



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN MENGATASI PERILAKU KEKERASAN
PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA
Dr. AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

TESIS

Oleh :

Eni Hidayati

NPM: 0906504700

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN MENGATASI PERILAKU KEKERASAN
PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA
Dr. AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

TESIS

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Keperawatan**

Eni Hidayati

NPM: 0906504700

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
JULI, 2011**

HALAMAM PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Eni Hidayati

NIP : 0906504700

Tanda Tangan :

Tanggal : 15 Juli 2011



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan dengan sebenar – benarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang sesuai dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Nama : Eni Hidayati

NPM : 0906504700

Tanda Tangan :

Tanggal : Juli 2011

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Penelitian dengan Judul :

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN MENGATASI PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN
SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA Dr. AMINO GONDOHUTOMO
SEMARANG**



Depok, Juli 2011

Pembimbing I,

(Mustikasari, S.Kp., MARS)

Pembimbing II,

(Hening Pujasari, S.Kp., M. Biomed., MANP)

HALAMAM PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Eni Hidayati

NPM : 0906504700

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul Tesis : Pengaruh terapi kelompok supportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di rumah sakit jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I: Mustikasari, S.Kp., MARS (.....)

Pembimbing II: Hening Pujasari, S.Kp., M. Biomed., MANP (.....)

Penguji : Ice Yulia Wardani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.J (.....)

Penguji : Fauziah, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.J (.....)

Ditetapkan di: Depok

Tanggal : Juli 2011

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

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

Nama : Eni Hidayati
NPM : 0906504700
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right) atas karya ilmiah saya berjudul “ Pengaruh terapi supportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang” (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 15 Juli 2011
Yang menyatakan

Eni Hidayati

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

TESIS, JULI 2011
ENI HIDAYATI

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN MENGATASI PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN
SKIZOPRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA Dr. AMINO GONDOHUTOMO
KOTA SEMARANG**

x + 107 Halaman + 27 Tabel + 4 Skema + 12 Lampiran

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizoprenia. Desain penelitian *quasi experimental, pre-post test without control group*. Sampel penelitian adalah 42 klien perilaku kekerasan yang sesuai dengan kriteria inklusi, klien yang mengalami tingkat kemarahan sedang berdasarkan hasil screening emosi marah dan klien yang sudah mendapatkan TAK stimulasi persepsi perilaku kekerasan. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang signifikan kemampuan klien mengatasi perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi kelompok suportif. Rekomendasi penelitian ini adalah perlunya dilakukan terapi kelompok suportif yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa dengan spesialis keperawatan jiwa.

Kata kunci : perilaku kekerasan, kemampuan klien, terapi kelompok suportif

Daftar pustaka : 55 (1991 – 2011)

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

**THESIS, JULI 2011
ENI HIDAYATI**

**SUPPORTIVE THERAPY GROUPS TO INFLUENCE THE ABILITY TO
OVERCOME VIOLENCE IN CLIENT SKIZOPRENIA BEHAVIOR IN
MENTAL HOSPITAL Dr. AMINO GONDOHUTOMO CITY SEMARANG**

x + 107 Pages + 15 Tables + 4 Attachment + 12 Scheme

ABSTRACT

The purpose of this study to determine the supportive group therapy on the ability to cope with violent behavior on the client skizoprenia. Desain quasi eksperimental research, pre-post test control group without. Study sample was 42 clients that violent behavior in accordance with inclusion criteria, clients who experienced the level of anger was based on results of screening emotion of anger and clients who have gotten no stimulation of the perception of violent behavior. The results showed no significant difference between the client's ability to cope with violent behavior before and after are given supportive therapy group. Recommendations of this study is the need for supportive group therapy conducted at the Mental hospital with specialist nursing soul.

Key words: violent behavior, the ability of the client, supportive group therapy

Bibliography: 68 (1991-2011)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **”Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang”**. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetty, SKp., M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana S2 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Mustikasari, S.Kp., MARS, selaku Pembimbing I yang telah membimbing peneliti dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat memberikan masukan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
4. Ibu Hening Pujasari, S.Kp., M. Biomed., MANP, selaku Pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan tesis ini.
5. Seluruh staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.
6. Orang tua saya dan keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan do’a, moral, dan material selama saya menempuh program pendidikan ini.
7. Keluargaku (suami dan buah hatiku), yang telah ikhlas selalu medoakanku, sebagai sumber kekuatan dan semangat yang tanpa henti selalu memberikan motivasi dalam menyelesaikan segala sesuatu sehingga semuanya terasa ringan.
8. Rekan-rekan angkatan V (2009) Program Magister Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dukungan terbaik dalam penyusunan tesis ini.

9. Responden (klien perilaku kekerasan) yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang.
10. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2011

Penulis

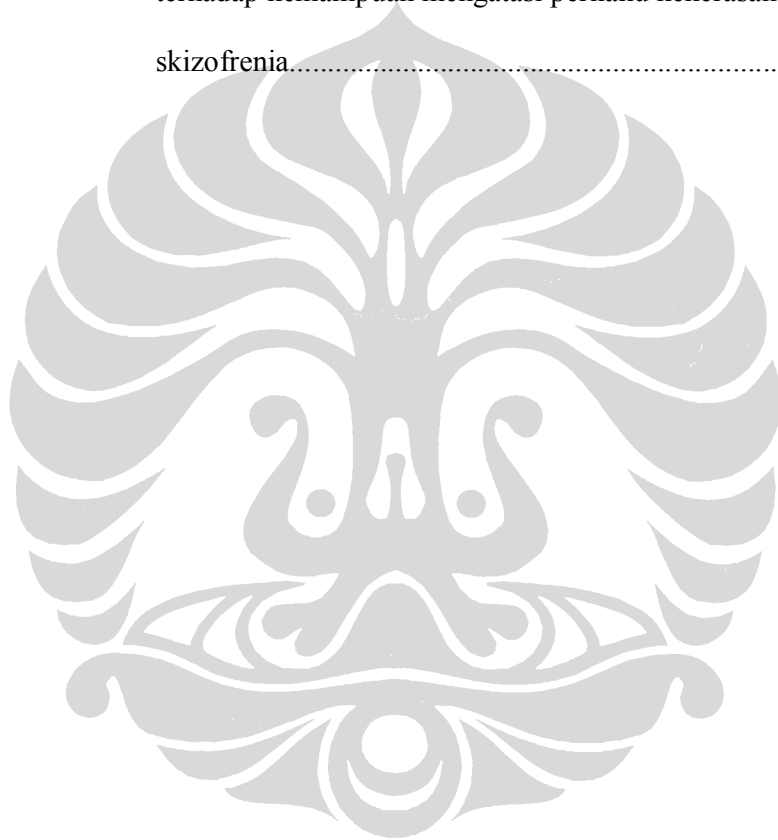


DAFTAR TABEL

Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel <i>Confounding</i>	47
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel <i>Dependent</i>	48
Tabel 3.3	Definisi Operasional Variabel <i>independent</i>	49
Tabel 4.3	Analisis bivariat variabel.....	68
Tabel 5.1	Distribusi rerata berdasarkan usia dan frekuensi.....	72
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan pekerjaan.....	72
Tabel 5.3	Analisis kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi kelompok suportif.....	73
Tabel 5.4	Analisis skor kemampuan kemampuan kognitif sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif.....	74
Tabel 5.6	Analisis skor perbedaan kemampuan perilaku sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif.....	74
Tabel 5.7	Analisis skor perbedaan kemampuan social sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif.....	75
Tabel 5.8	Analisis hubungan usia dan frekuensi dirawat dengan kemampuan kognitif.....	76
Tabel 5.9	Analisis hubungan jenis kelamin dengan kemampuan kognitif	76
Tabel 5.10	Analisis hubungan pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan dengan kemampuan perilaku.....	77
Tabel 5.11	Analisis hubungan usia dan frekuensi dirawat dengan kemampuan perilaku.....	87
Tabel 5.12	Analisis hubungan jenis kelamin dengan kemampuan perilaku.....	78
Tabel 5.13	Analisis hubungan pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan dengan kemampuan perilaku.....	78
Tabel 5.14	Analisis hubungan usia dan frekuensi dirawat dengan kemampuan sosial.....	79
Tabel 5.15	Analisis hubungan jenis kelamin dengan kemampuan sosial	79
Tabel 5.16	Analisis hubungan pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan dengan kemampuan social.....	80

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian	46
Skema 3.2 Kerangka konsep penelitian	45
Skema 4.1 Kerangka kerja pelaksanaan penelitian.....	62
Skema 4.2 Kerangka kerja penelitian pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.....	66



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan
- Lampiran 3. Lembar kuesioner
- Lampiran 4. Modul terapi Kelompok Suportif
- Lampiran 5. Buku Kerja Klien
- Lampiran 6. Buku Kerja Perawat
- Lampiran 7. Jadwal pelaksanaan terapi kelompok suportif
- Lampiran 8. Jadwal pelaksanaan penelitian
- Lampiran 9. Surat uji etik dari Fakultas Ilmu Kperawatan UI
- Lampiran 10. Surat ijin permohonan Data
- Lampiran 11. Surat Ijin penelitian
- Lmpiran 12. Daftar Riwayat Hidup Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN BEBAS PLAGIAT	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	v
LEMBAR PENGESAHAN.....	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Skizofrenia.....	12
2.1.1 Pengertian.....	12
2.1.2 Penyebab Skizofrenia	12
2.1.3 Kemampuan	14
2.1.4 Tipe Skizofrenia	16
2.2 Perilaku Kekerasan.....	21
2.2.1 Pengertian.....	21
2.2.2 Proses Terjadinya Perilaku kekerasan	22
2.2.3 Kemampuan	28
2.2.4 Tindakan keperawatan	30
2.3 Terapi Kelompok Suportif.....	31
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	44
3.1 Kerangka Teori	44
3.2 Kerangka Konsep	44
3.3 Hipotesis.....	46
3.4 Definisi Operasional.....	47
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	50
4.1 Desain Penelitian.....	50
4.2 Populasi dan Sampel	51
4.3 Tempat Penelitian.....	54
4.4 Waktu Penelitian	55
4.5 Etika Penelitian	55
4.6 Alat Pengumpul Data	56
4.7 Uji Coba Instrumen	59

4.8	Prosedur Pengumpulan Data.....	61
4.9	Analisis Data.....	66
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....		71
BAB 6 PEMBAHASAN.....		81
6.1.	Diskusi hasil penelitian.....	81
6.2.	Perbedaan kemampuan.....	81
6.3.	Keterbatasan penelitian.....	93
6.4.	Implikasi penelitian.....	95
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....		97
7.1.	Simpulan.....	97
7.2.	Saran.....	98

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sehat fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan (WHO, 2001). Hal ini berarti seseorang dikatakan sehat apabila seluruh aspek dalam dirinya dalam keadaan tidak terganggu baik tubuh, psikis, maupun sosial. Apabila fisiknya sehat, maka mental (jiwa) dan sosialpun sehat, demikian pula sebaliknya, jika mentalnya terganggu atau sakit, maka fisik dan sosialnyapun akan sakit. Kesehatan harus dilihat secara menyeluruh sehingga kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan yang tidak dapat dipisahkan (Stuart & Laraia, 2005).

Seseorang dikatakan sehat jiwa menurut Stuart dan Laraia (2005) apabila terpenuhi kriteria memiliki perilaku positif, tumbuh kembang dan aktualisasi diri, memiliki integritas diri, memiliki otonomi, memiliki persepsi sesuai realita yang ada serta mampu beradaptasi dengan lingkungannya sehingga mampu melaksanakan peran sosial dengan baik. Menurut Maslow (1970, dalam Shives, 2005) menyatakan bahwa seseorang yang sehat jiwa mampu mengaktualisasikan dirinya yang ditunjukkan dengan memiliki konsep diri positif dan memiliki hubungan yang baik dengan orang lain dan lingkungannya, terbuka dengan orang lain, membuat keputusan berdasarkan realita yang ada, optimis, menghargai dan menikmati hidup, mandiri dalam berfikir dan bertindak sesuai dengan standar perilaku dan nilai-nilai, serta kreatif menggunakan berbagai pendekatan dalam penyelesaian masalah kesehatan jiwa.

Gangguan jiwa menurut *American Psychiatric Association* (1994, dalam Shives, 2005) adalah gangguan atau sindrom dengan manifestasi psikologis atau perilaku berupa kerusakan fungsi sosial, psikologis, genetik, fisik/kimia, atau gangguan secara biologis. Menurut Kaplan dan Sadock (2007), gangguan

jiwa merupakan gejala yang dimanifestasikan melalui perubahan karakteristik utama dari kerusakan fungsi perilaku atau psikologis yang secara umum diukur dari beberapa konsep norma, dihubungkan dengan distres atau penyakit, tidak hanya dari respon yang diharapkan pada kejadian tertentu atau keterbatasan hubungan antara individu dan lingkungan sekitarnya

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Usia ini biasanya terjadi pada dewasa muda antara usia 18-21 tahun (WHO, 2009). Menurut *National institute of mental health* gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan diperkirakan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Kejadian tersebut akan memberikan andil meningkatnya prevalensi gangguan jiwa dari tahun ke tahun di berbagai negara. Berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2004, diperkirakan 26,2 % penduduk yang berusia 18 – 30 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa (NIMH, 2011).

Prevalensi gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibu kota Jakarta (24,3 %), diikuti Nagroe Aceh Darussalam (18,5 %), Sumatera Barat (17,7 %), NTB (10,9 %), Sumatera Selatan (9,2 %) dan Jawa Tengah (6,8%) (Depkes RI, 2008). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2007), menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa secara nasional mencapai 5,6% dari jumlah penduduk, dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat empat sampai lima orang menderita gangguan jiwa. Berdasarkan dari data tersebut bahwa data pertahun di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa selalu meningkat.

Klien gangguan jiwa sebenarnya masih bisa dilatih untuk hidup produktif, namun stigma dari masyarakat membatasi mereka untuk mengembangkan kemampuannya. Menurut Depkes (2009) gangguan jiwa selama berpuluh-puluh tahun dianggap sebagai penyakit yang membahayakan karena tidak

mampu mengendalikan psikologis dan emosi sehingga sering ditunjukkan dengan respon perilaku yang aneh dan amarah. Kejadian ini kebanyakan membuat individu meyakini bahwa mereka perlu diasingkan dari masyarakat dan dirawat di rumah sakit (Videbeck, 2008). Pandangan masyarakat yang keliru akan semakin merugikan klien gangguan jiwa dan keluarga mereka, oleh karena itu perlu pemahaman yang tepat mengenai gangguan jiwa di tengah-tengah masyarakat.

Gangguan jiwa yang dialami oleh individu menyebabkan mereka menjadi tidak produktif, bahkan sangat tergantung kepada orang lain. Mereka akan mengalami hambatan dalam menjalankan peran sosial dan pekerjaan yang sebelumnya biasa dilakukan. Hasil penelitian bank dunia tahun 1995 menyatakan bahwa, hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* di beberapa negara menunjukkan 8.1% dari *Global Burden of Dease* disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan dampak yang disebabkan oleh penyakit fisik seperti TBC (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%) maupun malaria 2,6%. Hari produktif yang hilang akibat gangguan jiwa menjadi 12,3% pada tahun 2000 dan diproyeksikan menjadi 15% pada tahun 2020 (WHO, 2006; Kusumawati & Hartono, 2010). Stuart (2009) menyebutkan bahwa lebih dari 70% pembayaran pajak di Amerika Serikat dialokasikan untuk pengobatan klien gangguan jiwa dan seluruhnya dihabiskan oleh klien yang mengalami skizofrenia. Menurut Departemen Kesehatan (2009) di Indonesia sendiri gangguan jiwa selain berdampak terhadap diri sendiri, keluarga, dan masyarakat sekitar juga berdampak bagi negara, karena banyaknya pengangguran karena meningkatnya klien yang mengalami skizofrenia yang dirawat sehingga menimbulkan penurunan ekonomi.

Skizofrenia adalah gangguan otak yang mempengaruhi seseorang dalam berfikir, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan untuk menerima realita dengan benar (Varcarolis, dkk, 2006). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan ciri gangguan perasaan afektif atau

respon emosional dan hubungan antar pribadi (Anonim, 2009). Skizofrenia terdiri dari tiga kategori gejala, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala *disorganized* (Shives, 2005). Gejala negatif atau sering disebut psikotik adalah tanda-tanda yang berlebihan, yang biasanya pada kebanyakan orang tidak ada namun pada klien skizofrenia justru muncul. yaitu penurunan afek, kurang motivasi, penurunan interaksi sosial dan penurunan perhatian.

