riwayat putus obat (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire

C. Antara Karakteristik Klien dengan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Perilaku Kekerasan			
No.	Karakteristik Klien	Kemampuan Kognitif (katagorik)	Kemampuan Perilaku (Katagorik)
11.	Riwayat penggunaan zat dan alkohol (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire
12.	Diagnosis medis (data katagori)	Uji Chi Squire	Uji Chi Squire



BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan diuraikan secara lengkap, hasil penelitian pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 21 Mei sampai 7 Juni 2009, diruang Sadewa, Srikandi, Yudistira, Nakula, dan Utari. Pada penelitian ini telah diteliti 26 klien Skhizophrenia yang memiliki masalah perilaku kekerasan, dengan perincian 13 klien sebagai kelompok intervensi dan 13 klien sebagai kelompok kontrol. Hasil penelitian ini terdiri dari dua bagian yaitu analisis univariat dan bivariat yang akan diuraikan berikut ini.

A. Analisis Univariat

Analisis univariat meliputi variabel karakteristik klien, meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, riwayat perilaku kekerasan, riwayat yang pernah dialami terkait perilaku kekerasan, riwayat putus obat dan riwayat penyalahgunaan zat dan alkohol dideskripsikan dengan mean, median, standar deviasi dan distribusi frekuensi.

Subjek pada penelitian ini dibagi kedalam dua kelompok, yakni kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi adalah kelompok yang diberikan tindakan terapi perilaku kognitif, sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan terapi perilaku kognitif.

Karakteristik klien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang terdiri dari umur dan lamanya sakit dalam variabel numerik dianalisis menggunakan analisis *explore* dan disajikan pada tabel 5.1. Karakteristik umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, riwayat perilaku kekerasan, riwayat yang pernah dialami terkait perilaku kekerasan, riwayat putus obat, riwayat penyalahgunaan zat dan alkohol dan diagnosa medis dalam variabel katagorik dianalisis dengan distribusi frekwensi dan disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.1.
Analisis Karakteristik Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Berdasarkan Umur dan Lama Sakit pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSMM Bogor Bulan Mei - Juni 2009

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks
1. Umur (tahun)	1. Intervensi	13	34,46	32	9,21	20-49
	2. Kontrol	13	28,46	29	3,64	21-34
	Total	26	31,46	29	7,51	20-49
2. Lama sakit (tahun)	1. Intervensi	13	9,00	6	8,55	1-33
	2. Kontrol	13	7,00	8	4,56	1-15
	Total	26	8,00	7	6,79	1-33

Hasil analisis pada kelompok intervensi didapatkan rata-rata usia responden adalah 34,46 tahun dan median 32 tahun dengan standar deviasi 9,21 tahun.

Usia termuda 20 tahun dan usia tertua 49 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata usia responden adalah 28,46 tahun dan median 29 tahun dengan standar deviasi 3,64 tahun. Usia termuda 21 tahun dan usia tertua 34 tahun.

Hasil analisis juga memperlihatkan distribusi karakteristik responden secara total atau keseluruhan dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan usia responden. Hasil analisis didapatkan rata-rata usia

responden adalah 31, 46 tahun dan median 29 tahun dengan standar deviasi 7,51 tahun. Usia termuda 20 tahun dan usia tertua 49 tahun.

Rerata lama sakit pada kelompok intervensi didapatkan 9 tahun dan median 6 tahun dengan standar deviasi 8,55 tahun. Lama sakit terpendek 1 tahun dan terlama 33 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata lamanya sakit adalah 7 tahun dan median 8 tahun dengan standar deviasi 4,56 tahun. Lamanya sakit terpendek 1 tahun dan terlama 15 tahun. Lamanya sakit untuk keseluruhan responden reratanya adalah 8 tahun, median 7 tahun dengan standar deviasi 6,97 tahun. Lamanya sakit terpendek 1 tahun dan terlama 33 tahun.

Tabel 5.2.
Distribusi Karakteristik Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Riwayat Perilaku Kekerasan dan Pengobatan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor Bulan Mei-Juni Tahun 2009

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 13)		Kelompok kontrol (n = 13)		Jumlah (n = 26)	
	N	%	N	%	N	%
1. Umur						
a. 18 – 25 tahun	2	15,4	2	15,4	4	15,4
b. 26 – 55 tahun	11	84,6	11	84,6	22	84,6
2. Jenis Kelamin						
a. Laki-laki	9	69,2	8	61,5	17	65,4
b. Perempuan	4	30,8	5	38,5	9	34,6
3. Pendidikan						
a. SD	2	15,4	0	0,0	2	7,7
b. SLTP	4	30,8	3	23,1	7	26,9
c. SMU	6	46,2	9	69,2	15	57,7
d. Perguruan tinggi	1	7,7	1	7,7	2	7,7
4. Status ekonomi						
a. menengah keatas	5	38,5	1	7,7	6	23,1
b. rendah	8	61,5	12	92,3	20	76,9
5. Pekerjaan						
a. Bekerja	2	15,4	1	7,7	3	11,5
b. Tidak bekerja	11	84,6	12	92,3	23	88,5

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 13)		Kelompok kontrol (n = 13)		Jumlah (n = 26)	
	N	%	N	%	N	%
6. Riwayat perilaku kekerasan						
a. Pengalaman melakukan PK						
1. 1 kali	1	7,7	2	15,4	3	11,5
2. kali	4	30,8	2	15,4	6	23,1
3. > dari 3 kali	8	61,5	9	69,2	17	65,4
b. Pengalaman dalam PK:						
1. Koban	6	46,2	9	69,2	15	57,7
2. Observer	1	7,7	1	7,7	2	7,7
3. Pelaku	6	46,2	3	23,1	9	34,6
c. Jenis Perilaku kekerasan:						
1. verbal	4	30,8	6	46,2	10	38,5
2. penyerangan fisik	4	30,8	1	7,7	5	19,2
3. Merusak barang	5	38,5	5	38,5	10	38,5
4. seksual	0	0,00	1	7,7	1	3,8
7. Riwayat pengobatan:						
a. Riwayat putus obat:						
1. Ya	12	82,3	9	69,2	21	80,8
2. Tidak	1	7,7	4	30,8	5	19,2
b. Riwayat penggunaan Napza atau alkohol :						
1. ya	7	53,8	7	53,8	14	53,9
2. Tidak	6	46,2	6	46,2	12	46,1
c. Diagnosa Medik						
1. Skizoprenia paranoid	12	92,3	12	92,3	24	92,3
2. Skizoprenia afektif	1	7,7	1	7,7	2	7,7

Hasil analisis hubungan antara karakteristik klien dengan kemampuan kognitif diperoleh bahwa terhadap 26 klien menunjukkan bahwa dari kedua kelompok: intervensi dan kontrol mempunyai karakteristik yang hampir sama yaitu (1) umur klien menunjukkan proporsi terbesar dari kedua kelompok adalah sama yaitu usia antara 26–55 tahun (84,6%), (2) jenis kelamin klien menunjukkan proporsi terbesar dari masing-masing kelompok adalah klien laki-laki yaitu pada kelompok intervensi 69,2% dan kelompok kontrol 61,5%; (3) pendidikan klien, proporsi terbesar pada kedua kelompok adalah SMU yaitu pada kelompok intervensi 46,2% dan kelompok kontrol 69,2% ;(4) status ekonomi klien menunjukkan proporsi terbesar adalah ekonomi rendah yaitu pada kelompok intervensi sebesar 61,5% dan kelompok kontrol sebesar

92,3%; (5) pekerjaan klien menunjukkan proporsi terbesar adalah tidak bekerja yaitu pada kelompok intervensi 84,6% dan kelompok kontrol 92,3%;

Berdasarkan riwayat perilaku kekerasan menunjukkan bahwa; (a) Pengalaman frekuensi melakukan perilaku kekerasan lebih dari 3 kali merupakan proporsi yang terbanyak yaitu pada kelompok intervensi 61,5% dan kelompok kontrol 69,2%, (b) Pengalaman yang dialami terkait dengan perilaku kekerasan proporsi terbesar adalah untuk kelompok intervensi sama antara berperan sebagai korban dan pelaku 46,2%, sedangkan kelompok kontrol yang terbesar adalah sebagai korban 69,2%; (c) Jenis perilaku kekerasan yang sering dilakukan untuk kelompok intervensi yang terbesar adalah merusak barang-barang 38,5% dan kelompok kontrol secara verbal 46,2%;

Untuk riwayat penggunaan obat; (a) Riwayat tidak minum obat lebih besar yaitu pada kelompok intervensi sebesar 82,3% dan kelompok kontrol 69,2%; (b). Riwayat penggunaan Napza dan alkohol mempunyai proporsi yang sama besar pada kelompok intervensi dan kontrol yaitu memakai atau menggunakan Napza atau alkohol 53,8%, (c). Diagnosa medik terbesar adalah sama pada kedua kelompok yakni 92,3% dengan skizoprenia paranoid.

B. Analisis Bivariat

Penelitian ini adalah penelitian kuasi eksperimen, untuk itu sebelum dilakukan penelitian, syarat yang harus dipenuhi adalah bahwa kedua kelompok harus mempunyai sifat yang sama, sehingga perbedaan hasil penelitian setelah

diberikan intervensi dapat disebut sebagai pengaruh dari intervensi yang diberikan (Notoatmojo, 2003). Polit dan Hugler (2001) juga menyatakan bahwa hasil penelitian dikatakan valid jika karakteristik responden tidak ada perbedaan bermakna (homogen). Untuk itu langkah pertama adalah mengidentifikasi hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan perilaku pada kelompok intervensi dan kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum TPK.

Selanjutnya untuk mengetahui perbedaan rata-rata kemampuan kognitif dan perilaku pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah TPK, sebelumnya dilakukan uji kenormalan dan homogenitas dengan menggunakan *explore* uji *Kolmogorov Smirnov*. Setelah diketahui bahwa data berdistribusi normal maka dilakukan uji statistik *dependen sample t-Test (Paired t test)*.

Untuk mengetahui apakah adanya perbedaan kemampuan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, sebelumnya dilakukan uji homogenitas varian. Apabila varian sama maka selanjutnya dilakukan uji statistik *independent t test*.

Hasil analisis selengkapnya adalah sebagai berikut;

1. Kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi dan kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum TPK.

Untuk mengetahui kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi dilakukan dahulu analisis uji homogenitas terhadap subjek penelitian dengan menggunakan *uji chi square*. (Tabel 5.3 dan 5.4). Uji

statistis ini bertujuan untuk melihat hubungan antara karakteristik klien dengan kemampuan kognitif dan perilaku sebelum intervensi TPK.

Tabel 5.3

Analisis Karakteristik Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Berdasarkan Kemampuan Kognitif di RSMM Bogor Bulan Mei-Juni Tahun 2009

Karakteristik Responden	Kemampuan Kognitif				Total		<i>p value</i>
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Umur :							
20-34,5 tahun	3	15	17	85	20	100	0,558
34,5-49 tahun	2	33,3	4	66,7	6	100	
Jenis Kelamin:							
Laki-laki	3	17,6	14	82,4	17	100	1,000
Perempuan	2	22,2	7	77,8	9	100	
Pendidikan:							
SD	0	0	2	100	2	100	
SLTP	3	42,9	4	71,4	7	100	
SLTA	1	7,1	13	64,3	14	100	0,061
Perguruan Tinggi	1	7,1	2	100	3	100	
Status ekonomi :							
Rendah	4	20	16	80	20		1,000
Menengah keatas	1	16,7	5	83,3	6		
Pekerjaan:							
Bekerja	0	0	3	100	3	100	1,000
Tidak bekerja	5	21,7	18	78,3	23	100	
Frekuensi rawat:							
1 kali	0	0	2	100	2	100	
2 kali	2	33,3	4	66,7	6	100	0,517
> 2 kali	3	16,7	15	83,3	18	100	
Pengalaman PK:							
Korban	4	26,7	11	73,3	15	100	0,143
Observer	1	50	1	50	2	100	
Pelaku	0	0	9	100	9	100	
Jenis PK:							
Verbal	1	11,1	8	88,9	9	100	
Penyerangan fisik	1	20	4	80	5	100	0,204
Merusak barang	2	18,2	9	81,8	11	100	
Seksual	1	100	0	0	1	100	
Riwayat putus obat:							
Ya	3	14,3	18	85,7	21	100	0,236
Tidak	2	40	3	60	5	100	
Penggunaan Napza:							
Tidak	2	18,2	9	81,8	11	100	1,000
Ya	3	20	12	80	15	100	

Karakteristik Responden	Kemampuan Kognitif						<i>p value</i>
	Negatif		Positif		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Lama Rawat:							
1-16 tahun	5	20	20	80	25	100	1,000
17-23 tahun	0	0	1	100	1	100	
Diagnosa Medik:							
Skizoprenia afektif	0	0	2	100	2	100	
Skioprenia paraoid	7	29,2	17	70,8	24	100	1,000

Berdasarkan data tabel 5.3 didapatkan gambaran bahwa hasil uji statistik analisis antara karakteristik klien perilaku kekerasan dengan kemampuan kognitif sebelum TPK diperoleh nilai rata-rata *p value* > 0,05. Ini berarti kemampuan kognitif antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah sama (homogen).

Tabel 5.4

Analisis Karakteristik Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Berdasarkan Kemampuan Perilaku di RSMG Bogor Bulan Mei-Juni Tahun 2009

Karakteristik Responden	Kemampuan Perilaku				Total		<i>p value</i>
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Umur :							
20-34,5 tahun	5	25	15	75	30	100	1,000
34,5-49 tahun	2	33,3	4	66,7	6	100	
Jenis Kelamin:							
Laki-laki	6	35,3	11	64,7	17	100	0,357
Perempuan	1	11,1	8	88,9	9	100	
Pendidikan:							
SD	0	0	2	100	2	100	
SLTP	2	28,6	5	71,4	7	100	0,662
SLTA	5	37,5	9	64,3	14	100	
Perguruan Tinggi	0	0	3	100	3	100	
Status ekonomi :							
Rendah	4	20	16	83,3	20	100	1,000
Menengah keatas	1	15,7	5	80	6	100	
Pekerjaan:							
Bekerja	1	33,3	2	66,7	3	100	1,000
Tidak bekerja	6	26,1	17	73,9	23	100	

Karakteristik Responden	Kemampuan Perilaku						<i>p value</i>
	Negatif		Positif		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Frekuensi rawat:							
1 kali							
2 kali	0	0	2	100	2	100	
> 2 kali	2	33,3	4	66,7	6	100	0,648
	5	27,8	13	72,2	18	100	
Pengalaman PK:							
Korban	3	20	12	80	15	100	
Observer	2	100	0	0	2	100	0,052
Pelaku	2	22,2	7	77,8	9	100	
Jenis PK:							
Verbal	2	22,2	7	77,8	9	100	
Penyerangan fisik	2	40	3	60	5	100	0,299
Merusak barang	2	18,2	9	81,8	11	100	
Seksual	1	100	0	0	1	100	
Riwayat putus obat:							
Ya	1	20	4	80	5	100	1,000
Tidak	6	28,6	15	71,4	21	100	
Penggunaan Napza:							
Tidak	1	9,1	10	90,9	11	100	0,179
Ya	5	40	9	60	14	100	
Lama Rawat:							
1-16 tahun	7	28	18	72	25	100	1,000
17-23 tahun	0	0	1	100	1	100	
Diagnosa Medik:							
Skizoprenia afektif	0	0	2	100	2	100	1,000
Skizoprenia paraoid	7	29,2	17	70,8	24	100	

Berdasarkan data tabel 5.4 didapatkan gambaran bahwa hasil uji statistik analisis antara karakteristik klien perilaku kekerasan dengan kemampuan perilaku sebelum TPK diperoleh nilai rata-rata *p value* > 0,05. Ini berarti kemampuan perilaku antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah sama (homogen).

2. Kemampuan Kognitif dan Perilaku Kelompok Intervensi Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Sebelum dan Sesudah Terapi Perilaku Kognitif.