Gejala positif sering tampak di awal fase skizofrenia dan biasanya menjadi alasan klien dirawat di rumah sakit. Gejala positif salah satunya adalah perilaku kekerasan, yaitu respon dan perilaku manusia untuk merusak dan berkonotasi sebagai agresi fisik yang dilakukan seseorang terhadap orang lain atau sesuatu. Survey yang dilakukan oleh *The National Institute of Mental Nursing Health's Epidemiologic Catchment Area* (2000, dalam Videbeck, 2008) angka kejadian perilaku kekerasan yang sering muncul pada klien Skizofrenia salah satunya sering bertengkar (40%).

Perilaku kekerasan sesungguhnya merupakan respon maladaptif dari marah. Perasaan marah biasa dialami oleh setiap individu dan merupakan respon yang normal ketika mendapatkan stressor atau ada kebutuhan yang tidak terpenuhi. Kemarahan adalah emosi yang normal pada manusia yakni respon emosional yang kuat dan tidak menyenangkan terhadap suatu kejadian baik nyata maupun yang dibayangkan oleh individu (Thomas, 1998 dalam Videbeck, 2008). Kemarahan memang merupakan suatu respon yang normal, namun apabila diungkapkan secara tidak baik dapat menimbulkan agresif dan permusuhan (Videbeck, 2008). Kemarahan yang tidak mampu diungkapkan secara asertif dapat memanjang hingga respon yang paling maladaftif yaitu menimbulkan perilaku kekerasan. Stuart dan Laraia (2005) mengungkapkan bahwa perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan baik secara verbal atau fisik. Perilaku kekerasan berfluktuasi dari tingkat rendah sampai tinggi yaitu dari memperlihatkan permusuhan pada tingkat rendah sampai melukai pada tingkat yang serius dan membahayakan bagi lingkungan sekitarnya (Stuart,2009).

Menurut Townsend (2009) klien dengan perilaku kekerasan dapat dikenali dari gejala-gejala yang ditunjukkan seperti mondar-mandir, gelisah, mata merah dan melotot, ekspresi muka dan bahasa tubuh tegang, memberikan ancaman melakukan pembunuhan atau ancaman bunuh diri, agitasi meningkat, reaksi yang berlebihan terhadap stimulus yang datang dari lingkungan, cemas hingga panik, kesulitan menginterpretasikan lingkungan, mudah curiga, merusak proses pikir, perasaan marah, dan tidak mampu menanggapi situasi secara proporsional. Gejala agresif dan *hostile* menurut Sinaga (2007) ditandai dengan adanya penyerangan secara fisik / verbal terhadap orang lain dan lingkungan sekitarnya, mencelakakan diri sendiri, merusak barang orang lain. Sebenarnya tidak ada hubungan langsung antara kejadian eksternal dengan perilaku agresif yang dilakukan individu (Shott, 1995), Namun karena situasi atau kejadian diinterpretasikan sebagai ancaman maka klien bereaksi dengan berperilaku agresif atau berperilaku dengan kekerasan. Ini berarti cara berpikir seseorang akan mempengaruhi perilakunya di lingkungan sekitarnya. Oleh karena itu, klien juga dilatih untuk dapat berperilaku positif di lingkungan sekitarnya terhadap stressor yang dihadapi sehingga dapat berperilaku lebih adaptif dalam menghadapi situasi kehidupan dimasa yang akan datang.

Menurut Townsend (2009), insiden perilaku kekerasan tidak lebih dari satu persen dibandingkan populasi masyarakat umumnya. Bahkan saat ini akibat tekanan ekonomi dunia mendorong jumlah penderita yang mengalami perilaku kekerasan menjadi meningkat dari 10.000 orang yang pernah melakukan perilaku kekerasan ditemukan 37,3%. Menurut Suara Pembaharuan (2008) prediksi sekitar 2,2 juta penduduk Indonesia berisiko untuk melakukan perilaku kekerasan. Sekitar 50% dari 220 juta penduduk Indonesia mengalami perilaku kekerasan. Di Jawa Tengah sendiri gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan juga mengalami peningkatan dari 2,8 % meningkat menjadi 3,9% (Balitbangkes, 2007).

Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan diantaranya tindakan keperawatan generalis adalah 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, melatih perilaku adaptif dan menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas (Townsend, 2009). Hasil dari terapi generalis pada klien perilaku kekerasan masih kurang optimal, ini bisa dilihat dari perkembangan klien perilaku kekerasan yang kebanyakan masih menjalani rawat inap yang lebih lama (35%) dan masih banyak yang belum optimal mengatasi perilaku kekerasannya sebanyak (65%) (Balitbangkes, 2007), ehingga diperlukan terapi spesialis, yang salah satunya adalah terapi kelompok suportif.

Terapi kelompok suportif merupakan alternatif pilihan terapi yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan klien menjadi *support system*. *Supportive Group* merupakan terapi yang dioptimalkan untuk membantu anggota saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu yang dihadapi klien agar dapat meningkatkan kopingnya. *Support group* ditujukan untuk mengurangi beban anggota kelompok dan meningkatkan koping individu serta meningkatkan dukungan sosial pada klien (Fadden, 1998, Wituk, dkk., 2000 dalam Chien, dkk., 2006). Salah satu tindakan keperawatan untuk mengurangi tindakan klien perilaku kekerasan adalah dengan terapi suportif.

Hasil penelitian Buckley (2007), menunjukkan bahwa terapi suportif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizofrenia terutama klien dengan perilaku kekerasan. Kemampuan kognitif klien meningkat secara bermakna sebesar 95% dan perilaku sebesar 98% setelah diberikan terapi suportif. Penelitian tersebut berfokus pada kemampuan klien dengan perilaku kekerasan untuk berpikir dan berperilaku yang positif setelah diberikan terapi kelompok suportif. Di Indonesia sendiri belum ada penelitian yang terkait dengan terapi kelompok suportif untuk klien yang mengalami gangguan jiwa.

Terapi kelompok Suportif merupakan terapi yang terdiri dari beberapa orang-orang yang berencana, mengatur dan merespon secara langsung terhadap isu-isu dan tekanan maupun keadaan yang merugikan (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004). Sedangkan menurut Heller, dkk. (1997, dalam Chien, Chan, & Thompson, 2006), hasil penelitian memperlihatkan dukungan kelompok berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis, sedangkan dukungan yang bermanfaat adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi berbagai pengalaman (*sharing experiences*), situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan swabantu (*self help*), saling membantu dan pengembangan pengetahuan setiap individu (Cook, dkk., 1999 dalam Chien, Chan, & Thompson, 2006)

Hasil penelitian Chien, dkk. (2006) mengenai efek *support group* pada keluarga Cina dengan diagnosa skizofrenia menunjukkan bahwa *Supportive Therapy* memberi efek positif pada beban keluarga, fungsi klien, lamanya klien kembali atau dirawat ke rumah sakit dan kemampuan klien dalam mengatasi perilaku kekerasan yang dilakukan. Selain itu, memberi dampak pada perilaku keluarga selama 12 bulan lamanya setelah pemberian terapi kelompok suportif. Berdasarkan pemaparan tersebut maka pemberian terapi suportif memberi keuntungan dalam mengurangi beban keluarga dan meningkatkan kemampuan klien dalam mengendalikan perilakunya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Hasmilasari (2010), tentang pengaruh terapi suportif pada klien terhadap kemampuan klien, pemberian terapi suportif pada klien psikososial ibu hamil berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan kognitif pada klien yang mengalami keadaan emosi yang tidak stabil, klien mendapat dampak yang positif dari terapi suportif. Penelitian yang dilakukan Hernawati (2009), tentang pengaruh terapi suportif keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa, mendapatkan efek positif terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa, dengan beban keluarga yang lebih sama pada klien yang mengalami gangguan jiwa, berdasarkan penjelasan tersebut di atas kemungkinan terapi

suportif akan memberikan dampak yang positif pada kemampuan klien dalam melatih kemandirian klien terutama klien yang mengalami perilaku kekerasan.

Berdasarkan data survei yang diperoleh dari Rumah Sakit Dr Amino Gondohutomo kota Semarang. Menurut data rekap medik RSJ kota Semarang (2010), memiliki kasus yang cukup bervariasi. Pada saat ini Rumah Sakit Jiwa Dr.Amino Gondohutomo Semarang memiliki 14 ruang rawat inap psikiatri, yaitu ruang rawat memiliki poli klinik baik umum maupun poli klinik psikiatri serta ruang NAPZA dan UGD. Data klien rawat inap adalah sebagai berikut: pada tahun 2006 total klien rawat inap adalah 4.274 klien dengan jumlah klien lama rawat mencapai 3.194 klien (74%), pada tahun 2007 total klien rawat inap mencapai 4.544 klien dengan jumlah klien lama sebesar 66%, pada tahun 2008 total klien rawat inap mencapai 3.768 klien dengan jumlah klien lama mencapai 59% dan pada tahun 2009 total klien rawat inap mencapai 2.156 klien atau 53%.

Bulan Oktober 2010 klien yang dirawat di ruang psikiatri 90% terdiagnosa skizofrenia. Berdasarkan alasan masuk rumah sakit jumlah klien dengan perilaku kekerasan sebanyak 55%, setelah dirawat rata-rata 7-8 hari, sebagian besar yaitu sebesar 35% menunjukkan penurunan perilaku kekerasan namun belum mampu untuk mengontrol perilaku kekerasan dan berperilaku secara adaptif dengan lingkungan sekitarnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ruangan tentang upaya-upaya yang sudah dilakukan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang di ruang psikiatri prosedur tetap penanganan klien dengan perilaku kekerasan pada fase krisis (4-5 hari) yaitu ECT (*electro convulsive therapy*), psikofarmaka, pengekangan dan terapi generalis. Setelah fase kritis terlewati dilakukan terapi aktifitas kelompok (TAK). Hasil terapi aktifitas kelompok masih banyak klien yang belum bisa mengatasi perilaku kekerasan yang di alami klien selama dirawat di Rumah Sakit. Di Rumah Sakit Jiwa Daerah DR. Amino gondohutomo belum ada terapi spesialis untuk klien perilaku kekerasan, untuk menindaklanjuti maka diperlukan terapi kelompok suportif untuk klien perilaku kekerasan yang di rawat di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Hasil wawancara yang dilakukan sebelum penelitian dimulai pada bulan Februari 2011 kepada 6 keluarga klien yang memiliki anggota keluarga dengan masalah gangguan jiwa terutama perilaku kekerasan bahwa apabila klien berada di rumah dibiarkan melakukan kegiatan yang disenangi, klien masih sering marah-marah tanpa sebab dirumah, sesekali kadang membanting barang yang ada didekatnya pada saat klien tersinggung, kalau bicarapun sering membentak-bentak dan bernada suara keras, muka kelihatan merah dan otot menegang, jarang melakukan interaksi yang efektif dengan lingkungan, keluarga merasa khawatir kalau memaksakan klien untuk melakukan suatu kegiatan, klien akan kambuh kembali. Berdasarkan data dari di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo kota Semarang belum ada penelitian tentang pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia.

1.2 Rumusan Masalah

Perilaku skizofrenia sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterprestasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku secara rasional. Gejala positif atau sering disebut psikotik adalah tanda-tanda yang berlebihan, yang biasanya pada kebanyakan orang tidak ada namun pada klien skizofrenia justru muncul. yaitu penurunan afek, kurang motivasi, penurunan interaksi sosial dan penurunan perhatian. Jumlah klien perilaku kekerasan yang dirawat di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang perilaku kekerasan berjumlah 55% (Diklat RSJ Semarang, 2010), namun karena situasi atau kejadian diinterpretasikan sebagai ancaman maka klien bereaksi dengan berperilaku agresif atau kekerasan. Ini berarti cara berpikir seseorang akan mempengaruhi perilakunya di lingkungan sekitarnya. Oleh karena itu klien juga dilatih untuk dapat berperilaku positif di lingkungan sekitarnya terhadap stressor yang dihadapinya sehingga dapat berperilaku lebih adaptif dalam menghadapi situasi-situasi kehidupan dimasa yang akan datang. Belum ada terapi spesialis yang diterapkan termasuk *terapi kelompok suportif* pada klien untuk mengatasi kemampuan mengatasi perilaku kekerasan. Berdasarkan latar

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

- 1.2.1 Perilaku kekerasan merupakan masalah klien terbesar yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang
- 1.2.2 Belum diteliti terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Untuk itu peneliti ingin meneliti tentang ” **Apakah ada pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang ?**”.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

1.2.2. Tujuan Khusus

1.2.2.1. Diidentifikasinya karakteristik (usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan frekuensi dirawat) responden klien perilaku kekerasan.

1.2.2.2. Diketuainya kemampuan klien dalam mengatasi perilaku kekerasan sebelum diberikan terapi kelompok suportif.

1.2.2.3. Diketuainya kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah pemberian terapi kelompok suportif.

1.2.2.4. Diketuainya perbedaan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif.

1.2.2.5. Diketuainya hubungan karakteristik klien (usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan frekuensi dirawat) terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah pemberian terapi suportif

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat Aplikatif

- 1.3.1.1. Dapat menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah perilaku kekerasan bagi semua perawat di rumah sakit jiwa
- 1.3.1.2. Dapat dipakai sebagai pedoman perawatan untuk klien dengan perilaku kekerasan
- 1.3.1.3. Dapat memberikan masukan bagi pelayanan keperawatan jiwa tentang perlunya terapi suportif dalam meningkatkan kemampuan klien perilaku kekerasan

1.3.2 Manfaat Keilmuan

- 1.3.2.1. Pengembangan teknik terapi suportif dapat diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia
- 1.3.2.2. Dapat digunakan sebagai salah satu acuan pengembangan aplikasi dari teori keperawatan khususnya keperawatan jiwa
- 1.3.2.3. Dapat memperkuat pentingnya terapi suportif sebagai terapi kelompok yang esensial dalam keperawatan jiwa

1.3.3 Manfaat metodologi

- 1.3.3.1. Dapat memberikan gambaran bagi peneliti berikutnya khususnya dari pelayanan keperawatan jiwa yang berkaitan dengan terapi kelompok suportif.
- 1.3.3.2. Dapat direkomendasikan untuk penelitian terkait lebih lanjut guna meningkatkan mutu asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa pada kelompok klien gangguan jiwa.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini memaparkan tinjauan teoritis tentang skizofrenia, perilaku kekerasan, terapi kelompok suportif.

2.1 Pengertian Skizofrenia

Menurut Varcarolis, Carson & Shoemaker (2006), skizofrenia merupakan gangguan otak yang mempengaruhi seseorang dalam berfikir, berbahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan untuk menerima realita dengan benar. Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial, tetapi skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda (Videbeck, 2008). WHO (2001) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang biasanya mulai diderita pada usia remaja akhir atau dewasa awal, dikarakteristikkan dengan terjadinya distorsi persepsi, pikiran, dan emosi yang tidak sesuai. Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa akibat kerusakan otak yang disebabkan ketidakseimbangan dopamin sehingga berakibat gangguan fungsi kognitif, afektif, bahasa, menialai realitas dan hubungan interpersonal.

2.1.1 Penyebab Skizofrenia

Penyebab skizofrenia bervariasi dan belum diketahui secara pasti. Faktor yang menjadi penyebab terjadinya skizofrenia menurut Stuart & Laraia (2005) yaitu :

a. Biologi

Termasuk dalam faktor biologi yaitu genetik, neurobiologi, neurotransmitter, perkembangan otak dan teori virus. Faktor genetik yaitu adanya defek pada gen tertentu dapat menyebabkan Skizofrenia seperti mutasi DNA atau kromosom. Mutasi DNA terjadi ketika pengulangan gen lebih dari satu kali seperti yang terjadi pada kembar

monozygot atau indentik (Stuart & Laraia, 2005). Studi terhadap keluarga menyebutkan faktor resiko genetik terhadap skizofrenia yaitu pada orang tua 5,6%, saudara kandung 10,1%, anak-anak 12,8%, dan penduduk secara keseluruhan 0,9%. Sedangkan menurut Yosep (2008) menyebutkan terhadap orang kembar identik 59,20%; sedangkan kembar fraternal 15,2%.

Faktor neurobiologi dan neurotransmitter yaitu lesi pada lobus frontal, temporal dan area limbik sehingga menyebabkan gangguan fungsi otak dan disregulasi neurotransmitter seperti dopamin, serotonin, dan glutamat (Stuart & Laraia, 2005; Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Perkembangan otak dan teori virus merupakan gangguan perkembangan otak fetus karena infeksi atau virus saat kehamilan menyebabkan gangguan kematangan otak masa kanak-kanak dan dewasa, berdampak pada mielinisasi, migrasi dan interkoneksi antar saraf. Kondisi ini berkontribusi terhadap kerusakan otak yang sering ditemui pada Skizofrenia (Stuart & Laraia, 2005; Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

b. Psikologi

Menurut Stuart & Laraia (2005) kegagalan memenuhi tugas perkembangan psikologi dan ketidakharmonisan keluarga meningkatkan risiko. Skizofrenia merupakan kondisi psikologis yang berpengaruh yaitu orang tua dengan kecemasan, overprotektif atau terlalu dingin, konflik pernikahan dan keluarga. Ketidakmatangan atau fiksasi, merupakan kegagalan pada suatu fase sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada perkembangan individu. Sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada tahap berikutnya. Untuk perkembangan psikologik dan pengalaman belajar sangat perlu bagi perkembangan intelektual, emosional dan sosial yang normal. Menurut Yosep (2008), hubungan orang tua dengan anak yang salah atau interaksi yang kurang harmonis dalam keluarga sering menyebabkan

terjadinya gangguan jiwa seperti gangguan kepribadian dan gangguan penyesuaian diri dalam pergaulannya.

2.1.2 Gejala Skizofrenia

Gejala yang ditemukan pada klien skizofrenia menurut Varcarolis, Carson dan Shoemaker (2006) dikategorikan menjadi dua yaitu gejala negatif dan gejala positif.

a. Gejala negatif

Menurut Stuart & Laraia (2005), gejala negati yaitu berkurangnya atau hilangnya fungsi norma seseorang, sering kurang responsif terhadap antipsikotik tradisional dan lebih responsif terhadap antibiotik atipikal. Sedangkan menurut Varcarolis, dkk (2006) gejala negatif Skizofrenia yaitu penurunan afek, alogia, kurang motivasi, anhedonia, penurunan interaksi sosial dan penurunan perhatian.

b. Gejala positif

Gejala positif yaitu bertambahnya atau distorsi dari fungsi normal tubuh, gejalan ini sering responsive terhadap obat antipsikosis tipikal atau tradisional (Stuart & Laraia, 2005). Gejala ini mudah ditandai oleh orang lain. Gejala positif Skizofrenia yaitu halusinasi, delusi, perilaku bizarre (agresif, agitasi, repetisi, perilaku stereotip) dan disorganisasi bicara (Stuart & Laraia, 2005). Survey yang dilakukan oleh "The National Institute of Nursing Health's Epidemiologic Catchment Area" terhadap 10.000 orang yang pernah melakukan perilaku kekerasan sebanyak 11,7 % terdiagnosa skizofrenia (Kaplan & Saddock, 1995). Riset tentang stigma pada klien skizofrenia yang dilakukan oleh Patrick (2003) terhadap 1999 rbahwa 48,1% responden dari orang Amerika melakukan perilaku kekerasan terhadap orang lain.

Menurut *American Psychiatric Associations* (2000), menyebutkan beberapa penelitian melaporkan bahwa kelompok individu yang didiagnosis Skizofrenia mempunyai insiden lebih tinggi untuk melakukan perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan meningkat risikonya

pada klien Skizofrenia dengan gejala positif (Swanson, Swartz dan Vadam, 2007). Perilaku maladaptive skizofrenia merupakan penampilan yang buruk, berkurangnya kemampuan bekerja, perilaku stereotip, agitasi, negativism (Stuart & Laraia, 2005). Adapun gejala skizofrenia secara umum dapat dilihat sebagai berikut :

1. Kemampuan kognitif

Terjadinya penurunan kemampuan kognitif menurut Laeckenote (1996) adalah faktor neuroanatomi, psikologis, lingkungan, kejaian dan factor lainnya, sedangkan menurut Stuart (2009), kognitif merupakan tindakan atau proses pengetahuan yang melibatkan kesadaran dan penilaian yang memungkinkan otak untuk memproses informasi dengan cara yang menjamin akurasi, penyimpanan, dan pengambilan. Proses ini diperlukan dan memungkinkan mengetahui kondisi otak untuk proses informasi dalam hal ketelitian, penyimpangan. Seseorang dengan skizofrenia seringkali tidak sanggup untuk menghasilkan logika berfikir yang kompleks dan mengungkapkan kalimat yang berhubungan karena neurotransmitter dalam proses system informasi otak mengalami kelainan fungsi.

Menurut Vacarolis (1998) pengalaman hidup klien menyebabkan terjadinya penilaian negative terhadap situasi atau kejadian yang di alami klien tersesbut. Penilaian ini akan mempengaruhi perasaan klien, sehingga pada klien perilaku kekerasan dapat ditemukan ungkapan-ungkapan perasaan sebagai berikut: dikesampingkan, dipermalukan, ketakutan, dibuang, bersalah, menyakitkan, ditolak, tidak adekuat, tidak aman, tidak didengarkan, situasi di luar kontrol, penolakan, teracam, kelelahan, cepat tersinggung dan direndahkan. Proses kognitif sebagai dasar manusia untuk memutuskan perilaku apa yang akan diambilnya, yang secara sistematis memanfaatkan informasi yang tersedia di sekitarnya.

2. Emosi

Menurut Stuart (2009) emosi yang menggambarkan sebagai suasana hati dan afek. Mood merupakan sebagian nada perasaan yang luas dan berkelanjutan yang dapat dialami selama beberapa jam atau selama bertahun-tahun dan terasa dapat mempengaruhi pandangan dunia seseorang. Afek mengacu pada perilaku yang seperti gerakan tangan dan tubuh, ekspresi wajah, dan nada suara yang dapat diamati ketika seseorang mengekspresikan dan mengalami perasaan dan emosi.

Klien dengan skizofrenia umumnya memiliki gejala, klien merasakan bahwa mereka tidak lagi memiliki perasaan dan bahwa mereka memiliki kemampuan menurun untuk merasakan keintiman dan kedekatan dengan orang lain. Menurut Videbeck (2008), emosi biasanya terlihat pada skizofrenia adalah Ketidakmampuan atau kemampuan menurun untuk mengalami kesenangan, sukacita, keintiman, dan kedekatan, kurangnya perasaan, emosi, kepentingan, atau keprihatinan.

3. Perilaku

Perilaku adalah respon individu terhadap stimulus baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Perilaku adalah aktivitas yang timbul dari stimulus dan respon serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung, perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan organisme tersebut menstimulus atau meresponnya. Dengan eksplorasi banyak perilaku dapat dijelaskan dan gerakan dapat dipahami. Perilaku maladaptif dalam skizofrenia termasuk memburuk penampilan, kurangnya ketekunan di tempat kerja atau sekolah, perilaku berulang atau stereotip, agresi, agitasi, dan negatif. Perilaku dan gerakan yang normal didasarkan pada budaya, kesesuaian usia, dan penerimaan sosial respon neurobiologis maladaptif menimbulkan perilaku dan gerakan yang

aneh, tidak enak dipandang, membingungkan, sulit untuk mengelola, disfungsi, dan membingungkan orang lain. Gerakan yang maladaptif yang terkait dengan skizofrenia termasuk katatonia, gerakan mata abnormal, meringis, gaya berjalan abnormal, tingkah laku menerima dan efek samping obat (Stuart, 2009).

Menurut Turkingto (2004), perilaku agresif, agitasi, dan perilaku kekerasan sering digunakan untuk menggambarkan klien dengan skizofrenia. Namun, klien dengan skizofrenia umumnya adalah korban, klien mengalami psikosis melakukan kekerasan, terutama ketika penyakit mereka berada di luar kendali atau mereka berhenti memakai obat mereka. Perilaku kekerasan merupakan salah satu dari respon afektif (emosi) marah yang maladaptif. Menurut Townsend, (2009) tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara afektif yaitu akan ditemukan iritabilitas, ketidaknyamanan dan ketegangan terus-menerus, suasana hati marah, cemas, rasa bersalah, frustrasi serta kecurigaan. Seseorang yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, merasa ingin berkelahi, mengamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahkan, menuntut, mudah tersinggung, euforia yang berlebihan atau tidak tepat, dan afek yang labil pada klien.

4. Sosial/Sosialisasi

Seseorang dalam kontak sosial akan mempelajari tingkah laku orang lain kemudian juga akan melakukan tingkah laku orang tersebut, Townsend (2009) menyatakan sosialisasi merupakan kemampuan untuk membentuk hubungan kerjasama dan saling bergantung dengan orang lain. Ini merupakan fungsi terakhir di antara lima fungsi otak besar karena masalah dengan yang lain harus dipahami sebagai konsekuensi hubungan maladaptif. Masalah sosial

yang biasanya terjadi dari penyakit secara langsung maupun tidak langsung, efek langsung terjadi ketika gejala mencegah orang dari sosialisasi yang berlaku dalam norma-norma budaya sosial atau ketika motivasi memburuk, yang mengakibatkan penarikan sosial dan isolasi dari kegiatan kehidupan.

Menurut Akemat (2008), penurunan keterampilan sosial, faktor sosial budaya dikarenakan proses globalisasi dan pesatnya kemajuan teknologi informasi memberikan dampak terhadap nilai-nilai sosial pada masyarakat. Di sisi lain tidak semua orang mempunyai kemampuan yang sama untuk menyesuaikan dengan berbagai perubahan, serta mengelola konflik dan stress tersebut.

2.1.3 Tipe Skizofrenia

Menurut Varcarolis, Carson dan Shoemaker (2006), berdasarkan *Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorder Text Revision (DSM-IV-TR)* tipe-tipe Skizofrenia terbagi atas:

- a. Skizofrenia paranoid
Ditemukan tanda dominan berupa halusinasi dan delusi. Tidak ada disorganisasi bicara, disorganisasi perilaku, katatonia atau afek tidak sesuai. Skizofrenia tipe ini umumnya bersikap sangat bermusuhan terhadap orang lain (Handayatni, 2007).
- b. Skizofrenia disorganisasi
Tanda dominan baerupa disorganisasi bicara, perilaku, afek datar dan tidak sesuai.
- c. Skizofrenia kataton
Ditemukan imobilitas motorik (stupor), aktifitas motorik berlebihan tanpa tujuan (agitasi), negatif berlebihan, stereotip, beresiko melukai diri dan orang lain.

d. Skizofrenia residual

Tidak ditemukan gejala khas seperti delusi, halusinasi atau disorganisasi bicara dan perilaku. Namun muncul beberapa gejala positif dan negatif.

e. Tak tergolongkan (tipe campuran)

Memiliki gejala delusi, halusinasi atau disorganisasi bicara dan perilaku, namun tidak ada klinis dominan sehingga tidak digolongkan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003), menyebutkan bahwa perilaku kekerasan lebih sering dilakukan pada klien dengan diagnose skizofrenia paranoid sebanyak 57 responden (76%) dan 18 responden (24%) dengan diagnose skizofrenia yang lain. Sedangkan survei yang dilakukan oleh Sulastrin (2008) terhadap 18 orang klien perilaku kekerasan, ditemukan 80% (14 orang) dengan diagnosis Skizofrenia paranoid, sedang sisanya termasuk Skizofrenia jenis lain. Didalam penelitian ini yang akan diteliti adalah klien dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan.

2.1.4 Karakteristik yang Mempengaruhi Skizofrenia

Berdasarkan psikodinamika kemampuan menghadapi suatu masalah dan pendapat beberapa ahli (Erikson, Varcarolis, Stuart & Sundeen, dkk, 2000), maka dapat dilihat dari faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan pada seseorang antara lain :

1. Usia

Usia dapat mempengaruhi psikologi seseorang, semakin tinggi usia semakin baik tingkat kematangan emosi seseorang dan kemampuannya dalam menghadapi berbagai persoalan (Stuart & Sundeen, 2005). Erikson (2000, dalam Keliat, 2006), menyatakan dalam menuju maturasi psikososial manusia menjalankan delapan tugas perkembangan sesuai dengan proses perkembangan usia. Sebaliknya tugas perkembangan yang tidak dijalankan dengan baik memberikan dampak psikososial dikemudian hari. Menurut Varcarolis (2000) seseorang yang

mempunyai usia dewasa lebih mudah mengalami emosi atau berperilaku emosional tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya.

2. Jenis Kelamin

Penelitian yang dilakukan Miller (2001) menunjukkan bahwa pria lebih memungkinkan gejala negatif dibandingkan dengan wanita, dan wanita memiliki fungsi sosial dan pengambil keputusan dalam hal pengendalian emosi lebih baik dari pada pria. Sedangkan menurut Miller (2004) kondisi perbedaan jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan sangat mempengaruhi kemampuan menghadapi sesuatu masalah.

3. Status perkawinan

Menurut Notoatmodjo (2003) seseorang yang memiliki pasangan atau yang sudah menikah akan mempengaruhi ketenangan dalam meningkatkan kemampuan dalam menghadapi suatu masalah. Dukungan dari pasangan akan meningkatkan pengetahuan atau cara mengambil suatu keputusan, terutama dalam mengatasi perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

4. Pendidikan

Setiap orang mempunyai pemaknaan yang berbeda terhadap pendidikan. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola tingkah laku, dan pola pengambilan keputusan (Notoatmodjo, 2003). Tingkat pendidikan yang cukup diharapkan seorang akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor atau masalah kekerasan baik yang berasal diri sendiri maupun dari lingkungan sekitarnya. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus kognitif. Tingkat pendidikan rendah pada seseorang akan dapat menyebabkan cara berfikir rasional, menangkap informasi yang baru, dan kemampuan menguraikan masalah menjadi rendah (Wijayanti, 2010). Menurut Stuart & Laraia (2005) pendidikan dapat dijadikan tolak ukur kemampuan seseorang

berinteraksi dengan orang lain secara efektif, faktor pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang menyelesaikan masalah yang diadapi.

5. Pekerjaan

Menurut Brockopp (2000) seseorang yang memiliki pekerjaan dapat meningkatkan stimulus yang bersifat menantang individu serta menimbulkan kondisi tegang dan stress sehingga memerlukan energi yang besar untuk menghadapi suatu masalah dalam mengatasi keadaan perilaku dalam kehidupannya.

6. Frekuensi dirawat

Penyakit yang diderita seseorang akan menimbulkan suatu stressor tersendiri. Kemampuan mengatasi emosi seseorang dalam menghadapi suatu tekanan bisa disebabkan karena terlalu lama sakit atau seringnya dirawat di rumah sakit yang dialaminya.

2.2 Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan respon dan perilaku manusia untuk merusak dan berkonotasi sebagai agresi fisik yang dilakukan seseorang terhadap orang lain atau sesuatu (Vinick, 2011). Respon ini dipengaruhi oleh penilaian terhadap situasi, penerimaan lingkungan, kognisi dan komunikasi stress, sehingga apabila lingkungan diinterpretasikan sebagai bermusuhan maka akan berespon bermusuhan dan menyebabkan timbulnya perilaku sgresif 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, 2009). 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 (Stuart & Laraia, 2005). Jadi bukan karena disebabkan oleh orang lain maupun lingkungannya, namun disebabkan oleh orang lain atau 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 walaupun situasi atau kejadian dapat menyebabkan timbulnya perasaan takut, memalukan dan ketidakberdayaan (Vancarolis, 1998).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan bentuk respon kemarahan, ketakutan, curiga, keinginan yang tidak terpenuhi. Perilaku kekerasan terdiri atas perilaku kekerasan pada orang lain baik secara verbal atau fisik, perilaku kekerasan pada diri sendiri dan lingkungan.

2.2.1 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya perilaku kekerasan ini dapat diuraikan terlebih dahulu dari proses terjadinya gangguan jiwa itu sendiri yang dihubungkan dengan perilaku kekerasan. Stuart & Laraia (2005) menggambarkan dua dimensi yang dapat menjelaskan proses terjadinya gangguan jiwa yaitu meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

2.2.1.1. Faktor Prediposisi

Faktor predesposisi adalah faktor risiko yang dipengaruhi oleh jenis dan jumlah sumber risiko yang dapat menyebabkan individu mengatasi stress. Faktor prediposisi yang menjadi penyebab perilaku kekerasan dikaitkan dengan faktor biologis, psikologis dan social budaya (Struat & Laraia, 2005).

a. Faktor Biologis

Faktor biologis menjelaskan kondisi yang berpengaruh terhadap perilaku kekerasan. Faktor biologis yang berpengaruh terhadap munculnya perilaku kekerasan antara lain gangguan pada sistem limbik, lobus frontal, hipotalamus dan neurotransmitter (Stuart & Laraia, 2005).