Untuk mengetahui perbedaan rata-rata kemampuan kognitif dan perilaku sebelum dan setelah mengikuti TPK, sebelumnya harus diketahui apakah data berdistribusi normal atau tidak, untuk itu dilakukan uji kenormalan dan homogenitas dengan uji *Kolmogorov Smirnov* (lihat tabel 5.5).

Tabel 5.5
Analisis Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Sebelum Mengikuti Terapi Perilaku Kognitif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSM
Bulan Mei-Juni Bogor 2009

Variabel	Jenis Kelompok	Mean	Median	SD	Min - Max	95% CI	Kolmogorov Smirnov
Kognitif	Intervensi	35,31	38	9,76	14-48	9,41-41,20	0,084
	Kontrol	36,92	39	7,69	22-46	32,8-41,57	0,058
Perilaku	Intervensi	61,00	61	16,05	34-88	51,30-70,7	0,200
	Kontrol	63,54	62	18,20	38-100	52,54-74,54	0,200

Keterangan :

Nilai kognitif > 25 pikiran positif

Nilai perilaku > 50 perilaku positif

Hasil analisis untuk variabel kognitif, didapatkan rata-rata kemampuan kognitif klien pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi penelitian adalah 35,31 (95% CI: 9,41-41,20) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien berada pada rentang antara 14 sampai 48, dengan standar deviasi 9,76.

Rerata kemampuan kognitif klien pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi penelitian adalah 36,92 (95% CI: 32,8-41,57) yang diyakini bahwa rata-rata kognitif klien berada pada rentang antara 22 sampai 46, dengan standar deviasi 7,69. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata kognitif sebelum intervensi pada kelompok intervensi lebih rendah dari kelompok kontrol.

Hasil uji *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan distribusi kemampuan kognitif berbentuk normal, dimana pada kelompok intervensi (p value $>0,05$) dan kelompok kontrol (p value $>0,05$). Ini berarti kemampuan kognitif kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak ada perbedaan.

Hasil analisis juga menjelaskan bahwa variabel perilaku pada kelompok intervensi sebelum dilakukan TPK adalah 61 (95% CI: 51,30-70,70) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan perilaku klien berada pada rentang antara 34 sampai 88, dengan standar deviasi 16,05. Rerata kemampuan perilaku klien pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi penelitian adalah 63,54 (95% CI: 52,54-74,54) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan perilaku klien berada pada rentang antara 38 sampai 100, dengan standar deviasi 18,20. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan perilaku sebelum intervensi pada kelompok kontrol lebih rendah dari kelompok intervensi.

Hasil uji *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan distribusi kemampuan perilaku berbentuk normal, dimana pada kelompok intervensi (p

$value > 0,05$) dan kelompok kontrol ($p\ value > 0,05$). Ini berarti kemampuan perilaku pada kelompok intervensi dan kontrol tidak ada perbedaan atau sama.

Kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi klien perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK adalah: (table 5.6).

Tabel 5.6

Analisis Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Sebelum-Sesudah Terapi Perilaku Kognitif pada Kelompok Intervensi di RSMM Bogor, Mei-Juni Tahun 2009 (n=26)

No	Variabel	N	Mean	Selisih	SD	SE	<i>p value</i>
1.	Kognitif :						
	a. sebelum	13	35,31	7,92	9,76	2,71	0,002
	b. Sesudah	13	43,23		5,90	1,64	
2.	Perilaku :						
	a. Sebelum	13	61,00	25,46	16,05	4,45	0,000
	b. Sesudah	13	86,46		14,44	4,01	

Rata-rata kemampuan kognitif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan pada kelompok intervensi sebelum terapi perilaku kognitif adalah 35,31 dengan standar deviasi 9,76. Pengukuran sesudah terapi perilaku kognitif didapat rata-rata kemampuan kognitif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan adalah 43,23 dengan standar deviasi 5,90. Terlihat rata-rata peningkatan antara kemampuan kognitif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi adalah sebesar 7,92. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p\ value < 0,05$, maka dapat disimpulkan *ada peningkatan yang bermakna antara kemampuan kognitif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi.*

Rata-rata kemampuan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan pada kelompok intervensi sebelum terapi perilaku kognitif adalah 61 dengan standar deviasi 16,05. Pengukuran sesudah terapi perilaku kognitif didapat rata-rata kemampuan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan adalah 86,46 dengan standar deviasi 14,44. Terlihat nilai rata-rata peningkatan antara kemampuan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi adalah sebesar 25,46. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* $<0,05$, maka dapat disimpulkan *ada peningkatan yang signifikan antara kemampuan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi.*

3. Kemampuan Kognitif dan Perilaku Kelompok Kontrol Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Sebelum dan Sesudah TPK

Kemampuan kognitif dan perilaku kelompok kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK adalah: (Tabel 5.7)

Tabel. 5.7

**Analisis Kemampuan Kognitif dan Perilaku Kelompok Kontrol Klien
Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Sebelum dan Sesudah TPK di
RSM Bogor, Mei-Juni Tahun 2009
(n=26)**

No	Variabel	N	Mean	Selisih	SD	SE	<i>p value</i>
1.	Kognitif : c. sebelum d. Sesudah	13 13	36,92 36,85	-0,07	7,69 8,12	2,13 2,25	0,973
2.	Perilaku : c. Sebelum d. Sesudah	13 13	63,54 64,46	0,92	18,20 17,17	5,05 4,76	0,828

Rata-rata kemampuan kognitif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan pada kelompok kontrol sebelum terapi perilaku kognitif adalah 36,92 dengan standar deviasi 7,69. Pengukuran sesudah terapi perilaku kognitif pada kelompok kontrol klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan adalah 36,85 dengan standar deviasi 8,12. Terlihat nilai rata-rata peningkatan antara kemampuan kognitif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK pada kelompok kontrol adalah sebesar -0,07. Ini berarti *tidak ada perbedaan kemampuan kognitif pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah TPK.*

Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* >0,05, maka dapat disimpulkan *tidak ada peningkatan yang signifikan antara kemampuan kognitif Skizoprenia dengan perilaku kekerasan pada kelompok kontrol berdasarkan sebelum dan sesudah terapi perilaku kognitif.*

Rata-rata kemampuan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan pada kelompok kontrol sebelum terapi perilaku kognitif adalah 63,54 dengan standar deviasi 18,20. Pengukuran sesudah terapi perilaku kognitif didapat rata-rata kemampuan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan adalah 64,46 dengan standar deviasi 17,17. Terlihat nilai rata-rata peningkatan antara kemampuan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol adalah sebesar 0,92. Ini berarti *tidak ada peningkatan kemampuan perilaku pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah TPK.*

Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* $>0,05$, maka dapat disimpulkan *tidak ada peningkatan yang signifikan antara kemampuan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi terapi perilaku kognitif pada kelompok kontrol.*

4. Kemampuan Kognitif dan Perilaku pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan sesudah TPK.

Untuk melihat gambaran kemampuan kognitif dan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kontrol setelah intervensi, dianalisis dengan menggunakan analisis *explore*.

Tabel 5.8
Analisis Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan Sesudah Mengikuti Terapi Perilaku Kognitif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor, Mei-Juni 2009

Variabel	Jenis Kelompok	Mean	Median	SD	Min - Max	95% CI
Kognitif	Intervensi	43,23	44	5,90	30-50	39,66-46,80
	Kontrol	36,85	37	8,11	23-49	31,94-41,75
Perilaku	Intervensi	86,46	93	14,44	60-100	77,73-95,19
	Kontrol	64,46	66	17,17	38-93	54,08-74,84

Hasil analisis untuk variabel kognitif, didapatkan rata-rata kemampuan kognitif klien pada kelompok intervensi sesudah dilakukan TPK adalah 43,23 (95% CI: 39,66-46,80) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien berada pada rentang antara 30 sampai 50, dengan standar deviasi 5,90. Sedangkan rata-rata kemampuan kognitif klien pada kelompok kontrol sesudah dilakukan TPK adalah 36,85 (95% CI: 31,94-41,75) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien berada pada rentang antara 23 sampai 49, dengan standar deviasi 8,11. Hasil ini menunjukkan bahwa *rata-rata kemampuan kognitif sesudah intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol.*

Hasil analisis juga menjelaskan bahwa hasil analisis variabel perilaku pada kelompok intervensi sesudah dilakukan TPK didapatkan rata-rata kemampuan perilaku klien pada kelompok intervensi adalah 86,46 (95% CI: 77,73-95,19) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan perilaku klien berada pada rentang antara 60 sampai 100, dengan standar deviasi 14,44.