Sistem limbik adalah area otak yang menjadi pusat emosi. Sistem limbic penengah dari dorongan dasar dan ekspresi dari emosi dan perilaku, seperti makan, agresif, dan respon seksual (Djarmiko, 2008). Sistem limbik juga berfungsi untuk proses informasi dan daya ingat. Khususnya pada area amygdale, salah satu bagian dari sistem limbik, berfungsi sebagai penengah antara ekspresi takut dan amuk. Pengolahan informasi dari dan untuk area lain di otak berpengaruh terhadap pengalaman emosi dan perilaku. Perubahan pada sistem limbik dapat menyebabkan peningkatan atau penurunan resiko perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Menurut Townsend (2005), lobus frontal terlibat dalam dua fungsi bicara, fungsi pikir dan control berbagai ekspresi emosi. Kerusakan pada frontal mengakibatkan gangguan untuk membuat keputusan, perubahan personalitas, masalah dalam membuat keputusan dan perilaku agresif. Pada klien dengan perilaku kekerasan ditemukan penurunan fungsi otak di area frontal dan temporal. Dari pemeriksaan gambaran otak perilaku kekerasan pada klien menunjukkan adanya penurunan metabolisme di area frontal otak.

Hipotalamus adalah area yang terdapat pada batang otak. Berfungsi sebagai alarm otak yang akan mempengaruhi pengeluaran hormone steroid akan menyebabkan terjadinya kekerasan (Stuart & Laraia, 2005). Hipotalamus akan

meningkatkan stimulus untuk meningkatkan pengeluaran hormon steroid akibat adanya peningkatan stressor akibat berbagai keadaan misalnya riwayat perilaku kekerasan. Akibat dari stimulus berulang sistem respon lebih hebat. 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 pituitary untuk melepaskan steroid.

Neurotransmitter atau seperti serotonin, dopamin, norepinephrin, berhubungan dengan perilaku kekerasan. Neurotransmitter merupakan zat kimia otak yang mentransmisikan dari dan ke neuron melewati sinaps, yang menyebabkan komunikasi antar struktur otak. Peningkatan atau penurunan substansi ini dapat mempengaruhi perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Karakteristik biologis lain yang berhubungan dengan perilaku kekerasan yaitu riwayat penggunaan NAPZA. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan dipengaruhi oleh penggunaan alkohol, cocain, amphetamine. Penggunaan NAPZA berdampak pada otak, mempengaruhi terapi dan perawatan yang diberikan. Penelitian yang dilakukan oleh Soliman dan Reza (Stuart & Laraia, 2005), menyebabkan bahwa prevalensi perilaku kekerasan 12 kali lebih besar pada pengguna alkohol dan ketergantungan, serta 16 kali lebih besar pada ketergantungan obat. Frekuensi dirawat menunjukkan seberapa sering individu dengan perilaku kekerasan mengalami kekambuhan. Perilaku kekerasan pada Skizofrenia sering terjadi karena penyakit yang tidak terkontrol, putus obat, kecemasan karena kegagalan dalam mengerjakan sesuatu atau situasi yang mencetuskan perilaku kekerasan.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu kehilangan (Keliat & Sinaga, 1991), penguatan dan dukungan terhadap perilaku kekerasan, korban kekerasan secara fisik dan terpapar perilaku kekerasan (Townsend, 1996).

Menurut Townsend (1996) berdasarkan teori psikologi, terdapat beberapa hal yang dapat berpengaruh terhadap perilaku kekerasan adalah teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa nyaman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan konsep diri yang rendah dengan agresif dan kekerasan dapat meningkatkan citra diri klien yang dianggapnya hilang, sedangkan teori pembelajaran adalah perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari individu yang memiliki pengaruh biologi terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung dipengaruhi oleh peran eksternal.

Townsend (1996) menyatakan psikotik dan sifat kepribadian anti sosial, gangguan jiwa factor resiko perilaku kekerasan. Factor psikologis lainnya yang sangat mempengaruhi perilaku kekerasan adalah kegagalan untuk mengembangkan control individu atau kemampuan menunda terpenuhinya keinginan. Kualitas tersebut dapat menyebabkan klien yang impulsif, mudah frustrasi, dan rentan terhadap perilaku agresif (Videbeck, 2008).

Riwayat kekerasan dapat berupa korban perilaku kekerasan atau terpapar perilaku kekerasan. Korban perilaku kekerasan artinya mendapat perlakuan kekerasan seperti dipukul, dicubit, atau

dihina. Terpapar perilaku kekerasan yaitu sering melihat perilaku kekerasan misalnya tontonan televisi dengan kekerasan, orang tua berkelahi didepan anak, informasi penuh kekerasan. Hal ini membuat individu belajar bahwa perilaku kekerasan merupakan solusi dalam pemecahan masalah (Stuart & Laraia, 2005).

c. Faktor Sosiokultural dan Spiritual

Faktor sosiokultural dan spiritual menjelaskan pengaruh lingkungan sosial, budaya dan nilai terhadap terjadinya perilaku kekerasan. Faktor sosial adalah aspek yang dimiliki individu yang terdiri dari konsep diri, hubungan interpersonal, peran budaya lingkungan dan keluarga sehingga dapat menjalankan fungsinya dalam masyarakat (Rowlins, William & Beck, 1993). Faktor spiritual yaitu nilai atau keyakinan individu terhadap ekspresi perilaku kekerasan (Keliat & Sinaga, 1991).

Faktor sosial budaya lainnya yang sangat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan yang berhubungan permasalahan dalam kehidupan yaitu masalah rumah tangga, stress di tempat kerja, tingginya tingkat pengangguran. Menurut harian Kompas (2009), lamanya mendrita gangguan jiwa pada klien skizofrenia terdapat 40% pada kondisi klien 3 tahun yang lalu. Semakin lama tidak diobati atau dirawat di rumah sakit jiwa, kemungkinan kambuh lebih sering, terapi semakin sering dan biaya pengobatan lebih tinggi.

Kepercayaan (spiritual), nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah individu (Keliat & Sinaga, 1991). Keyakinan akan membantu individu untuk memilih ekspresi kemarahan yang diperbolehkan.

d. Faktor lingkungan rumah sakit

Perilaku kekerasan tidak hanya disebabkan aspek biopsikososiospiritual, tetapi dapat pula disebabkan oleh faktor yang ada di ruang Rumah Sakit. Stuart & Laraia (2005), menyatakan suatu model yang dapat dikembangkan bagi intervensi perilaku kekerasan di ruang rawat dengan menyertakan tiga faktor yang saling berhubungan sebagai penyebab klien berperilaku agresif di ruang rawat psikiatri, yaitu variabel ruangan, klien, dan petugas.

1. Faktor ruangan

Berada pada ruang yang terkunci, terpisah atau terikat, ruangan terlalu padat, tidak ada istirahat, tidak ada privasi dan kegiatan yang tidak terprogram dapat memicu terjadinya perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

2. Faktor klien

Faktor ini disebabkan oleh klien lain ketidaktahuan akan tujuan tindakan atau aturan-aturan ruangan. Situasi dan perasaan orang berada dalam bahaya (Videbeck, 2008)

3. Faktor petugas

Ketidaktahuan akan tujuan tindakan atau aturan-aturan ruangan. staf yang kurang berpengalaman, aturan ruangan yang tidak jelas, serta masalah interpersonal antara klien dan petugas. Morrison (1992) melakukan uji teori tentang perilaku kekerasan di ruang psikiatri, dan menarik suatu kesimpulan bahwa terdapat interaksi antara gaya kepribadian seseorang dan lingkungan rumah sakit terhadap perilaku kekerasan.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang merubah atau menekan sehingga memunculkan gejala saat ini. Faktor ini meliputi empat hal yaitu sifat stresor, asal stresor, waktu stressor yang di alami, dan banyaknya stressor yang dihadapi oleh seseorang. Asal stresor untuk mengkaji asal stressor, dari internal atau eksternal. Internal yaitu

stressor yang berasal dari internal individu, sedangkan stressor eksternal yang berasal dari luar individu atau lingkungan (Stuart & Laraia, 2005).

Sifat dari stressor yang tergolong komponen biologis misalnya: penyakit kronis atau kelainan pada otak. Komponen psikologis misalnya: stressor terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan otak. Komponen sosial budaya misalnya: adanya aturan yang sering bertentangan dengan klien dan kelompok masyarakat. Waktu atau lamanya terpapar stressor, terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama, serta berapa kali kejadiannya (Wilkinson, 2007).

2.2.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan dan Perilaku Asertif

1. Tanda dan gejala perilaku kekerasan

Menurut Stuart & Laraia (2005), respon kognitif, psikomotor, sosial dan fisik perilaku kekerasan yaitu:

a. Kognitif

Tanda kognitif ditemui adanya bingung, tidak mampu memecahkan masalah, supresi pikiran.

b. Perilaku

Perilaku yang ditampilkan klien perilaku kekerasan yaitu agitasi motorik berupa bergerak cepat, tidak mampu duduk tenang, mengepalkan tangan, kata-kata menekan, memerintahkan, suara keras (Stuart & Laraia, 2005), kekerasan fisik terhadap diri orang lain dan lingkungan (Morison, 1993).

c. Sosial

Tanda sosial perilaku kekerasan yaitu kata-kata menekan, memerintah, suara keras, menyalahkan orang lain, membicarakan kesalahan orang lain, berkata kasar dan menolak hubungan dengan orang lain, mengejek, melanggar batas jarak personal saat interaksi

(Rawlins, William & Beck, 1993), kekerasan verbal terhadap orang lain dan lingkungan (Morison, 1993).

d. Fisik

Respon fisik dari rasa marah dapat ditunjukkan dari adanya ketegangan tubuh, muka merah dan sorot mata yang tajam, peningkatan nadi, napas, tekanan darah, tatapan mata tajam dan berkeringat (Boyd & Nihart, 1998).

2. Tanda dan gejala perilaku asertif

Menurut Struat dan Laraia (2005), respon positif, psikomotor, sosial dan fisik yaitu :

1) Kognitif

Berfikir rasional, tidak ragu-ragu (Struat & Laraia, 2005; Keliat & Sinaga, 1991), membuat alasan terhadap keputusan (Hanziker, 1977)

2) Sosial

Berbicara secara langsung pada orang lain, mampu menyampaikan permintaan dan menolak permintaan secara rasional (Struat & Laraia, 2005; Hanziker, 1977), mengekspresikan perasaan, mengekspresikan rasa setuju dan tidak setuju, mengekspresikan kemarahan secara konstruktif (Keliat & Sinaga, 1991), menyapa orang lain dan mengatakan “mengapa” (Hanziker, 1977) dan memperhatikan norma jarak personal (Struat & Laraia, 3005)

3) Perilaku

Perilaku menarik secara konstruktif (Vinick, 1971), berespon dengan segera (Hanziker, 1977).

4) Fisik

Kontak mata secara tepat, ekspresi wajah sesuai dengan pembicaraan (Hanziker, 1977), postur tubuh tegak dan relaks (Struat & Laraia, 2005). Tanda vital normal (tekanan darah turun, respirasi normal), keringat tidak berlebihan.

2.2.5 Tindakan keperawatan perilaku kekerasan

Menurut Struat dan Laraia (2005), tindakan untuk mencegah dan mengelola perilaku agresif pada individu dengan perilaku kekerasan berada dalam satu rentang. Rentang tindakan dimulai dari strategi preventif yaitu peningkatan kesadaran diri, edukasi klien dan terapi suportif. Strategi antisipasi yaitu strategi komunikasi, pengelolaan lingkungan, strategi perilaku dan psikofarmalogi, sedangkan strategi pengekangan meliputi manajemen krisis, pengekangan dan restrainan.

Strategi preventif merupakan tindakan untuk mencegah terjadinya perilaku-perilaku kekerasan. Strategi ini terdiri dari:

2.2.5.1. Peningkatan Kesadaran Diri

Kesadaran akan keadaan dan kemampuan diri meningkatkan kemampuan perawat untuk meningkatkan diri secara terapeutik. Penting bagi perawat untuk meningkatkan penggunaan diri untuk menolong orang lain, perawat perlu mengenali stress personal yang dapat mempengaruhi kemampuan komunikasi secara terapeutik. Kondisi seperti bisa dilihat dari kelelahan, kecemasan marah, menghambat untuk memahami masalah klien dan akan mengurangi energi (Struat & Laraia, 2005).

2.2.5.2. Edukasi Klien

Tindakan ini seperti yang dilakukan dalam terapi generalis perilaku kekerasan. Untuk melatih klien tentang cara komunikasi dan cara mengekspresikan marah secara tepat merupakan salah satu cara untuk mencegah perilaku agresif. Hal ini yang dilatih dalam edukasi yaitu membantu klien mengidentifikasi marah, menyampaikan perasaan marah, melatih ekspresi marah, melatih ekspresi marah pada situasi riil, mengidentifikasi cara alternatif mengekspresikan marah, konfrontasi dengan sumber marah (Vakarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003) tentang pemberdayaan klien dalam keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan, menghasilkan terapi generalis pada klien dengan perilaku kekerasan. Standar yang dimaksud yaitu dalam bentuk edukasi kepada klien dan keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan. Pemberdayaan Klien Dalam Keluarga dalam Perawatan Klien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan (PKPPK), memberi kemampuan melaksanakan empat cara mencegah terjadinya perilaku kekerasan yaitu dengan cara fisik, sosial, spiritual dan patuh obat.

Menurut Kaplan & Saddock (2005), pencegahan perilaku kekerasan dengan cara fisik merupakan pengetahuan dan kegiatan untuk klien tentang pencegahan perilaku kekerasan secara fisik yaitu berupa nafas dalam, memukul kasur dan bantal. Pencegahan perilaku kekerasan dengan cara sosial yaitu pengetahuan dan kegiatan klien tentang pencegahan perilaku kekerasan secara sosial yang ditampilkan berupa cara meminta dan menolak permintaan orang lain dengan baik.

2.3 Terapi kelompok suportif

Menurut Holmes (1995), terapi kesehatan jiwa memiliki pendekatan eklektik atau pendekatan yang menggabungkan konsep dan strategi dari berbagai sumber. Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi yang dipandang dapat memberikan manfaat yang sangat efektif untuk perkembangan bagi anggotanya. Terapi kelompok suportif ini mempunyai cukup banyak variasi dan memiliki tujuan, tingkat formalitas dan struktur yang berbeda-beda. Berikut ini dibahas mengenai salah satu jenis terapi kelompok yang diberikan pada berbagai kelompok usia dan mempunyai tujuan yang berbeda-beda yaitu terapi kelompok suportif.

2.3.1. Konsep terapi kelompok suportif

Menurut Fontaine (2009), terapi kelompok suportif merupakan jenis terapi yang berfokus pada manfaat berbagi pengalaman yang melibatkan sejumlah anggota dan terapis kelompok

suportif yang membantu anggota kelompok dengan masalah psikologis, kognitif, perilaku atau disfungsi spiritual melalui proses perubahan khususnya pada perilaku kekerasan. Menurut Videbeck (2008), terapi kelompok suportif klien berpartisipasi dalam sesi bersama sekelompok individu yang bertujuan sama dan diharapkan memberi kontribusi kepada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain. Anggota kelompok klien dapat mempelajari atau pengalaman atau cara baru memandang masalah atau cara coping untuk menyelesaikan masalah serta membantunya mempelajari keterampilan interpersonal yang penting pada diri masing-masing individu klien.

Menurut Hamada (2003), kelompok suportif dibentuk berdasarkan untuk membantu anggota yang bermasalah dengan membantu mengatasi masalah tersebut. Terapis mengkaji pikiran dan perasaan anggota serta menciptakan suasana yang mendukung sehingga anggota merasa nyaman mengekspresikan diri mereka. Anggota kelompok diberi kebebasan dalam mengungkapkan perasaan frustrasi, bosan atau tidak bahagia dan juga mendiskusikan masalah yang biasa terjadi dan solusi yang potensial. Sedangkan menurut Videbeck (2008), peraturan terapi ini berbeda dari peraturan psikoterapi dimana anggota diizinkan bahkan didorong untuk saling kontak atau bersosialisasi diluar sesi yang diselenggarakan. Kerahasiaan kelompok diputuskan bersama oleh semua anggota dan kelompok suportif cenderung kelompok yang terbuka anggotanya dapat bergabung atau meninggalkan kelompok sesuai kebutuhan mereka.

Menurut Morrison (1993), *Cohesiveness* merupakan faktor yang signifikan dalam menentukan keberhasilan terapi

kelompok. *Cohesiveness* merupakan secara luas sebagai akibat dari kekuatan yang mempengaruhi semua anggota kelompok untuk tetap berada dalam kelompok tersebut, atau secara lebih sederhana dapat diartikan sebagai daya tarik kelompok bagi semua anggotanya. *Cohesiveness* lebih memungkinkan terjadinya pembukaan diri, pengambilan resiko dan ekspresi konflik yang konstruktif dalam kelompok yang akan memfasilitasi keberhasilan terapi yang dilakukan. Terapi kelompok suportif, para anggotanya menyampaikan permasalahan masing-masing dan mencari solusi bersama sehingga anggota kelompok merasa tidak sendirian karena ada orang lain yang mempunyai masalah yang sama atau bahkan lebih berat tetapi mampu mengatasinya dengan baik. Hal ini dapat menumbuhkan optimisme dan daya juang anggota kelompok untuk bertahan melewati semua masalah yang dihadapi oleh anggota dalam merasakan kebersamaan.

Menurut Fontaine (2009) di dalam kelompok suportif, anggota saling bertukar pikiran dan perasaan serta menolong satu sama lain dalam menghadapi berbagai isu atau masalah yang menjadi fokus perhatian. Berikut ini dijelaskan karakteristik kelompok suportif yaitu anggota menyampaikan keinginannya sendiri; setiap anggota mempunyai posisi atau kedudukan yang sama; kelompok bisa atau tidak diintervensi secara rutin oleh tenaga kesehatan jiwa profesional; kehadiran dalam kelompok bersifat sukarela; kelompok mungkin lebih berpusat pada populasi khusus seperti kelompok dengan gangguan makan, mengalami kekerasan dalam rumah tangga atau berdasarkan jenis lain misalnya ras atau jenis kelamin.

Menurut Grant-Iramu (1997 dalam Hunt, 2004), kelompok suportif bertujuan untuk memberikan edukasi kepada

anggotanya, masyarakat, menolong keluarga dan orang-orang terdekat untuk memberikan dukungan terhadap individu, mengatasi krisis, sumber rujukan dan sebagai advokasi untuk menolong anggotanya memenuhi kebutuhan mereka melalui perawatan sistem kesehatan yaitu saling bertukar pengalaman. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi kelompok suportif adalah terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu untuk membantu agar dapat meningkatkan kopingnya serta dapat memberikan kontribusi untuk meningkatkan harga diri dan tanggung jawab pada masing – masing anggota kelompok .

2.3.2. Strategi Pelaksanaan Terapi kelompok Suportif pada Perilaku Kekerasan

Terapi kelompok suportif merupakan terapi yang sering digunakan di masyarakat atau komunitas dan di Rumah sakit. Pada awalnya pelaksanaan terapi ini ditujukan secara individu namun seiring perkembangannya, terapi ini diberikan pula secara kelompok sehingga akhirnya dapat diberikan baik secara individu maupun secara kelompok. Penerapan terapi kelompok suportif pada perilaku kekerasan dapat dimulai dengan membahas masalah yang ringan atau sedang sampai masalah yang berat yang dihadapi para anggota kelompok.

Menurut penelitian Hernawati (2009) melakukan terapi suportif kelompok pada keluarga dengan gangguan jiwa dengan hasil dapat mengurangi beban yang dirasakan keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa. Menurut Chien, Chan, & Thompson, (2006) dalam memberikan terapi suportif pada klien dan keluarga dengan klien gangguan jiwa, ada beberapa prinsip yang harus diperhatikan yaitu :

- 2.3.2.1. Hubungan saling percaya. Aturan dan cara agar terapi ini berhasil maka diperlukan keterlibatan peserta secara aktif dalam terapi dan terapis pun harus memiliki sifat hangat, empati, dan menentramkan (Stuart, 2001).
- 2.3.2.2. Memikirkan ide dan alternatif pemecahan masalah. Terapis membantu peserta menyelesaikan krisis yang sedang dihadapi meskipun krisisnya berat dengan cara berbagi ide dan alternatif perawatan (Appelbaum, 2005).
- 2.3.2.3. Mendiskusikan area yang tabu (tukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis). Terapis berperan serta aktif dan langsung memberikan pertolongan pada peserta untuk meningkatkan fungsi sosial dan keterampilan kopingnya. Keaktifan ini harus dilakukan oleh terapis/perawat dan peserta dengan komunikasi dua arah. Terapis harus mengembangkan pikiran dan perasaan melalui ekspresi verbal (Appelbaum, 2005).
- 2.3.2.4. Menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama. Terapis menunjukkan rasa empati, ketertarikan atau keseriusan terhadap masalah yang dihadapi peserta dan tidak pernah menganggap peserta lebih rendah. Terapis selalu memandang peserta sebagai partner atau menganggap kedudukan peserta sejajar dengan dirinya agar peserta bisa lebih terbuka dan mau menerima masukan dari terapis tanpa mengganggu hak otonomi yang dimiliki peserta.
- 2.3.2.5. Adanya sistem dukungan. Menurut Appelbaum (2005), yang harus diperhatikan terapis saat memberikan terapi kelompok suportif adalah menghindari interogasi, konfrontasi, maupun interpretasi dan selalu merespon pertanyaan anggota. Fokus utama adalah membantu menyediakan atau membangun sistem pendukung.

2.3.2.6. Pemecahan masalah secara individu. Dukungan kemampuan yang diberikan kepada anggota yang dapat mencapai atau mempertahankan fungsi sehat yang adaptif dapat dengan menceritakan setiap perkembangan yang terjadi pada keluarga.

2.4 Pedoman Terapi Suportif

Terapi Suportif merupakan bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi diantaranya pada klien yang memiliki gangguan jiwa terutama perilaku kekerasan.

2.4.1. Pengertian

Terapi kelompok suportif merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap isu-isu dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari terapi kelompok suportif ini didirikan adalah memberikan support dan menyelesaikan pengalaman yang di alami setiap klien perilaku kekerasan dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004).

Menurut Heller, dkk.(1997, dalam Chien, Chan, dan Thompson, 2006), hasil penelitian mengindikasikan *peer support* (dukungan kelompok) berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis dan beban klien. Sedangkan mutual support (dukungan yang bermanfaat) adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi pengalaman (*sharing experiences*), situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan swabantu (*self help*), dan pengembangan pengetahuan (Cook, dkk., 1999 dalam Chien, Chan, dan Thompson, 2006).

Terapi kelompok suportif pada klien dengan gangguan jiwa (perilaku kekerasan) adalah terapi suportif yang diberikan pada sekumpulan dua orang atau lebih klien yang memiliki anggota

dengan perilaku kekerasan dengan cara mengklarifikasi permasalahan yang dihadapi klien sehingga klien mampu memanfaatkan *support system* yang dimilikinya dan mengekspresikan pikiran serta perasaannya melalui ekspresi verbal dalam terapi kelompok suportif.

2.4.2. Tujuan Terapi kelompok suportif

Tujuan terapi kelompok suportif adalah memberikan dukungan terhadap klien sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis, meningkatkan kekuatan klien, meningkatkan keterampilan coping klien, meningkatkan kemampuan klien menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan otonomi klien dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan klien mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi distress subyektif dan respons coping yang maladaptif (Cook, dkk., 1999 dalam Chien, Chan, dan Thompson, 2006).

2.4.3. Prinsip Terapi kelompok suportif

Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam memberikan Terapi kelompok suportif (Chien, Chan, & Thompson, 2006) antara lain memperlihatkan hubungan saling percaya; memikirkan mengenai ide dan alternatif untuk memecahkan masalah; mendiskusikan area yang tabu (tukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis); menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama; adanya sistem dukungan yang membantunya, pemecahan masalah secara individu.

2.4.4. Karakteristik Terapi Kelompok Suportif

Karakteristik terapi kelompok suportif seperti yang dikemukakan oleh Chien dkk (2006) yaitu kelompok kecil berjumlah 8-10 orang;

anggota homogen; anggota berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi; kepemimpinan kolektif; keanggotaan sukarela; anggota saling membantu dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi.

2.4.5. Aturan dalam Terapi Kelompok Suportif

Menurut Chien, Chan, & Thompson (2006), aturan dalam pemberian Terapi kelompok suportif meliputi: Terapis dan klien berperan aktif dengan komunikasi dua arah. Terapis harus selalu berperan serta aktif dalam memimpin dan tiap klien berperan secara aktif untuk berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok; melibatkan dukungan dari anggota klien dan sosial serta tanggung jawabnya dalam pengambilan keputusan; *supportive group* adalah kelompok *self supporting* sehingga klien harus berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok; terapis merespon pertanyaan klien, menghindari interogasi, konfrontasi, dan interpretasi. Melakukan klarifikasi pada klien tentang masalahnya dengan memberikan nasehat, melakukan konfrontasi suportif, membatasi seting, memberikan pendidikan kesehatan dan jika perlu melakukan perubahan lingkungan klien.

Kenyamanan secara fisik dan emosi harus dijaga. Sesama anggota saling memahami, mengetahui dan membantu berdasarkan kesetaraan, respek antara satu dengan yang lain dan hubungan timbal balik. Kelompok harus menghargai *privacy* dan kerahasiaan dari anggota kelompoknya; harus mampu menunjukkan rasa empati, ketertarikan atau keseriusan terhadap masalah klien, dan menganggap klien sejajar kedudukannya dengan terapis; klien harus mengekspresikan pikiran dan perasaannya; tujuan terapi harus dijaga sejak awal sampai akhir; berperilaku jujur kepada kelompok dengan selalu menceritakan setiap perkembangan yang terjadi pada

klien dan melihat bagaimana respon klien saat diberitahukan tentang kondisinya (Chien, Chan, & Thompson, 2006).

2.4.6. Keanggotaan Terapi Kelompok Suportif

Syarat yang harus dipenuhi dalam melibatkan klien meliputi: berusia antara 18 sampai 55 tahun; anggota klien bersifat homogen; bersedia untuk berpartisipasi penuh selama mengikuti terapi; dapat membaca dan menulis; dipimpin oleh tenaga yang profesional (Chien, Chan, & Thompson, 2006).

2.4.7. Pengorganisasian Terapi kelompok suportif

2.4.7.1. Leader Terapi kelompok suportif

Dalam terapi ini dipimpin oleh terapis dengan tugasnya yang meliputi:

Memimpin jalannya diskusi. Menentukan lama pertemuan yaitu antara 40-50 menit, menciptakan dan mempertahankan suasana yang bersahabat, memilih topik pertemuan sesuai dengan daftar masalah bersama dengan klien, membimbing diskusi, menstimulasi klien, dan mencegah monopoli saat diskusi, memberikan kesempatan klien untuk mengungkapkan apa yang diketahuinya mengenai gangguan jiwa.

Tugas yang lain adalah memberikan kesempatan klien untuk mengekspresikan masalahnya. Memberikan motivasi klien untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi. Memahami opini yang diberikan klien. Memberikan umpan balik positif kepada klien mengenai perawatan klien perilaku kekerasan yang sudah benar dilakukannya selama ini. Memberikan penjelasan dan masukan mengenai perawatan klien cara mengatasi perilaku kekerasan yang belum diketahui atau

belum dipahami oleh klien dari masing-masing anggota (Chien, Chan, & Thompson, 2006).

2.4.7.2. Anggota kelompok Terapi kelompok suportif

Tugas klien sebagai anggota kelompok meliputi:

Mengikuti jalan atau proses pelaksanaan terapi kelompok suportif sesuai dengan kesepakatan yang dibuat antara anggota kelompok dan pemimpin kelompok. Berpartisipasi aktif selama proses kegiatan berlangsung, memberikan masukan, umpan balik selama proses diskusi, dan melakukan simulasi (Chien, Chan, & Thompson, 2006).

2.4.8. Waktu pelaksanaan Terapi kelompok suportif

Waktu pelaksanaan terapi kelompok suportif disesuaikan dengan kesepakatan kelompok. Pertemuan dilaksanakan seminggu sekali, seminggu dua kali atau dua minggu sekali disesuaikan dengan kebutuhan klien dengan alokasi waktu selama kegiatan 40- 50 menit.

2.4.9. Tempat pelaksanaan Terapi kelompok suportif

Tempat pelaksanaan terapi kelompok suportif ini menggunakan setting Rumah Sakit Jiwa sehingga dapat dilakukan di ruangan salah satu klien, ruangan pertemuan, ataupun sarana lainnya yang tersedia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

2.4.10. Pelaksanaan Terapi kelompok suportif

Pelaksanaan pada penelitian ini terapi kelompok suportif (TSK) dilaksanakan dalam 4 (empat) sesi yakni sesi pertama mengidentifikasi kemampuan klien dan sistem pendukung yang ada pada diri klien, sesi kedua menggunakan sistem pendukung dalam diri klien, sesi ketiga sistem menggunakan sistem

pendukung di luar diri klien, dan sesi keempat mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung yang ada pada masing-masing klien atau anggota kelompok.

Keempat sesi pada terapi kelompok suportif merupakan pengembangan dari berbagai aktifitas *Support System Enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey dan Bulechek (1996, dalam Stuart Laraia, 1998) dan *mutual support group* bagi klien menurut Chien, Chan, dan Thompson (2006). Pelaksanaan pemberian terapi kelompok suportif pada klien dapat dijabarkan dalam beberapa sesi, yakni:

2.4.10.1. Sesi pertama: mengidentifikasi kemampuan klien dan sumber pendukung yang ada pada diri klien.

Menurut Chien, Chan, & Thompson (2006), pada sesi pertama ini, yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien mengenai: apa yang diketahuinya mengenai gangguan jiwa, cara yang biasa dilakukan dan hambatannya dalam mengatasi perilaku kekerasan. Pada sesi satu ini memberi motivasi pada klien untuk mengungkapkan pendapat yang ada dipikirkannya tentang berbagai macam informasi yang diketahuinya, memberi pengalaman yang positif kepada klien mengenai cara mengatasi perilaku kekerasan yang sudah benar dilakukannya selama ini, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai mengatasi perilaku kekerasan yang belum diketahui klien. Hasil dari sesi pertama ini, klien mampu menjelaskan: kemampuan positifnya dalam merawat diri klien sendiri dan masalah yang dihadapinya, serta menjelaskan sumber pendukung yang ada pada diri klien.

2.4.10.2. Sesi kedua: menggunakan sistem pendukung dalam diri klien, monitor, dan hambatannya.

Menurut McCloskey & Bulechek, (1996); dalam Stuart Laraia, 1998) pada sesi ini yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung dalam diri klien dan hambatannya, melatih serta meminta klien untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung dalam klien dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Hasil dari sesi kedua ini, klien memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam diri klien, mampu melakukan role play menggunakan sistem pendukung yang ada dalam klien, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam klien, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam klien.

2.4.10.3. Sesi ketiga: menggunakan sistem pendukung di luar klien, monitor, dan hambatannya.

Pada ketiga ini yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien mengenai kemampuan positifnya yang dimiliki klien dengan menggunakan sistem pendukung di luar klien dan hambatannya, melatih serta meminta klien untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung dari luar klien dengan melibatkan anggota kelompok yang lainnya. Hasil dari sesi ketiga ini klien memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar klien, mampu melakukan role play menggunakan sistem pendukung yang ada di luar klien, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada di luar klien, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem

pendukung yang ada di luar klien (McCloskey & Bulechek, (1996), dalam Stuart Laraia, 1998) .

2.4.10.4. Sesi keempat: mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber.

Menurut Chien, Chan, dan Thompson (2006), pada sesi keempat ini yang dilakukan dalam kegiatan adalah mengevaluasi pengalaman setiap anggota yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam klien maupun diluar klien, dan cara memenuhi kebutuhan tersebut, serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi. Hasil dari sesi keempat ini, klien mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan berbagai sumber dukungan yang ada baik di dalam dan di luar klien.

Keempat sesi dilakukan dalam 4 kali pertemuan selama 2 minggu dan setiap pertemuan dilaksanakan selama 40-50 menit. Setiap akhir sesi, klien menulis kegiatannya di buku kerja. Setiap lembar buku kerja terdapat tanggal dan nama sesi dengan demikian setiap klien memiliki catatan perkembangan selama mengikuti terap kelompok suportif mulai dari pengetahuan mengenai mengatasi perilaku kekerasan sampai monitor hasil penggunaan sumber pendukung di dalam dan di luar diri klien. Setiap akhir sesi selalu di evaluasi untuk mengetahui perkembangan klien selama mengikuti kegiatan terapi kelompok suportif dan dipertemuan sesi berikutnya juga selalu di monitor dan evaluasi pada sesi selanjutnya.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan landasan penelitian. Kerangka teori disusun berdasarkan konsep dan teori yang telah dikemukakan pada bab 2. Pada kerangka teori ini digambarkan konsep skizofrenia dan konsep perilaku kekerasan yang menjelaskan terjadinya skizofrenia sekaligus perilaku kekerasan berdasarkan pada Model Stres Adaptasi Stuart. Model Stres Adaptasi Stuart tersebut meliputi faktor predisposisi (biologis, psikologis, sosial budaya), faktor presipitasi (stresor biologis, psikologis, dan sosial budaya), penilaian terhadap stresor (kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial (Stuart & Laraia, 2005).