Sedangkan rata-rata kemampuan perilaku klien pada kelompok kontrol sesudah dilakukan TPK adalah 64,46 (95% CI: 54,08-74,84) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan perilaku klien berada pada rentang antara 38 sampai 93, dengan standar deviasi 17,17. Hasil ini menunjukkan bahwa *rata-rata kemampuan perilaku sesudah intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol.*

Untuk melihat perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, sebelumnya dilakukan uji homogenitas varian. Untuk itu dilakukan uji kesetaraan sebagai berikut: (Tabel 5.9).

Tabel 5.9
Analisis Kesetaraan Kemampuan Kognitif dan Perilaku
pada Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan
di RSM Bogor, Bulan Mei-Juni 2009
(n=26)

No	Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	t	p value
1	Kognitif	1. Intervensi	13	35,31	9,76	-0,469	0,643
		2. Kontrol	13	36,92	7,69		
2	Perilaku	1. Intrevensi	13	61,00	16,05	-4,252	0,790
		2. Kontrol	13	86,46	14,44		

Rata-rata kemampuan kognitif klien kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai kesetaraan yang sama (varian sama). Hal ini dapat dilihat dari nilai *p value* > 0.05. Ini berarti kemampuan kognitif kelompok intervensi sama dengan kemampuan kognitif kelompok kontrol.

Rata-rata kemampuan perilaku klien kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai kesetaraan yang sama (varian sama). Hal ini dapat

dilihat dari nilai p value > 0.05 . Ini berarti kemampuan perilaku kelompok intervensi sama dengan kemampuan perilaku kelompok kontrol.

Untuk kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah terapi perilaku kognitif adalah (lihat tabel 5.10):

Tabel 5.10
Analisis Kemampuan Kognitif dan Perilaku Kelompok Intervensi dan Kontrol
Sesudah Terapi Perilaku Kognitif di RSMM Bogor, Bulan Mei-Juni Tahun
2009
(n=26)

No	Kelompok	Variabel	Mean	Selisih	SD	N	T	<i>p</i> value
1	Intervensi	Kemampuan kognitif	42,62	6,08	5,546	13	2,209	0,037
	Kontrol		36,54		8,222	13		
2.	Intervensi	Kemampuan perilaku	86,46	22	14,443	13	3,535	0,002
	Kontrol		64,46		17,174	13		

Keterangan :

Kemampuan kognitif : positif apabila nilai > 25 dan negatif apabila nilai < 25

Kemampuan perilaku : positif apabila nilai > 50 dan negatif apabila nilai < 50

Rata-rata kemampuan kognitif kelompok intervensi setelah TPK adalah 42,62 dengan standar deviasi 5,546, sedangkan kemampuan kognitif kelompok kontrol rata-ratanya adalah 36,54 dengan standar deviasi 8,222. Hasil uji statistik didapatkan *p* value 0,037 (p value $< 0,05$), berarti pada alpha 5% terlihat adanya perbedaan yang signifikan rata-rata kemampuan kognitif antara kelompok intervensi dengan kontrol sesudah TPK sebesar 6,08. Jadi dapat disimpulkan bahwa terapi perilaku kognitif berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan kearah yang lebih positif (42,62).

Rata-rata kemampuan perilaku kelompok intervensi setelah TPK adalah 86,46 dengan standar deviasi 14,443, sedangkan kemampuan perilaku kelompok kontrol rata-ratanya adalah 64,46 dengan standar deviasi 17,174. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,002 (*p value* < 0,05), berarti pada alpha 5% terlihat adanya perbedaan yang signifikan rata-rata kemampuan perilaku antara kelompok intervensi dengan kontrol sesudah TPK sebesar 22. Jadi dapat disimpulkan bahwa terapi perilaku kognitif berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan kearah yang lebih positif (86,46).



BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang makna hasil penelitian serta membandingkannya dengan teori dan penelitian yang terkait, mendiskusikan hasil penelitian yang telah diuraikan pada bab hasil, menjelaskan keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian ini untuk keperawatan.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

Penelitian ini seperti yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan. Kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan pada kelompok intervensi yang telah mengikuti terapi perilaku kognitif selama kurang lebih 4 minggu (21 Mei sampai 6 Juni) dibandingkan dengan kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan yang tidak mendapatkan intervensi terapi perilaku kognitif.

Penelitian ini menggunakan pendekatan model adaptai Roy dalam menjelaskan pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan. Roy memandang manusia sebagai system adaptasi holistic yang dipengaruhi oleh stimulus (lingkungan). Stimulus merupakan input dari penelitian ini, yakni stimulus fokal dan stimulus kontekstual. Stimulus fokal dari penelitian ini adalah perilaku kekerasan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan, Stimulus kontekstual adalah karakteristik dari klien perilaku kekerasan.

Respon terhadap stimulus dari lingkungan dikontrol oleh *regulator* tubuh dan *cognator*. Pada penelitian ini peneliti melakukan intervensi hanya pada

mekanisme koping *cognator* (persepsi dan penilaian), karena klien perilaku kekerasan menilai situasi yang diterimanya sebagai ancaman. Penilaian ini menyebabkan timbulnya ketakutan atau kepanikan dan pada akhirnya berespon dengan kemarahan dan penyerangan balik kepada orang lain.(Struat dan Laraia, 2005).

Tindakan yang diberikan pada *cognator* adalah terapi perilaku kognitif. Terapi perilaku kognitif adalah suatu kombinasi dua jenis terapi yakni pertama terapi kognitif yang membantu pada proses pikir seperti pikiran, sikap dan keyakinan yang tidak diinginkan (disebut proses kognitif) dan kedua adalah terapi perilaku yang berfokus pada perilaku dalam berespon terhadap pikiran (BUPA's , 2007). Melalui TPK diharapkan hasil kognitif dan perilaku klien terhadap stimulus akan lebih positif dan adaptif.

Berikut ini akan diuraikan interpretasi hasil penelitian dari kedua aspek tersebut sesuai dengan tujuan penelitian ini.

1. Kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi dan kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum TPK

Kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi dan kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum TPK menunjukkan bahwa berdasarkan hasil analisis uji homogenitas dengan menggunakan *Chi square* diperoleh bahwa kemampuan kognitif dan perilaku antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi perilaku kognitif adalah sama. ($p\ value > 0,05$). Ini berarti kelompok kontrol dan intervensi adalah homogen atau mempunyai kemampuan kognitif dan perilaku yang sama

Hasil diatas sesuai dengan pendapat Polit dan Hugler (2001) yang menyatakan bahwa hasil penelitian kuasi eksperimen dikatakan valid jika karakteristik responden tidak ada perbedaan bermakna (homogen). Untuk itu sebelum dilakukan penelitian, syarat yang harus dipenuhi adalah bahwa kedua kelompok harus mempunyai sifat yang sama, sehingga perbedaan hasil penelitian setelah diberikan intervensi dapat disebut sebagai pengaruh dari intervensi yang diberikan (Notoatmojo, 2003).

Responden dalam penelitian ini dibagi kedalam dua kelompok, yakni kelompok yang dilakukan terapi perilaku kognitif (kelompok intervensi) dan kelompok yang tidak diberikan terapi perilaku kognitif (kelompok kontrol) yang saling tidak ketergantungan (*independent*). Namun, responden kelompok kontrol dan intervensi mempunyai karakteristik yang sama yakni, terbanyak berusia 26-55 tahun, berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan SLTA, berstatus ekonomi rendah dan tidak bekerja. Berdasarkan riwayat perilaku kekerasan, kebanyakan responden mempunyai pengalaman sebagai korban, melakukan perilaku kekerasan lebih dari 3 kali dengan cara verbal, penyerangan fisik dan merusak barang-barang. Responden penelitian ini juga terbanyak mempunyai riwayat putus obat, menggunakan Napza atau alkohol dan diagnosa medik Skizoprenia Paranoid.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat *American Psychiatric Assosiation's*, (2000) dan laporan. Swartz dkk., (1998) yang menyatakan bahwa karakteristik klien perilaku kekerasan diantaranya ditentukan oleh data

demografi, meliputi jenis kelamin, usia muda, riwayat perilaku kekerasan dimasa lalu dan kombinasi antara masalah penyalahgunaan obat-obatan, ketidakpatuhan pengobatan dan didiagnosa dengan Skizoprenia.

2. Kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK.

Kemampuan kognitif dan perilaku kelompok intervensi klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK menunjukkan *adanya peningkatan yang bermakna* ($p \text{ value} < 0,05$). Ini berarti terapi perilaku kognitif berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan.

Hasil diatas memperkuat asumsi bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional. Pemikiran irasional yang menyebabkan gangguan emosi dan tingkah laku dapat diubah melalui proses modifikasi fungsi berfikir, perasaan, tindakan dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat, dan memutuskan kembali melalui TPK (Oemarjoedi, 2003).

Tujuan dari terapi perilaku kognitif adalah untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu (Stuart & Laraia, 2005). Penilaian yang salah ini merupakan hasil dari pengalaman masa lalu sejak klien masih kecil dan menjadi cara pandang klien pada saat ini terhadap situasi, orang dan lingkungannya. Untuk itu melalui TPK, cara menilai atau berpikir (kognitif) klien direstrukturisasi kembali

kearah berpikir positif. Apabila klien telah berpikir positif maka akan mudah dalam melakukan modifikasi perilaku yang adaptif.

Temuan pada penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Grasmø (2009), tentang efektifitas terapi perilaku kognitif daripada terapi aktifitas sosial sebagai tindakan tambahan dari tindakan standar untuk mengurangi perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia di United Kingdom (UK). Penelitian ini dilakukan pada 77 pasien rawat inap dan jalan dari 5 pelayanan kesehatan jiwa Nasional dari tahun 2000-2004 secara random yang diberikan terapi perilaku kognitif dan terapi aktifitas sosial. Pada penelitian tersebut ditemukan bahwa terapi perilaku kognitif lebih efektif dalam mengurangi terjadinya agresi verbal dan fisik dibandingkan terapi aktifitas sosial adalah sebesar 33 : 149 untuk agresi verbal dan 39:102 untuk agresi fisik.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa terapi perilaku kognitif dapat diberikan dalam waktu 12 hari dengan hasil yang bermakna. Ini terjadi dapat dipengaruhi oleh :

1. Peneliti adalah perawat klinik dengan area yang sama, sehingga hubungan saling percaya antara peneliti dan responden mudah terjalin. Menurut Kingdon dan Turkington, 2005), keberhasilan pelaksanaan TPK ditentukan oleh kemampuan terapis dalam mengembangkan aliansi terapeutik antara terapis dan klien. Walaupun kemungkinan untuk terjadi bias dari hasil penelitian ini dapat terjadi, namun peneliti sejak awal telah mengantisipasi terjadinya bias dengan memperjelas peran terapis pada saat itu sebagai peneliti dan bukan sebagai perawat.

2. Dalam penelitian ini hanya memodifikasi satu pikiran dan perilaku negatif yang dianggap klien sangat penting untuk segera diatasi. Sedangkan untuk pikiran dan perilaku negatif lainnya merupakan pekerjaan rumah bagi klien yang diisi pada buku kerja klien setiap harinya, dengan tujuan agar klien dapat terus belajar bagaimana berpikir dan berperilaku positif dalam bentuk catatan harian yang setiap pertemuan akan dievaluasi. Apabila ditemukan klien belum mampu dalam melaksanakan TPK maka akan diulang kembali.
3. Agar klien lebih mudah mengerti proses terapi, maka dalam pelaksanaan TPK peneliti juga memberikan stimulus kepada klien berupa contoh-contoh berpikir dan berperilaku positif berdasarkan pengalaman klien yang menurut klien efektif dan dapat mengatasi masalahnya dengan baik. Strategi ini sesuai dengan pendapat dari Kingdon & Turkington (2005), yang menyatakan bahwa agar klien dapat melihat hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku maka pada klien diberikan pertanyaan yang perlahan-lahan tentang masalah, sehingga klien dapat melihat cara-cara yang efektif selama ini bagi klien berdasarkan pengalaman sebelumnya (*guided discovery*).

3. Kemampuan kognitif dan perilaku kelompok kontrol klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah TPK.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan kognitif kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku kognitif tidak ada perbedaan atau peningkatan ($p\text{ value} > 0,05$), demikian pula dengan kemampuan perilaku pada kelompok kontrol yang hanya bernilai 0,92. Ini berarti juga tidak ada

peningkatan yang bermakna antara sebelum dengan setelah diberikan terapi perilaku kognitif pada kelompok kontrol.

Tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kemampuan kognitif dan perilaku pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan pada kelompok kontrol disebabkan :

1. Kemampuan kognitif dan perilaku pada kelompok kontrol sebelumnya telah positif, walaupun positif mendekati kearah negatif (beresiko ke nilai negatif). Ini berarti terapi generalis yang diberikan cukup efektif bagi klien perilaku kekerasan, namun beresiko untuk kembali berperilaku kekerasan cukup besar dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan terapi perilaku kognitif.
2. Kondisi ruangan yang mempunyai aturan setiap pukul 12.00 WIB klien harus berada dikamar untuk istirahat dan ruangan yang tertutup dibatasi teralis menjadi faktor penyebab kemarahan dari klien dan klien tidak dapat belajar bagaimana mengambil keputusan dalam mengatasi masalahnya.
3. Pada intervensi generalis klien dilatih untuk dapat mengenal penyebab, akibat, tanda dan gejala marah, cara marah dan akibat dari kemarahan, melatih cara mengontrol marah secara fisik, spritual dan sosial dan tidak mengidentifikasi lebih dalam sampai pada keyakinan yang mempengaruhi penilaian negatif klien terhadap situasi, diri sendiri atau orang lain dan menyadarkan klien bahwa apa yang dilakukannya diakibatkan oleh karena penilaiannya yang negatif/salah terhadap situasi, diri sendiri, orang lain dan lingkungannya, serta adanya hubungan antara pikiran, perasaan dengan perilaku.

4. Kemampuan kognitif dan perilaku antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah dilakukan terapi perilaku kognitif terhadap kelompok intervensi.

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna kemampuan kognitif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan setelah mendapatkan terapi perilaku kognitif dibandingkan dengan klien yang tidak mendapatkan terapi perilaku kognitif bernilai *p value* 0,002 (*p value* <0,05). Hasil penelitian juga menunjukkan rata-rata peningkatan kemampuan perilaku sesudah intervensi pada klien kelompok yang mendapatkan terapi perilaku kognitif lebih tinggi dari yang tidak mendapatkan terapi perilaku kognitif bernilai *p value* 0,000 (*p value*<0,05).

Pelaksanaan terapi perilaku kognitif selalu berbarengan untuk mengubah kognitif dan perilaku klien, dimana sebelum terapis mengubah perilaku klien diawali dengan keterampilan untuk mengubah kognitif. Untuk mengubah perilaku seseorang perlu diberikan stimulus. Hal ini sesuai dengan pendapat Sunaryo (2004) bahwa perilaku adalah aktivitas yang timbul dari stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku juga dapat dipelajari (Nies & McEwen, 2001) .

Perilaku yang dimaksud dalam penelitian ini seperti dijelaskan oleh Notoadmodjo (2003) merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku adalah respons individu terhadap stimulus baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Matra,1997). Bloom (1956,

dalam Bastable, 2002) menyatakan bahwa perilaku terdiri dari tiga bagian atau domain yaitu pengetahuan (*cognitive*), sikap (*affective*) dan tindakan (*psychomotor*). Dimana ketiga domain tersebut saling mempengaruhi seperti contoh: pada klien skizoprenia, apabila mereka memandang situasi merupakan ancaman, maka dirinya akan berperilaku kekerasan. Hal inilah yang menjadi dasar bagi peneliti untuk merumuskan hipotesis penelitian terkait dengan perilaku klien perilaku kekerasan.