Kerangka teori dimulai dengan menjelaskan tentang konsep skizofrenia mulai dari definisi, diagnosis dan klasifikasi, gejala-gejala skizofrenia, serta terapi farmaka klien skizofrenia. Proses terjadinya skizofrenia diuraikan sekaligus bersamaan dengan konsep proses terjadinya perilaku kekerasan karena perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala negatif skizofrenia (Stuart & Laraia, 2005).

Faktor predisposisi biologis perilaku kekerasan yaitu gangguan pada sistem limbik, lobus frontal, hipotalamus, dan neurotransmitter (Stuart & Laraia, 2005; Djatmiko, 2008); faktor psikologis yaitu kehilangan (Keliat & Sinaga, 1991), kegagalan (Townsend), riwayat kekerasan (Stuart & Laraia, 2005). Faktor sosial budaya dan spiritual yaitu budaya marah, adanya riwayat kekerasan, kemampuan hubungan interpersonal dan kepercayaan yang diyakini. Faktor lingkungan rumah

sakit yaitu kondisi lingkungan rumah sakit, stimulus dari klien lain dan sikap perawat (Stuart & Laraia, 2005).

Faktor presipitasi meliputi empat hal sifat stressor, asal stressor, waktu stressor yang di alami dan banyaknya stressor yang dihadapi. Faktor predisposisi baik berupa biologis, psikologis, atau sosiokultural dan spiritual dapat menjadi stressor munculnya gejala saat ini. Karakteristik klien yang berhubungan dengan perilaku kekerasan yaitu usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, frekuensi dirawat, keteraturan minum obat (Stuart & Laraia, 2005).

Tindakan dalam merawat individu dengan perilaku kekerasan yaitu dengan strategi preventif, strategi antisipasi dan strategi pengekangan. Salah satu terapi spesialis yang digunakan adalah terapi kelompok suportif . Terapi kelompok suportif adalah jenis terapi yang berfokus pada manfaat berbagi pengalaman yang melibatkan sejumlah anggota dan terapis kelompok yang membantu anggota kelompok dengan masalah psikologis, kognitif, perilaku atau disfungsi spiritual melalui proses perubahan (Fontaine, 2009). Terapi kelompok suportif bertujuan untuk memberikan dukungan terhadap individu, mengatasi krisis, sumber rujukan dan sebagai advokasi untuk menolong anggotanya memenuhi kebutuhan mereka melalui perawatan sistem kesehatan. Kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada skema 3. 1.

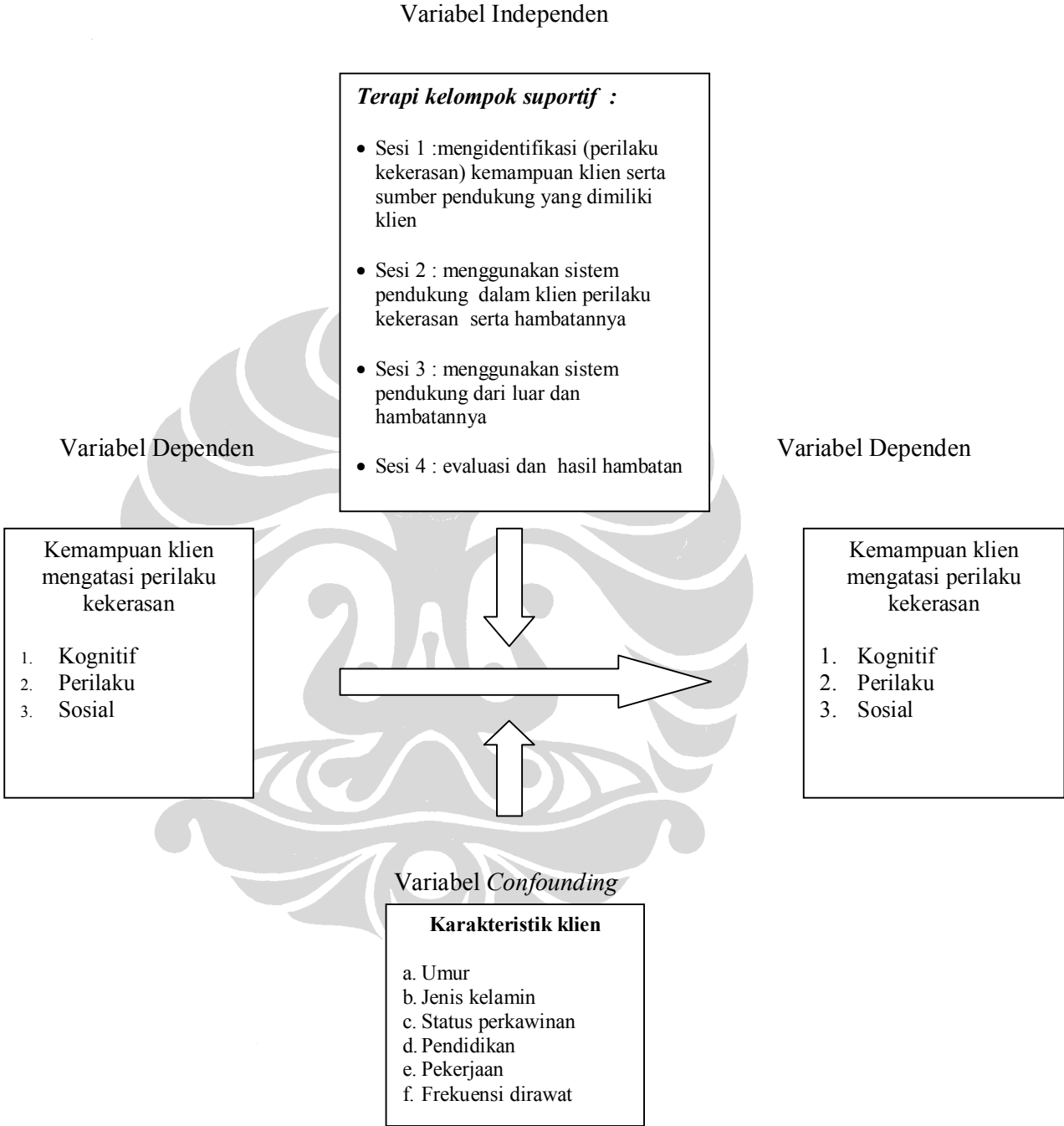
3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (independen), variabel terikat (dependen) dan variabel perancu (*confounding*). Perilaku kekerasan merupakan variabel terikat (dependen) yang diukur berdasarkan instrumen kuesioner.

Kemampuan klien merupakan variabel dependen yang diteliti dalam penelitian ini difokuskan pada pengukuran kemampuan aspek kognitif, perilaku, dan sosial. Pengukuran aspek intelektual (kemampuan kognitif), pengukuran difokuskan pada sub variabel: pengertian sumber dukungan, mengidentifikasi sumber dukungan yang ada, dan alasan penggunaan sumber dukungan. Pengukuran aspek afektif (kemampuan perilaku), pengukuran difokuskan pada sub variabel: kemampuan berempati, kemampuan menggunakan sumber dukungan dalam keluarga, dan kemampuan menggunakan sumber dukungan dari luar klien. Pengukuran aspek sosial (kemampuan sosial), pengukuran difokuskan pada sub variabel: memberi perhatian, kemampuan klien menggunakan sumber dukungan dalam diri klien, dan kemampuan klien menggunakan sumber dukungan di luar klien. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan mengatasi perilaku kekerasan ditetapkan sebagai *confounding factors* adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan frekuensi dirawat.

Variabel yang ditetapkan sebagai variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi kelompok suportif (TSK). Terapi kelompok suportif yang diteliti adalah terapi yang didasarkan pada pengembangan dari berbagai aktifitas *Support System Enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey dan Bulechek (1996) dan *mutual support group* bagi keluarga dan klien menurut Chien, Chan, dan Thompson (2006). Kerangka konsep penelitian digambarkan pada skema 3.2.

Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah suatu pernyataan yang merupakan jawaban sementara peneliti terhadap pertanyaan penelitian (Dahlan, 2008). Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

- 3.3.1. Ada kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif
- 3.3.2. Ada hubungan karakteristik klien (usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan frekuensi dirawat) terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah pemberian terapi suportif.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional ialah menjelaskan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007). Variabel harus didefinisikan secara operasional agar lebih mudah dicari hubungannya antara satu variabel dengan yang lain dan juga pengukurannya. Variabel operasional bermanfaat untuk mengidentifikasi kriteria yang dapat diobservasi yang sedang didefinisikan, menunjukkan bahwa suatu konsep atau objek mungkin mempunyai lebih dari satu definisi operasional, mengetahui bahwa definisi operasional bersifat unik dalam situasi dimana definisi tersebut harus digunakan (Hidayat, 2007).

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel *Confounding*

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Usia dalam tahun	Rasio
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan ciri khas jenis kelamin klien yang dibawa sejak lahir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir dan tertinggi yang dicapai klien.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Perguruan Tinggi (PT)	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan klien yang dapat menghasilkan uang (pendapatan) perbulan.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Buruh 3. Karyawan swasta 4. Wiraswasta	Nominal
5	Status perkawinan	Keadaan klien terkait dengan kehidupan pribadinya dalam keluarga.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan responden	1. Kawin 2. Tidak kawin. 3. Duda 4. Janda	Nominal
6	Frekuensi dirawat	Jumlah klien masuk ke RS untuk dirawat	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang frekuensi dirawat responden	Jumlah perawatan sampai waktu penelitian	interval

Tabel 3.2
Definisi Operasional Variabel *Dependent*

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Respon kognitif	Kemampuan yang ditampilkan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan berupa kemampuan kognitif, perilaku dan sosial. Respon negatif terhadap stressor yang dialami secara kognitif meliputi ketidakmampuan menyelesaikan masalah, supresi pikiran dan tidak memahami tentang kemarahan	Alat ukur dengan kuisisioner C. Peneliti dengan memilih jawaban dengan skala likert (5 pilihan) penilaian 5 (SL), 4 (S), 3 (KD), 2 (J) dan 1 (TP)	Rentang nilai respon kognitif antara 7 - 35.	Interval
2.	Respon Perilaku	Respon negatif terhadap stressor yang dialami secara perilaku meliputi : melakukan kekerasan secara fisik terhadap orang lain, melakukan kekerasan fisik terhadap lingkungan dan agitasi motorik.	Alat ukur dengan lembar penialan kuesioner D. Penilaian dengan kognitif memilih jawaban dengan skala likert (5 pilihan) penilaian yaitu : 5 (sangat marah), 4 (marah), 3 (ingin marah), 2 (merasa terganggu) dan 1 (tidak membuat marah)	Rentang nilai respon perilaku antara 20 - 100.	Interval
3.	Respon social	Respon negatif terhadap stressor yang dialami secara sosial meliputi : kekerasan verbal terhadap orang lain, kekerasan verbal terhadap lingkungan dan melanggar jarak personal (jarak bicara < 60 cm)	Alat ukur dengan lembar kuesioner E, penilaian dengan memilih jawaban dengan skala likert (4 pilihan penilaian) : 4 (tidak pernah), 3 (kadang-kadang), 2 (sering), 1 (sangat sering).	Rentang nilai respon sosial antara 8-32.	Interval

Tabel 3.3
Definisi Operasional Variabel *Independent*

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Terapi kelompok suportif	<p>terapis kelompok yang membantu anggota kelompok dengan masalah kognitif, perilaku dan sosial melalui proses perubahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesi 1 :mengidentifikasi (perilaku kekerasan) kemampuan klien serta sumber pendukung yang dimiliki klien • Sesi 2 : menggunakan system pendukung dalam klien perilaku kekerasan serta hambatannya • Sesi 3 : menggunakan system pendukung dari luar dan hambatannya • Sesi 4 : evaluasi dan hasil hambatan 	<i>Observasi</i> (buku catatan harian klien dan raport hasil evaluasi pelaksanaan terapi keompok suportif).	1.Dilakukan 2.Tidak dilakukan	Nominal

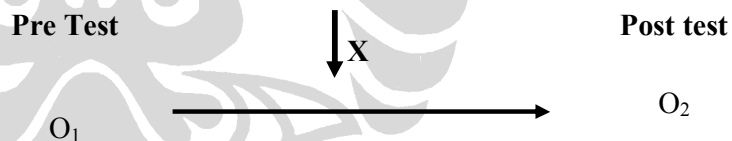


BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi eksperiment*) dengan rancangan "pre-post test without control group" dengan intervensi *terapi kelompok suportif* (TKS) (Sastroasmoro & Ismail, 2008). Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa terapi kelompok suportif. Penelitian juga membandingkan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah diberikan perlakuan pada yang dirawat inap di RS Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Skema 4.1 berikut ini memberikan gambaran tentang desain penelitian yang dilakukan.

Skema 4.1
Desain Penelitian *Quasi Experimental*
Pendekatan *Pre-Post Test Design*



Keterangan:

- X : perlakuan (Intervensi) Terapi Kelompok Supportif (TKS)
- O1 : Kemampuan mengatasi Perilaku kekerasan klien Skizofrenia pada sebelum mendapat perlakuan terapi kelompok suportif (*pre test*).
- O2 : Kemampuan mengatasi Perilaku kekerasan pada Skizoprenia sesudah mengikuti terapi TKS (*post test*).
- O2–O1 : Perbedaan kemampuan mengatasi Perilaku kekerasan pada Skizoprenia sebelum dan setelah mendapat perlakuan (intervensi) terapi kelompok suportif.

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi

Keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti adalah populasi penelitian (Notoatmodjo, 2005). Menurut data dari rekap medik RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang, klien yang dirawat di ruang rawat inap psikiatri. Pada bulan Mei 2011 klien yang masuk dengan riwayat perilaku kekerasan adalah 144 klien dan belum dilakukan screening.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Sampel penelitian ini adalah klien perilaku kekerasan yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia dewasa (18 – 55 tahun) yang mampu mengisi data-data yang diberikan.
- b. Bisa membaca dan menulis
- c. Klien yang sudah dirawat selama 2 minggu di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang
- d. Diagnosa keperawatan perilaku kekerasan (berdasarkan catatan keperawatan)
- e. Jenis obat yang di minum pasien yaitu : CPZ, HP dan THP (berdasarkan catatan keperawatan).
- f. Klien yang sudah mendapatkan TAK stimulasi persepsi perilaku kekerasan (berdasarkan catatan keperawatan).
- g. Klien yang mengalami tingkat kemarahan sedang berdasarkan hasil *screening* emosi marah.

Besar sampel dalam penelitian ditentukan berdasarkan perkiraan jumlah populasi dan dihitung berdasar rumus besar sampel sebagai berikut (Lemeshow, S. et al., 1997):

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P) \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

Keterangan:

n : besar sampel

N : besar populasi

$Z^2_{1-\alpha/2}$: harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ($\alpha = 0,1 = 1,65$).

P : estimator proporsi populasi 50 % (berdasarkan sumber literatur Lemenshow, 1997)

d : toleransi deviasi yang dipilih yaitu sebesar 10 % = 0,1

$$n = \frac{1,65^2 \times 0,5(1-0,5) \times 144}{0,1^2 \times (144-1) + 1,65^2 \times 0,5(1-0,5)}$$

$$n = 46$$

Studi *quasi eksperiment*, ada kekhawatiran terdapat beberapa klien yang *drop out*, klien yang tidak taat dalam proses penelitian. Oleh karena itu, perlu diantisipasi dengan cara melakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung. Cara yang digunakan adalah dengan menambahkan sejumlah klien agar besar sampel dapat terpenuhi. Adapun rumus untuk penambahan klien penelitian ini adalah sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2007) :

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

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

1 - f : Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 10 % (f = 0,1)

maka :

$$n = \frac{46}{1-0,1}$$

$$n = 51,61 = 52$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 52 klien. Dari jumlah populasi sebanyak 144 klien dilakukan screening untuk mendapatkan responden penelitian sesuai. Dari hasil screening didapatkan yang sesuai dengan skala marah sedang adalah 42 klien yang terdapat di berbagai ruangan. Sejumlah 42 klien tersebut memenuhi criteria inklusi dalam penelitian.

Peneliti melakukan *screening* tingkat skala pengungkapan emosi marah klien pada seluruh klien yang terdiagnosa perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondhohutomo Kota Semarang. Hasil *screening* teridentifikasi tingkat skala pengungkapan emosi marah klien. Tingkat skala tersebut terdiri dari: baik, sedang, kurang dan buruk yang sudah ditentukan oleh skala Novaco dan Putri kemudian dilakukan modifikasi oleh peneliti untuk mendapatkan hasil yang maksimal dengan nilai kuartil yang lebih dari dua. Jumlah klien yang terdiagnosa perilaku kekerasan selama proses penelitian sebanyak 144 klien. Hasil *screening* tingkat skala pengungkapan emosi marah ditampilkan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Hasil *Screening* Tingkat skala pengungkapan emosi marah Rumah Sakit Dr. Amino Gondhohutomo Kota Semarang, Mei 2011 (N=144)

No	Tingkat emosi marah	Jumlah (n = 144)	
		Σ	%
1	Baik	23	14,97
2	Sedang	42	29,17
3	Kurang	41	28,47
4	Buruk	38	26,38
Total		144	100

Berdasarkan tabel 5.1, klien yang berada pada tingkat skala pengungkapan emosi marah sedang sebanyak 42 klien (29,17%). Seluruh klien yang berada pada tingkat emosi marah sedang sebanyak 42 klien untuk menjadi responden penelitian.