Perilaku yang menunjukkan masalah perilaku kekerasan pada klien skizoprenia yang sering muncul adalah mengancam secara verbal, merusak barang-barang, menyerang secara fisik sampai keinginan membunuh orang lain. Perilaku tersebut dipengaruhi oleh pandangan dan pikiran yang negatif terhadap diri dan lingkungan. Pada kasus skizoprenia dengan perilaku kekerasan, individu merupakan orang yang ambigue, selalu dalam kecemasan, mempunyai penilaian yang negatif terhadap diri dan orang lain, ketidakmampuan untuk menyelesaikan masalah dengan baik, dan perilaku kekerasan merupakan salah satu cara yang digunakan dalam mengatasi masalah. Munculnya pikiran negatif pada klien skizoprenia dikarenakan adanya kesulitan dalam berpikir jernih dan logis, sering kali sulit konsentrasi sehingga perhatian mudah teralih yang berlanjut membuat klien gaduh gelisah.

Oleh sebab itu untuk mengubah perilaku klien terlebih dahulu dilakukan untuk mengubah pikiran (kognitif) klien. Untuk mengubah perilaku klien dapat dilakukan dengan 3 (tiga) strategis (WHO , dalam Notoadmodjo, 2003) yaitu

1) menggunakan kekuatan/kekuasaan/dorongan; 2) pemberian informasi; dan 3) diskusi partisipan. Sementara itu Sunaryo (2004) juga menyatakan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu ; 1) kebutuhan; 2) motivasi, 3) sikap ; dan 4) kepercayaan. Dalam pelaksanaan terapi perilaku kognitif ketiga strategis tersebut dilakukan, dimana setelah memberikan informasi tentang terapi perilaku kognitif maka dilanjutkan dengan melakukan diskusi tentang pelaksanaan terapi perilaku kognitif dan akhirnya terapis memberikan dorongan/motivasi untuk melakukan dan mempertahankan perilaku baru.

Terapi perilaku kognitif yang dilakukan berorientasi pada kegiatan dalam mengubah kognitif yang negatif dan perilaku yang maladaptif menjadi kognitif yang positif dan perilaku yang adaptif (Sullivan, et.al, 2003) menjelaskan bahwa terapi perilaku kognitif merupakan pengobatan dengan pendekatan terhadap konsep dasar jalan pikiran dan bagaimana meresponnya. Seseorang dapat menginterpretasikan peristiwa hidup bersama secara sangat berbeda, terutama dari variasi emosi dan konsekwensi perilaku. Disamping itu terapi perilaku kognitif dapat membantu individu untuk mengidentifikasi dan mengubah pikiran negatif dan tidak rasional dengan mengganti pikiran tersebut dengan alternatif interpretasi yang realistik dan sesuai dengan fakta serta belajar untuk lebih mengontrol bagaimana reaksi individu dan respon untuk memberi secara tidak langsung.

Mengingat salah satu kegiatan terapi perilaku kognitif yaitu mengubah perilaku klien. Hasil penelitian ini sangat erat hubungannya dengan penelitian

sebelumnya terhadap penerapan terapi perilaku kognitif terhadap klien untuk meningkatkan perilaku hidup sehat, yang menyatakan bahwa : terapi perilaku kognitif efektif untuk mengubah perilaku sehat (Michie, 2005). Penelitian lain Terapi perilaku kognitif merupakan salah satu pendekatan psikoterapi yang paling banyak diterapkan dan telah terbukti efektifitasnya dalam mengatasi berbagai gangguan, termasuk kecemasan dan depresi. Selain itu juga dapat mengobati beberapa kondisi kesehatan mental seperti: psikosis, marah, distress HIV, masalah keluarga, kelainan fungsi seksual dan kerusakan personaliti (Queensland health, 2007).

Hal ini menunjukkan pengaruh terapi perilaku kognitif yang dilakukan dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan dalam aspek kemampuan kognitif dan perilaku pada klien skizoprenia. Pendapat ini didukung Turkington (2002) yang mengatakan bahwa pada klien skizoprenia, terapi perilaku kognitif juga menunjukkan hasil yang cukup memuaskan. Dimana teknik yang digunakan berorientasi pada masalah dan tugas dalam mengubah kognitif yang salah atau bias (menggunkan kognitif dan pandangan) dengan menilai situasi dan memodifikasi asumsi.

Dengan demikian jelas bahwa melalui penelitian ini terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan. Dimana hasil penelitian sangat mendukung konsep pelaksanaan terapi perilaku kognitif, mengingat terapi perilaku kognitif sebagai terapi yang bertujuan membantu mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan

penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil penelitian sekaligus membuktikan bahwa terapi perilaku kognitif efektif dalam meningkatkan kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan yang mengikuti terapi perilaku kognitif dibandingkan klien perilaku kekerasan yang tidak mengikuti terapi perilaku kognitif. Hal ini disebabkan karena terapi perilaku kognitif merupakan salah satu psikoterapi yang dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan dalam mengatasi masalah.

Perbedaan peningkatan kemampuan kognitif antara yang mendapatkan terapi perilaku kognitif dan yang tidak mendapatkan terapi perilaku kognitif dalam penelitian sangat bermakna dalam meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan. Hal ini disebabkan karena terapi perilaku kognitif tindakannya lebih kepada inti permasalahan dari klien yakni keyakinannya terhadap situasi, lingkungan, orang lain dan lingkungan yang diinterpretasikan secara salah melalui proses kognitif dan pada akhirnya dimanifestasikan dalam bentuk perilaku (output).

Berdasarkan *evidence based*, terapi perilaku kognitif lebih efektif dilakukan pada klien dengan masalah psikososial dibandingkan dengan klien skizoprenia. Dimana pada klien dengan masalah psikososial, belum terjadi kerusakan kemampuan kognitif yang terlalu parah sehingga lebih mudah untuk merubah kognitif dan perilakunya kearah yang lebih positif. Sedangkan untuk

klien skizoprenia, pelaksanaan terapi perilaku kognitif dilakukan secara bertahap dan butuh waktu yang cukup panjang, disamping itu klien juga diberikan stimulus untuk mendapatkan hasil yang lebih optimal.

Namun berdasarkan penelitian terbukti bahwa pada klien skizoprenia ternyata kognitif dan perilaku klien juga dapat diubah menjadi positif apabila klien diberikan terapi perilaku kognitif, walaupun dalam proses klien tetap mendapatkan terapi antipsikotik klien tetap dapat berpikir secara rasional dan dapat dilatih dalam memecahkan masalah.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Sasmita (2007), bahwa pada klien skizoprenia dengan kondisi akut sulit dilakukan terapi perilaku kognitif, oleh karenanya peneliti menentukan kriteria inklusi pada klien Skizoprenia yang tidak dalam kondisi akut. Hasil evaluasi pelaksanaan terapi perilaku kognitif yang dilakukan selama 12 hari, menunjukkan peningkatan kemampuan kognitif yang sangat bermakna.

Hasil penelitian yang diperoleh dari analisa data membuktikan bahwa hipotesis dapat diterima yakni ada peningkatan kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan yang sangat bermakna (signifikan) antara kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi dimana p value kecil dari alpha. Disamping itu hasil penelitian membuktikan hipotesis yang menyatakan ada peningkatan kemampuan kognitif yang sangat bermakna antara kelompok intervensi setelah 12 hari mengikuti terapi perilaku kognitif dibandingkan

dengan kelompok kontrol (p value kecil dari 0,005). Secara substansi adanya perbedaan yang bermakna peningkatan kemampuan kognitif klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Hasil penelitian membuktikan bahwa terapi perilaku kognitif efektif dalam meningkatkan kemampuan klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan dalam mengontrol perilaku dibandingkan klien perilaku kekerasan yang tidak mengikuti terapi perilaku kognitif.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa untuk mengubah perilaku klien perilaku kekerasan tidak hanya perilakunya yang akan dirubah namun juga kognitif dan sikapnya. Hal ini disebabkan karena perilaku adaptif seseorang dipengaruhi oleh kognitif dan sikap yang positif.

B. Keterbatasan Penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman yang meliputi : keterbatasan proses pelaksanaan dan instrumen penelitian.