Teknik pengambilan sampel merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Tehnik sampling pada penelitian ini adalah total sampling, artinya semua klien yang memiliki tingkat pengungkapan emosi marah sedang di ambil sebagai sampel penelitian ini. Jumlah proporsi sampel penelitian terlihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1
Jumlah proporsi sampel penelitian hasil screening
Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang
Mei 2011

NO	RUANGAN	JUMLAH PENDERITA	JUMLAH SAMPEL
1	Arimbi	16	4
2	Brotojoyo	15	5
3	Citroanggoda	16	4
4	Dewaruci	16	5
5	Endrotewnoyo	15	6
6	Gatokaca	16	4
7	Hudoyo	15	5
8	Irawan	17	5
9	Kresna	18	4
JUMLAH TOTAL		144	42

4.3 Tempat penelitian

Penelitian yang dilakukan di sembilan ruangan Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang, kecuali UPIP ruang kelas satu dan dua, karena menurut Sasmita (2007) terapi perilaku kognitif kurang efektif pada klien dalam keadaan akut atau tingkat marah yang tinggi (ruangan upip) dan klien yang kebutuhan privacynya minta dirahasiakan. 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 SI Keperawatan, sehingga perawat-perawat di ruangan tersebut telah mampu dalam memberikan asuhan keperawatan generalis pada klien perilaku kekerasan.

4.4 Waktu penelitian

Penelitian dimulai pada 23 Mei sampai 4 Juni 2011, diawali dengan kegiatan pengambilan data, penyusunan proposal. Pengambilan data dan intervensi dilaksanakan selama dua minggu atau 13 hari efektif.

4.5 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti meminta izin pada komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia uji etik turun pada tanggal 19 Mei 2011, kemudian diteruskan Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang. Polit dan Beck (2006) mengaplikasikan prinsip etik penelitian dalam *autonomy atau self determination, privacy, anonimynity and confidentiality, serta protection from discomfort*.

Autonomy berarti memberikan kebebasan pada klien untuk menentukan apakah klien bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara suka rela dengan bertanda tangan pada lembar persetujuan yang peneliti berikan. Selain itu peneliti juga memberikan informasi secara lengkap tentang pengertian, tujuan, dan manfaat dari terapi kelompok suportif. Selanjutnya peneliti juga menjelaskan bahwa data yang diberikan klien tidak disebarluaskan dan hanya dipergunakan dalam penelitian ini. Peneliti juga menjelaskan bahwa klien berhak berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian dan tidak ada paksaan dan hukuman terhadap keputusan klien tersebut. Klien diberikan kebebasan untuk mengundurkan diri setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti tentang penelitian yang dilakukan.

Peneliti menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonimity* yaitu peneliti menjaga kerahasiaan identitas klien dengan tidak menuliskan nama sebenarnya tetapi dengan menggunakan kode sehingga klien merasa aman dan tenang.

Penerapan prinsip *fair treatment* dalam penelitian ini dilakukan dengan pemilihan klien yang tidak membeda-bedakan dalam perlakuan kepada klien.

Peneliti juga tidak memberikan sanksi kepada klien jika klien tidak berkeinginan dalam penelitian ini.

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental semu tanpa kontrol dimana intervensi yang diberikan pada klien yang dijadikan klien saja. Penerapan prinsip *justice* setiap klien penelitian mendapat perlakuan yang sama selama pelaksanaan penelitian yaitu mendapatkan terapi spesialis terapi kelompok suportif.

4.6 Alat pengumpul data

Instrumen penelitian merupakan sesuatu yang terpenting dan strategis didalam suatu penelitian yang ada (Arikunto, 2005), untuk itu penentuan alat pengumpul data yang tepat dalam menjawab permasalahan penelitian menjadi sangat penting. Instrumen atau alat pengumpul data dalam penelitian ini diklasifikasikan sebagai berikut:

4.6.1 Kuesioner A (Karakteristik Klien)

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik klien terdiri dari: usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, frekuensi dirawat. Data karakteristik klien masuk dalam lembar kuesioner A, terdiri dari 7 (tujuh) pertanyaan yang merupakan pertanyaan terbuka semua dan diisi dengan cara memberi tanda *check list* (✓) pada jawaban yang dipilih oleh klien atau mengisi titik-titik yang telah disediakan.

4.6.2 Kuesioner B (Screening)

Merupakan screening yang digunakan untuk mengukur perubahan perilaku klien untuk dijadikan responden sesuai dengan hasil screening. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner skala pengungkapan emosi marah yang diambil dari skala Novaco dan Putri (2010) memiliki uji validitas 0,93 dengan nilai α 0,96 ini berarti mempunyai nilai validitas dan konsistensi internal yang baik, dan yang telah dimodifikasi oleh peneliti yang terdiri atas

6 pertanyaan untuk respon kognitif, 6 pertanyaan untuk respon emosi, dan 5 pertanyaan untuk respon perilaku klien terhadap situasi yang dihadapinya. Instrumen ini menggunakan skala likert yaitu 4 : sangat sering (SS); 3 : sering (S); 2 : Kadang-kadang (KS); 1 : Tidak pernah (T). Instrumen ini diisi oleh klien langsung dan bila ada yang tidak dimengerti maka peneliti menjelaskannya. Instrumen ini untuk mengukur tingkat emosi marah pada klien, yang digunakan untuk screnning klien untuk menentukan tingkat emosi marah klien dengan baik: mampu menjawab 1-7 item pertanyaan, sedang: mampu menjawab 8-11 item pertanyaan, kurang: mampu menjawab 12-14 item pertanyaan dan buruk: mampu menjawab 15-17 item pertanyaan.

4.6.3 Kuesioner C (Instrumen kemampuan kognitif)

Merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur perubahan perilaku klien dari respon kognitifnya. Instrumen yang digunakan adalah pengembangan dari teori yang ada yang belum pernah di ujikan kepada klien. Instrumen yang digunakan adalah Stress-induced cognitif scale (SCS) oleh Kung, dkk (2006) dan Fauziah (2009) yang dimodifikasi oleh peneliti, yang memiliki validitas 0,94 dengan nilai (α) 0,97 ini berarti memiliki validitas dan konsistensi internal yang baik dengan Instrumen yang digunakan adalah kuesioner kemampuan mengatasi perilaku kekerasan yang terdiri dari 7 pertanyaan untuk kemampuan kognitif (Seluruhnya pertanyaan bersifat *favorable* yaitu pertanyaan nomor 1,2,3,4,5,6,7), menggunakan skala likert 1-5 dengan rentang nilai 10-50 yaitu :5 : Apabila anda tidak pernah berpikir seperti pernyataan (TP); 4 : Apabilan anda jarang berpikir seperti pernyataan (J); 3 : Apabila anda kadang-kadang berpikir seperti pernyataan (KD) ; 2 : Apabila anda sering berpikitr seperti pernyataan (S); 1 : Apabila anda selalu berpikir seperti pernyataan (SL).

4.6.4 Kuesioner D (Instrumen kemampuan perilaku)

Merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur perubahan perilaku responde dari respon afektifnya. Instrumen yang digunakan adalah pengembangan dari teori yang ada yang belum pernah di ujikan kepada

klien. Instrumen yang digunakan adalah *Novaco anger scale* yang dikembangkan oleh Novaco (1994) dan Fauziah (2009) yang telah dimodifikasi oleh peneliti yang memiliki *alpha cronbach* 0,97 dan (r) 0,86 memiliki validitas dan konsistensi internal yang baik dengan instrumen yang digunakan adalah kuesioner kemampuan mengatasi perilaku kekerasan yang terdiri dari 20 pertanyaan untuk kemampuan afektif (pernyataan negatif : 7 (1, 3, 4, 5, 6, 7, dan 8) dan pernyataan positif : 13 (2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, dan 20) dengan menggunakan skala likert 1-5. Untuk pernyataan *negative (unfavorable)* skor jawaban : 5 : Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan anda sangat marah; 4 : Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan anda marah; 3 : Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan anda ingin marah; 2 : Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan anda merasa terganggu; 1 : Apabila situasi pada pernyataan tidak membuat marah. Sedangkan untuk pernyataan positif (*favorable*) sebaliknya yaitu skor jawaban 5 : Apabila situasi pada pernyataan tidak membuat marah, 4 : Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan anda merasa terganggu, 3 : Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan anda ingin marah, 2 : Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan anda marah, 1 : Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan anda sangat marah. Instrumen ini diisi oleh klien langsung dan bila ada yang tidak dimengerti maka peneliti akan menjelaskannya.

4.6.5. Kuesioner E (Instrumen kemampuan sosial)

Merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur perubahan perilaku responde dari respon sosialnya. Instrumen yang digunakan pengembangan dari Putri (2009) dan Fauziah (2009) adalah pengembangan dari teori yang ada yang belum pernah diujikan kepada klien. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner kemampuan mengatasi perilaku kekerasan yang terdiri dari 8 pertanyaan untuk kemampuan sosialnya, pertanyaan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dan 8, seluruhnya bersifat *unfavorable*. Instrumen ini menggunakan skala likert yaitu: 4 : Apabila pernyataan anda lakukan tidak pernah; 3 : Apabila pernyataan anda lakukan kadang-kadang; 2 : Apabila pernyataan anda

lakukan sering; 1 : Apabila pernyataan anda lakukan sangat sering. Instrumen ini diisi oleh klien langsung dan bila ada yang tidak dimengerti maka peneliti menjelaskannya.

4.6.6. Panduan Modul Terapi Suportif

Modul merupakan panduan dalam melakukan terapi kelompok suportif dan digunakan untuk melaksanakan terapi kelompok suportif pada klien yang memiliki anggota diruangan dengan klien perilaku kekerasan yang diterapkan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Secara umum modul ini berisi mengenai pengertian, tujuan, prinsip, dan prosedur pelaksanaan terapi suportif. Modul Terapi kelompok suportif ini dibuat oleh Hernawati (2009) dan Widiastuti (2010) dengan dimodifikasi peneliti pada sasaran penelitian yang dibuat terdahulu untuk modul terapi suportif keluarga dengan setting komunitas, kemudian oleh peneliti di modifikasi dengan sasaran terapi kelompok suportif pada klien di setting rumah sakit jiwa. Berdasarkan teori dan konsep *supportive group*, pengembangan dari berbagai aktifitas *Support System Enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey & Bulechek (1996, dalam Stuart Laraia, 1998) dan *mutual support group* bagi klien menurut Chien, Chan, dan Thompson (2006).

4.7 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan bertujuan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini dilakukan pada klien di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Klien yang diikutsertakan sebagai klien untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai klien penelitian. Instrumen penelitian yang digunakan merupakan modifikasi peneliti yaitu kuesioner dan data demografi klien, yang telah dikonsulkan dengan ahli keperawatan jiwa Universitas Indonesia dan diuji validitas-reliabilitasnya.

4.7.1. Uji Validitas

Validitas artinya sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Uji validitas konstruksi dan validitas isi dengan cara membuat kisi-kisi instrumen, membandingkannya antara isi instrument dengan tujuan penelitian dan dikonsulkan ke pakar (pembimbing utama). Selanjutnya dilakukan uji coba pada 35 klien pada Rumah Sakit Jiwa Prof. Soeroso Magelang dan dianalisis faktor dengan mengkorelasikan antar skor item instrumen dengan skor total, dengan teknik uji korelasi *pearson product moment*. Pengujian validitas instrumen dilakukan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan keputusan uji bila r hitung lebih besar dari r tabel maka H_0 ditolak, artinya valid. Bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka H_0 gagal ditolak, artinya variabel tidak valid (Hastono, 2007).

4.7.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007).

Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama menghasilkan nilai yang sama. Uji reliabilitas dalam penelitian ini membandingkan antara *Cronbach's Coefficient-Alpha* dan nilai r -tabel. Menurut Hastono (2007), estimasi berdasarkan konsep varians atau variasi nilai antara dalam sampel dengan nilai koefisien 0,00-1,00. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila *Cronbach's Coefficient-Alpha* lebih besar dari nilai r -tabel. Pada penelitian ini uji reliabilitas yaitu dilakukan dengan cara uji coba

instrumen satu kali pada 35 orang, selanjutnya dilakukan pengujian dengan tehnik *Alpha Cronbach*.

Table 4.2

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrument penelitian

Variable	Jumlah pertanyaan		No yang valid	No item yang dibuang	Validitas	Reabilitas
	Sebelum uji	Sesudah uji				
Skala emosi marah	20	16	2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, dan 20	1, 5, 10 dan 16	0.353 – 0.725	0.872
Kognitif	10	7	3, 4, 5, 6, 7, 8, dan 10	1, 2 dan 9	0.334 - 0.730	0.764
Perilaku	23	20	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 17, 19, 20, 21, 22, dan 23	2, 6, dan 18	0.346 - 0.672	0.918
Sosial	9	8	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, dan 9	5	0.322 - 0.800	0.770

Hasil uji instrumen menunjukkan skala emosi menunjukkan bahwa terdapat 4 pertanyaan yang dibuang, karena meskipun sudah di modifikasi tetap tidak valid, jadi dari 20 pertanyaan awal jumlah item pertanyaan akhir 16 pertanyaan (kuesioner B). Untuk instrumen kognitif ada tiga item pertanyaan yang dibuang karena tidak valid, meskipun sudah dimodifikasi tetap tidak valid, jadi dari 10 pertanyaan awal jadi jumlah pertanyaan akhir sebanyak 7 pertanyaan (kuesioner C). Untuk instrumen perilaku ada tiga item pertanyaan yang dibuang karena tidak valid meskipun sudah dimodifikasi tetap tidak valid, dari pertanyaan awal 23 jadi jumlah akhir sebanyak 20 pertanyaan (kuesioner D). Sedangkan untuk instrumen sosial ada satu item pertanyaan yang dibuang karena tidak valid, meskipun sudah dimodifikasi tetap tidak valid jadi dari 9 pertanyaan awal menjadi 8 pertanyaan akhir (kuesioner E) dari proporsi uji validitas reabilitas dapat dilihat pada tabel 4.2.

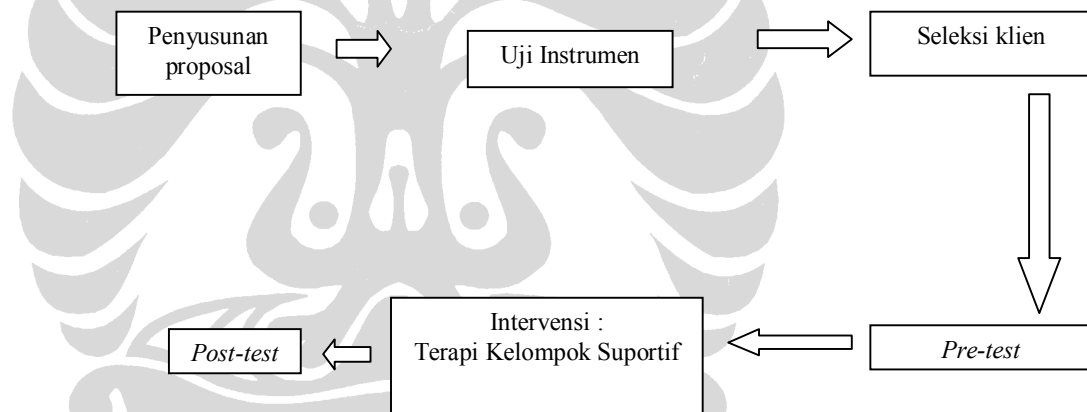
4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Proses penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Mengurus surat perijinan lolos uji etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- b. Mengurus surat perijinan dari Direktur RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- c. Mengumpulkan klien disalah satu ruangan Rumah sakit yang sudah ditetapkan oleh RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- d. Menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian
- e. Meminta persetujuan untuk berpartisipasi dan mengisi lembar persetujuan
- f. Klien akan di minta menjawab pertanyaan yang di ajukan peneliti
- g. Angket dikumpulkan untuk diolah.