1. Proses pelaksanaan penelitian

Tenaga untuk pelaksanaan terapi perilaku kognitif hanya peneliti sendiri, sehingga peneliti agak kesulitan dalam membagi waktu untuk interaksi, sedangkan waktu klien yang efektif dalam melaksanakan terapi perilaku kognitif lebih kurang 3 jam (jam 09.00-11.00). Kebiasaan klien setelah makan

siang minum obat kemudian langsung tidur. Kejenuhan klien juga ditemukan saat interaksi, hal ini disebabkan karena klien dikelola oleh banyak mahasiswa secara bergantian karena RSMM Bogor merupakan rumah sakit pendidikan.

Keterbatasan lainnya pada saat intervensi adalah untuk beberapa klien perlu diberikan stimulus untuk melalui sesi-sesi dalam pelaksanaan terapi perilaku kognitif. Ada beberapa klien baik dari kelompok intervensi dan juga kelompok kontrol pulang sebelum selesai waktu penelitian. Berdasarkan hasil evaluasi klien yang pulang tersebut mampu melaksanakan intervensi dengan baik, dan pada umumnya mereka pulang setelah pelaksanaan sesi 3 (mengubah perilaku klien menjadi lebih adaptif), sehingga klien tersebut dikeluarkan dari kelompok responden. Sebagai antisipasi peneliti sudah menambah jumlah responden di saat awal penelitian, sehingga sampai akhir penelitian tinggal 13 orang kelompok intervensi dan 13 kelompok kontrol.

2. Instrumen penelitian

Pada penelitian ini menggunakan instrumen respon kognitif dan perilaku yang menilai kemampuan klien terhadap stimulus yang diberikan melalui pernyataan pada kuesioner dan tidak sampai melakukan observasi perilaku pengaruh perilaku kognitif terhadap kemampuan perilaku berdasarkan hasil observasi.

C. Implikasi Terhadap Pelayanan Dan Penelitian

Terkait dengan penelitian ini, dimana intervensi yang telah dilakukan adalah terapi perilaku kognitif dalam upaya mengubah kognitif yang negatif dan perilaku yang maladaptif menunjukkan hasil yang sangat bermakna terhadap peningkatan

kemampuan kognitif dan perilaku klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan .

Berikut diuraikan mengenai implikasi hasil penelitian terhadap :

1. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini mengharapkan kepada direktur rumah sakit agar mendukung program pendidikan berkelanjutan perawat sampai strata S2, sehingga program terapi perilaku kognitif untuk mencegah dan mengatasi terjadinya masalah perilaku kekerasan dapat diterapkan oleh tenaga spesialis keperawatan jiwa.

2. Dalam asuhan keperawatan klien dengan masalah perilaku kekerasan, selain terapi generalis klien juga diberikan terapi perilaku kognitif agar hasil lebih optimal dan kekambuhan dapat dicegah.

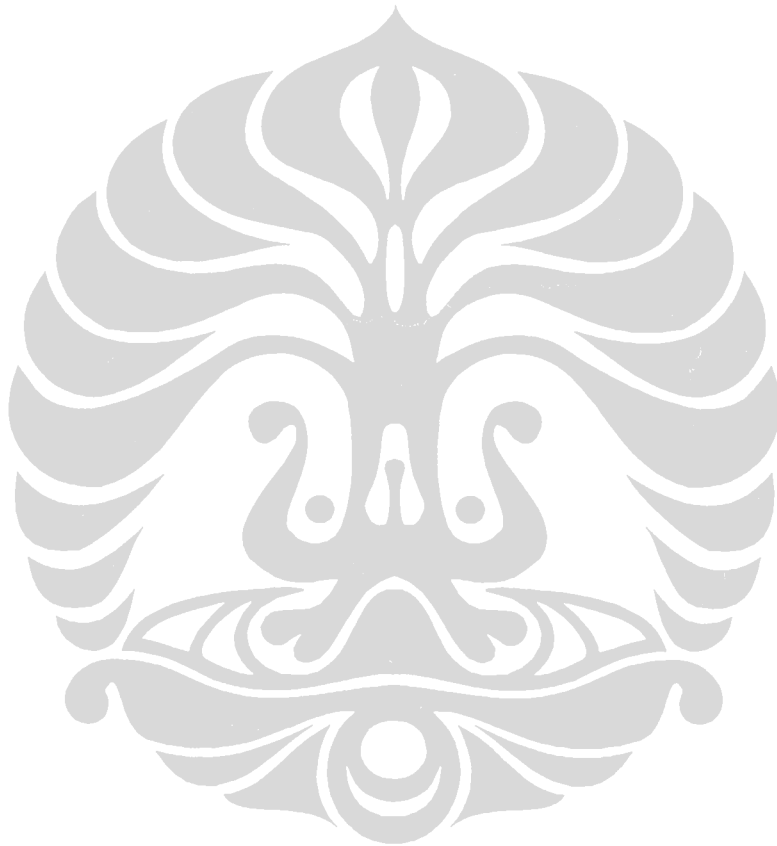
3. Pendidikan

Penelitian ini memberi implikasi bagi institusi pendidikan dalam pedoman strategi pelaksanaan terapi perilaku kognitif dalam pemberian asuhan keperawatan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan.

2. Penelitian

Pada penelitian keperawatan, perlu dioptimalkan pelayanan untuk mengubah kemampuan kognitif dan perilaku klien perilaku kekerasan. Oleh sebab itu perlu dikembangkan variabel penelitian lain yang terkait dengan perilaku kekerasan yang belum diteliti pada penelitian ini.

3. Penelitian ini dapat dijadikan rujukan bagi penelitian lanjutan tentang manajemen asuhan keperawatan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan.
4. Bagi peneliti apa yang telah dihasilkan dari penelitian ini dapat diterapkan dalam menghadapi masalah kehidupan.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai pembahasan hasil penelitian ini, maka dapat ditarik simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti penjelasan berikut ini.

A. Simpulan

Dengan dilakukan terapi perilaku kognitif sekian lama pada klien perilaku kekerasan diperoleh hasil:

1. Terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif pada klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan.
2. Terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan perilaku klien schizoprenia dengan perilaku kekerasan.
3. Pada klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan selain diberikan terapi generalis juga perlu diberikan terapi perilaku kognitif agar mendapatkan hasil yang lebih optimal.
4. Keberhasilan terapi perilaku kognitif dipengaruhi juga oleh kemampuan terapis dalam membina hubungan saling percaya dan strategi yang digunakan.

B. Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan.

1. Aplikasi keperawatan

- a. Departemen Kesehatan RI menetapkan suatu kebijakan untuk implementasi terapi keperawatan yaitu terapi perilaku kognitif pada klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan.
- b. Organisasi profesi menetapkan terapi perilaku kognitif sebagai bagian dari standar kompetensi perawat spesialis dalam system jenjang karir profesional.
- c. Pihak rumah sakit menetapkan terapi perilaku kognitif sebagai salah satu program dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya untuk klien Skizoprenia dengan perilaku kekerasan.
- d. Pihak rumah sakit memberikan kesempatan kepada perawat kesehatan jiwa untuk mengembangkan diri melalui pendidikan formal keperawatan sampai jenjang spesialis.
- e. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi perilaku kognitif sebagai salah satu terapi keperawatan dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia.
- f. Perlu dilakukan modifikasi aturan ruangan terkait dengan keleluasaan klien dalam mengambil keputusan tentang dirinya.
- g. Rumah sakit perlu mengevaluasi kemampuan perawat ruangan dalam memberikan asuhan keperawatan klien perilaku kekerasan yang sesuai

dengan standar asuhan keperawatan melalui pelatihan-pelatihan yang terstruktur.

2. Keilmuan

- a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa dalam penerapan terapi perilaku kognitif bagi masalah keperawatan perilaku kekerasan pada klien skizoprenia.
- b. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan cara dalam meningkatkan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan dalam merubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif.

3. Metodologi

- a. Perlunya dilakukan replikasi pada rumah sakit lainnya di RSJ diseluruh Indonesia sehingga diketahui keefektifan penggunaan terapi perilaku kognitif dalam menangani masalah perilaku kekerasan dan kesempurnaan modul.
- b. Dari 4 (empat) aspek yang menunjukkan klien mengalami masalah perilaku kekerasan, peneliti baru meneliti dua aspek yaitu masalah kognitif dan perilaku. Diharapkan untuk penelitian lanjutan hendaknya memperluas area penelitian dengan meneliti aspek lainnya yaitu aspek fisik dan afek.
- c. Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan untuk menjadikan terapi perilaku kognitif sebagai salah satu model pelayanan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

-(2003), Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Jakarta:Reraka Cipta
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. text revision). Washington, DC: Author
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J., (2002), Human Aggression, Annual Review of psychology 53, 27-51
- Ariawan, I., (1998), Besar dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan, Jakarta: FKM-UI (Tidak dipublikasikan).
- Bond, F. W., & Dryden, W., (2002), Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy, England, John Wiley & Sons Ltd.
- Bupa's (2007, November) CBT, [tbl he ,thn healthinfo@bupa.Com](mailto:healthinfo@bupa.Com)
- Bustilo, J.R. (2008), Schizophrenia, March 25, 2009. <http://www.Schizophrenia.com>
- Carlsson, c., Dahlberg, K., & Drew, N (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. Issues in Mental Nursing, 21(5), 533-545
- Citrome LL & Volavka J. (2002) Aggression retrieval Augustus 3, 2007 ,[www.Emedicine.com/med/topic300,htm](http://www.Emedicine.com/med/topic300.htm)
- Daffren, Howells, & Ogloff, in Press; Nicolls, Ogloff, J., & Douglas, K., (2004), Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients; the HCR-20,PCL:SV,and Mc Niel & Binder's Screening measure, Behavioral Sciences and the law;22, 27-158.
- Dahlan, M, S., (2005), Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan, Jakarta: Arkans.
- Fresan, A., De La Fuente-Sandoval C., Loyzaga. C., et al. (2005). Sociodemographic features related to violent behaviour in schizophrenia. Actas ESP Psiquiats 33, 188-193
- Gatra, (2001), <http://www.litbang.depkes.go.id/publikasi> , February 27, 2009, BPPK/Maskes_BPPK/Triwulan2/gangguan%20jiwa.htm
- Grasmo. I., (2009), CBT more effective than SAT for reducing violence in schizophrenia, J Psychiatry, April 20, 2009, www.medwire-news.md/.../CBT-more-effective-than-SAT-for-reducing-violence-in-schizophrenia.html
- Grazebrook. (2005), What is CBT, January 23, 2009, 13, <http://www.babc.com/babcp/whatiscbt-aug2005.pdf>

- Hamid, A. Y. S., (2008), *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Anak*, FIK UI, Jakarta; Bunga Rampai
- Hastono, S. P., (2007), *Analisis Data Kesehatan, Basic Data Analysis for Health Research Training*, FKM-UI
- Jones, (2003), 1, <http://www.careerfocus.bmj.com/cgi/content/full/326/740/5181-a>, January 22, 2009.
- Keliat, B.A., & Akemat (2005), *Keperawatan Jiwa Terapi Aktifitas Kelompok*, Jakarta;EGC
- Krakowski, M., (2007). Treatment options when violent behavior is present in schizophrenia, April 17, 2007. <http://www.Schizophrenia.com>
- Kyung B. K., (2006), Development of the stress-induced cognition scale, *Yonsei Medical Jurnal*, vol 47, 3: 384-392.
- L Timms. P (2007) CBT, *Rpsych Public Education*, the Royal college of pschyastrist, February 26, 2007, www.rpsych.ac.uk.
- Larsen,T. K., Bechololf & Birchwood, M., (2003), the concept of scizofrenia and phase specific treatmen : cognitive behavioral treatmen in pre psychosis and in non responders , *journal of American academy of psyco analysis and dynamic psychiatry* , 4,739 – 761
- Mc Guire ,j (2005) *understanding psychology and crime open u press*
- Michie, 2005, ¶ 2, January 21, 2009 <http://hpq.sagepub.com>
- Mohr, W. K. (2005). *Psychiatric Mental Health Nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins
- NACBT (2009), *cognitive Behaviour Therapy*, January 23, 2009, http://www.nacbt.org.uk/nacbt/cognitive_behavioral_therapy.htm,
- NANDA. (2005) *Nanda Nursing diagnosis definition and Classification, 2002-2004 Philadelphia : Author*
- Notoadmojo, S., (2002), *Metodologi Penelitian Kesehatan (edisi revisi)*, Jakarta, PT Rereka Cipta
- O'connel ,B young ,J, Brooles, Hutching, S. J., & lofhhouse,J . (2000) Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general word settings and high dependering areas.*journal of clinical nursing* 9 (4) ,602 – 610
- Oemarjoedi, A. K., (2003), *Pendekatan cognitive Behaviour Therapy dalam Psikoterapi*, Jakarta;Creative Media
- Pearson, K. L., (2005), *Health and Karmful Adolescent Attachment, conflict and Anger*, Thesis, doctoral Swinburne University of Technology.

- Pollit, D.F., & Hugler, (2006), Essentials of Nursing Reseach: Metods Appraisal and Utilization (6th ed) Pkilladelphia: Lippincott William & Walkins.
- ROH. D.A., Eng W., & Helberg R.G., (2002), cognitive behavior therapy volume I, Elsevier Science (USA).
- Roth, A,E , Eng ,W & Heimberg R G (2002) .Cognitive Behavior Therapy Volume I, ElSe Vier Science (USA)
- Sasmita, H., (2007). Efektifitas Cognitive Behaviour Therapy Pada Klien Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2007, tesis, Universitas Indonesia, FIK UI
- Sastroasmoro, S & Ismael, S., (2002), Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis (2th ed), Jakarta:CV. Sagung Seto
- Spector (2005) Http: //WWW. Libraryindex.com /pases /1389) causes -effects -Child-Abuse- loreat-Family html > Cau, diperoleh tanggal 23 Maret 2009.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T., (2005), Principels and Practice of Psychiatric Nursing (8th ed), Philadelphia:Elseiver Mosby
- Sulastri, (2008). Manajemen kasus keperawatan Jiwa spesialis pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di ruang Utari Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, karya tulis Ilmiah, tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, FIK UI
- Suliswati, et al (2002), Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa, Jakarta : EGC
- Sullivan, et al, (2003), <http://www.health.qld.gov.au/rbwh/inbmhs/factsheets/cbt.pdf> diperoleh tanggal 22 Januari 2009.
- Swanson, J.W., Van Donn, R. A., Swatz M. S., Smith A., Elbogen E. B., Monahan, J., (2007). Alternative pathways to violence in persons with Schizophrenia: The role of childhood antisocial behavior problems Law and Human Behavior. Online ahead of print June 30.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R., (2006), Nursing theorist and their works,(6^{ed}), St Louis: Mosby Elsevier,Inc.
- Torrey, F. E. (2006), Not Anomaly for some patient with schizophrenia, May 11 2006. The treatment advocacy, <http://www.Psychlaws.org>
- Turkington, D., & Kingdon, G (2002), the Case study Guide to Cognitive Behaviour Therapy of Psychosis, England;John Wiley & Sons lto
- Varcarolis, M. (1998), Foundations of Psyciatric Mental Health Nursing, (3th ed), United States of America: W.B Saunders
- WHO. (2009). Violence and injury prevention and Disability (VIP), February 20, 2009. <http://www.WHO.org>
- Wismanto, January 22, 2009, <http://www.unica.ac.id> Fakultas/Psikologi/artikel/bm-I.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DATA PRIBADI

Nama : Fauziah
Tempat / Tanggal Lahir : Banda Aceh, 25 Juni 1972
Fakultas : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
NPM : 0706195491
Agama : Islam
Alamat : Perumahan Cipta Graha Permai S. 21 RT 05/02
Cibinong, Kab. Bogor
No. Telp : 081510664852

PENDIDIKAN

- Program Pascasarjana Kekhususan Ilmu Keperawatan Jiwa UI (S2) 2009
- Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UI (S1) 1998
- Akademi Keperawatan Banda Aceh (D3) 1994
- SMAN 3 Banda Aceh 1991
- SMPN 4 Banda Aceh 1988
- SDN 44 Banda Aceh 1985

Demikianlah daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Depok, 23 Juli 2009

Yang membuat

(Fauziah)