Skema 4.1
Kerangka kerja pelaksanaan penelitian pengaruh TKS
terhadap kemampuan mengatasi Perilaku Kekerasan klien Skizofrenia
di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang



Prosedur penelitian dilaksanakan dalam dua tahap, yang meliputi:

1. Tahap persiapan

Pada tahap ini, pertama peneliti mengidentifikasi daftar klien yang memenuhi kriteria inklusi pada sampel penelitian kemudian peneliti melakukan *screening* untuk mendapatkan klien yang minimal tingkat skala emosi marah sedang dengan kuesioner B. Kemudian peneliti memberikan lembar penjelasan penelitian dan menjelaskan tujuan serta konsekuensi dari penelitian. Klien diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang tidak dimengertinya dan bila ada pertanyaan, peneliti menjelaskannya. Selanjutnya, peneliti menyerahkan lembar persetujuan

menjadi klien atau *informed consent* kepada klien. Penandatanganan yang dilakukan oleh klien (yang akan mengikuti pertemuan) berarti menyatakan bahwa klien bersedia menjadi klien dalam penelitian ini.

Pada penelitian ini, peneliti dibantu oleh perawat ruangan sebagai observer. Tujuannya diikutsertakan perawat ruangan adalah untuk meminimalkan membantu mengisi ceklis pada lembar evaluasi klien pada saat dilakukan terapi kelompok suportif. Dalam penelitian ini peneliti melakukan terapi sendiri dengan dibagi dalam empat kelompok, yaitu terbagi dalam dua kelompok pagi dan dua kelompok siang sesuai dengan kesepakatan klien.

2. Tahap pelaksanaan

Pada tahap ini dilaksanakan *pre test*, pelaksanaan terapi, dan *post test*. Setelah klien menandatangani *informed consent*, selanjutnya dilakukan *pre test* dengan diberikan instrumen data demografi A, instrumen C untuk mengukur respon kognitif, instrumen D untuk mengukur perilaku dan instrumen E untuk mengukur respon sosial. Klien tinggal memberi tanda *checklist* (✓) pada kolom yang disediakan. Setelah mengisi kuesioner, klien diminta menyerahkan kembali kuesioner *pre test* yang telah diisi.

Selanjutnya klien akan berkumpul di tempat yang telah disepakati pada hari yang berbeda untuk diberikan TKS (sesi I). Pada sesi I ini dilaksanakan pada tanggal 25 Mei 2011, pada sesi I ini tidak ada pengulangan di hari kedua yang direncanakan, klien diharapkan mampu mengidentifikasi kemampuan klien dan sumber pendukung yang ada. Terapis dan klien mendiskusikan mengenai apa yang diketahui klien mengenai kemampuan mengatasi perilaku kekerasan atau marah, cara yang biasa dilakukan klien dan hambatannya dalam diri klien, serta sumber pendukung yang ada. Selain itu, memberi motivasi pada klien untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberi umpan balik positif kepada klien

mengenai cara mengatasi perilaku kekerasan yang sudah benar dilakukannya selama ini, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai cara mengatasi perilaku kekerasan yang belum diketahui/belum dipahami. Setelah sesi I berakhir, klien mendokumentasikan apa yang didiskusikan selama pertemuan mengenai kemampuan positifnya dalam merawat klien dan masalah yang dihadapinya, serta menjelaskan sumber pendukung yang ada.

Pelaksanaan sesi II dilakukan pada tanggal 27 Mei 2011 pada sesi II ini tidak ada pengulangan pada hari berikutnya. Pada sesi II ini, klien diharapkan mampu menggunakan sistem pendukung dalam klien dan mengidentifikasi hambatannya. Pada sesi kedua ini, terapis dan kelompok mendiskusikan mengenai kemampuan positifnya dalam menggunakan sistem pendukung di dalam keluarga dan hambatannya, serta meminta anggota kelompok untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di dalam keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Setelah sesi dua berakhir, kelompok mendokumentasikan apa yang didiskusikan selama pertemuan mengenai daftar sistem pendukung yang ada di dalam keluarga dan penggunaannya.

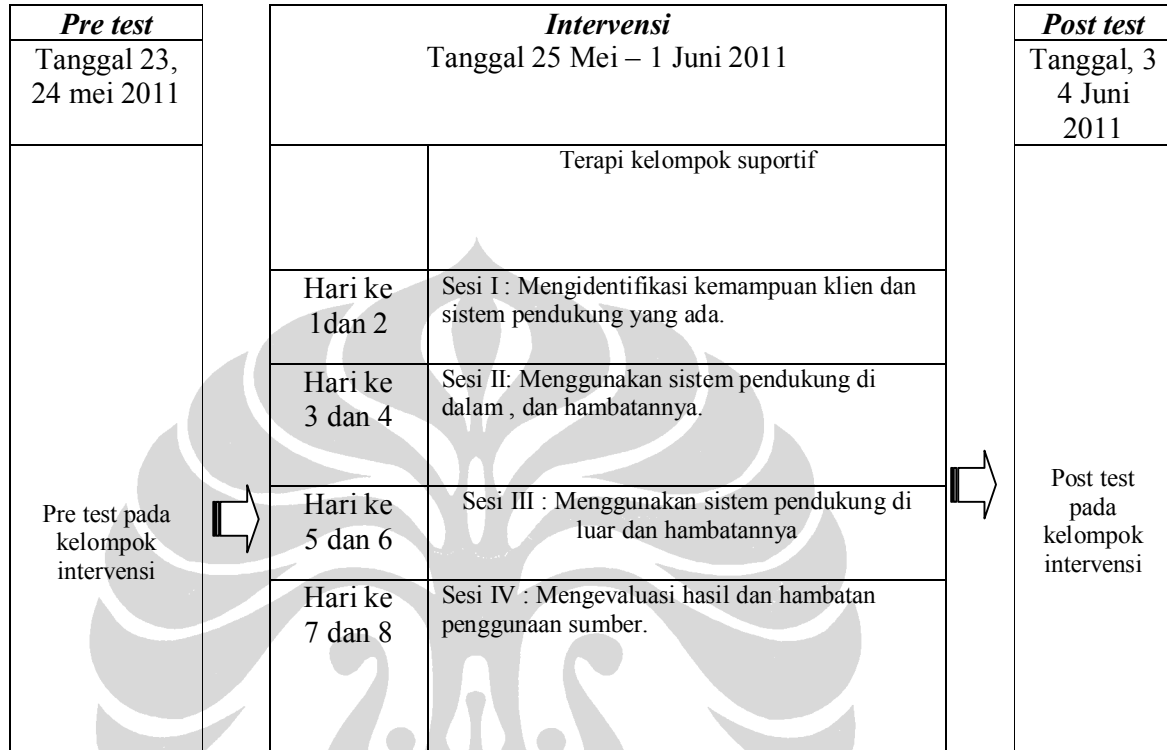
Pada pelaksanaan sesi III ini dilaksanakan pada tanggal 29 Mei 2011 pada sesi III ini tidak ada pengulangan sesi, klien diharapkan mampu menggunakan sistem pendukung di luar diri klien dan mengidentifikasi hambatannya. kelompok diharapkan mampu menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan mengidentifikasi hambatannya. Terapis dan kelompok mendiskusikan mengenai kemampuan positif anggota kelompok dalam menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan hambatannya dan meminta anggota kelompok untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Setelah sesi ketiga berakhir, kelompok mendokumentasikan apa yang didiskusikan selama pertemuan

mengenai daftar kemampuannya dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

Pada pelaksanaan sesi IV ini dilaksanakan pada tanggal 31 Mei 2011 pada sesi IV ini tidak ada pengulangan sesi, terapis dan kelompok mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dalam sesi sebelumnya, apakah tujuan yang telah ditentukan dapat tercapai, mendiskusikan hambatan yang dihadapi kelompok, mengidentifikasi kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga, dan bagaimana kebutuhan tersebut dipenuhi serta mendiskusikan kelanjutan penggunaan sumber pendukung setelah keluar dari rumah sakit. Setelah sesi ini berakhir, kelompok mendokumentasikan apa yang didiskusikan selama pertemuan mengenai hambatan dan upaya menggunakan berbagai sumber dukungan yang ada baik di dalam dan di luar keluarga.

Pada tahap akhir pelaksanaan pengumpulan data, peneliti kembali meminta klien mengisi kuesioner (instrumen C, D dan E). Pengisian kuesioner dilakukan setelah klien menyelesaikan keempat sesi TKS dan dilakukan oleh kader pada hari yang berbeda. Kerangka kerja dapat dilihat pada Skema 4.2.

Skema 4.2
Kerangka Kerja Terapi kelompok suportif Terhadap
kemampuan mengatasi Perilaku Kekerasan
Pada Klien Skizofrenia



4.8 Analisis data

4.8.1 Pengolahan Data

Hastono (2007) memaparkan bahwa pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti harus lalui yaitu *editing*, *coding*, *processing*, dan *cleaning*.

Data yang telah dikumpulkan pada penelitian ini selanjutnya diolah dengan menggunakan program komputer dengan beberapa tahapan yaitu merkapitulasi hasil jawaban kuesioner yang diisi oleh klien kemudian dilakukan :

a. *Editing*

Dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan (Hastono, 2007). Peneliti memberi kode pada setiap klien untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah data diedit kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kontrol.

c. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh serta sudah melewati pengkodean maka langkah peneliti selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* dari data kuesioner ke paket program komputer.

d. *Cleaning*

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 ke komputer. Setelah data didapat kemudian dilakukan pengecekan kembali apakah data yang ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai sehingga data siap dianalisis.

4.9.1 Analisa Data

Untuk melakukan pengujian hipotesis, analisis data yang dilakukan adalah:

a. 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 frekuensi dirawat yang dideskripsikan dengan mean, median, dan standar deviasi. Data kategorik yang meliputi : pendidikan, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan dianalisis untuk menghitung frekuensinya. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/ sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan sebelum dan sesudah mengikuti terapi kelompok suportif di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.3
Analisis Bivariat Variabel

A. Uji analisis karakteristik klien terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan			
No	Karakteristik klien	Tanda dan gejala	Cara analisis
1	Usia (data numerik)	Respon kognitif (Data numerik)	<i>Korelasi pearson</i>
2	Jenis Kelamin (data kategorik)	Respon kognitif (data numerik)	<i>Dependent t-test</i>
3	Status perkawinan (data kategorik)	Respon kognitif (data numerik)	<i>Anova</i>
4	Pendidikan (data kategorik)	Respon kognitif (data numerik)	<i>Anova</i>
5	Pekerjaan (data kategorik)	Respon kognitif (data numerik)	<i>Anova</i>
6	Frekuensi dirawat (data nominal)	Respon kognitif (data numerik)	<i>Korelasi pearson</i>

B. Uji analisis karakteristik klien terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan

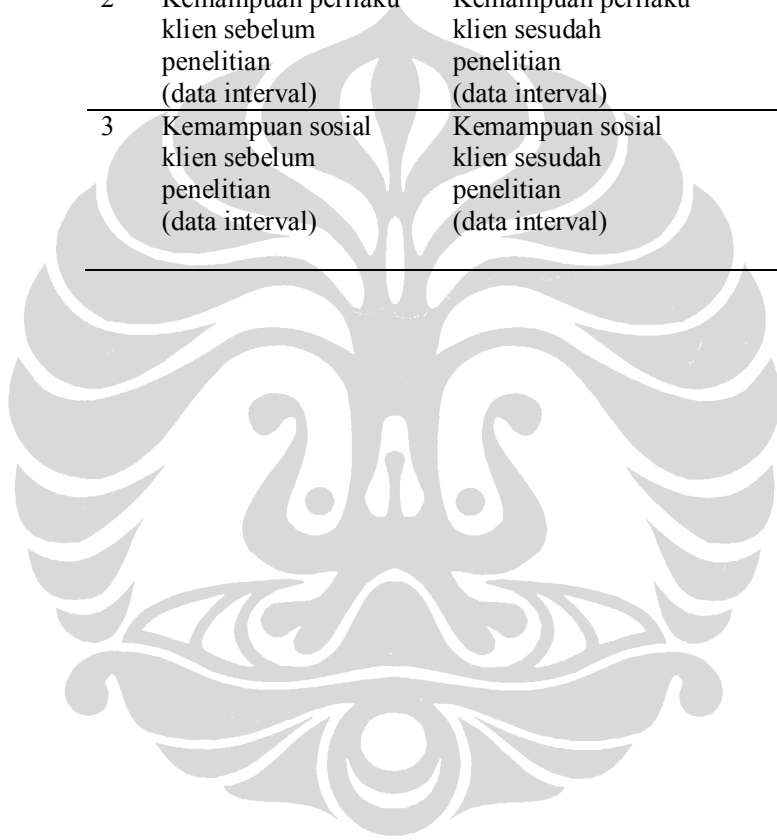
No	Karakteristik klien	Tanda dan gejala	Cara analisis
1	Usia (data numerik)	Respon perilaku (data numerik)	<i>Korelasi pearson</i>
2	Jenis Kelamin (data kategorik)	Respon perilaku (data numerik)	<i>Dependent t-test</i>
3	Status perkawinan (data kategorik)	Respon kognitif (data numerik)	<i>Anova</i>
4	Pendidikan (data kategorik)	Respon perilaku (data numerik)	<i>Anova</i>
5	Pekerjaan (data kategorik)	Respon kognitif (data numerik)	<i>Anova</i>
6	Frekuensi dirawat (data nominal)	Respon perilaku (data numerik)	<i>Korelasi pearson</i>

C. Uji analisis karakteristik klien terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan

No	Karakteristik klien	Tanda dan gejala	Cara analisis
1	Usia (data numerik)	Respon sosial (data numerik)	<i>Korelasi pearson</i>
2	Jenis Kelamin (data kategorik)	Respon sosial (data numerik)	<i>Dependent t-test</i>
3	Status perkawinan (data kategorik)	Respon sosial (data numerik)	<i>Anova</i>
4	Pendidikan (data kategorik)	Respon sosial (data numerik)	<i>Anova</i>
5	Pekerjaan (data kategorik)	Respon sosial (data numerik)	<i>Anova</i>
6	Frekuensi dirawat (data nominal)	Respon sosial (data numerik)	<i>Korelasi pearson</i>

Tabel 4.3 Analisis Bivariat variabel

Analisis tanda dan gejala perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi kelompok suportif			
No	Variabel kemampuan klien sebelum intervensi	Variabel kemampuan klien sesudah intervensi	Cara analisis
1	Kemampuan kognitif klien sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan kognitif klien sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent t-test</i>
2	Kemampuan perilaku klien sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan perilaku klien sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent t-test</i>
3	Kemampuan sosial klien sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan sosial klien sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent t-test</i>



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian Pengaruh Terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizoprenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondhohutomo Kota Semarang yang dilaksanakan pada tanggal 23 Mei – 4 Juni 2011. Jumlah klien yang direncanakan sejumlah 52 klien namun pada pelaksanaannya klien setelah dilakukan srenning dan yang sesuai criteria inklusi, sehingga jumlah klien yang mengikuti seluruh proses penelitian hanya 42 klien sesuai kriteria inklusi kemudian dilakukan *pre test* dan *post test* yang hasilnya dibandingkan. Uraian tentang hasil penelitian ini terdiri dari empat bagian yaitu proses pelaksanaan terapi suportif, karakteristik klien perilaku kekerasan, analisis pengaruh terapi kelompok suportif, dan hubungan antara karakteristik klien dan kemampuan mengatasiklien perilaku kekerasan yang akan diuraikan berikut ini:

5.1 Proses Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif.

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang pelaksanaan terapi kelompok suportif mulai dari persiapan penelitian dengan membina hubungan percaya, melakukan kontrak kegiatan, menjelaskan tujuan penelitian, menandatangani lembar persetujuan penelitian. Pelaksanaan penelitian dimulai dengan melakukan *pre test*, pelaksanaan terapi suportif tiap sesi dan terminasi serta *post test*.

5.1. Analisis univariat

5.2.1 Karakteristik Responden

Bagian ini menjelaskan tentang karakteristik klien yang meliputi Usia dan frekuensi dirawat. Hasil analisis menggambarkan distribusi klienterapi kelompok suportif. Analisis usia dan frekuensi dirawat dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.1

Tabel 5.1
Distribusi Rerata berdasarkan usia dan frekuensi dirawat di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondo Hutomo Semarang, Juni 2011 (N=42)

Karakteristik	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
1. Usia	29.33	28.50	7.76	18-50	25,23-40,22
2. Frekuensi dirawat	2.6	2	2.98	1-13	1,45- 11,25

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.1 diketahui bahwa kebanyakan klien rata-rata usianya adalah 29.33 tahun. Rerata frekuensi dirawat 2.6 kali.

Tabel 5.2
Distribusi frekuensi klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan pekerjaan, di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondo Hutomo Semarang, Juni 2011

No.	Karakteristik	N	%
1.	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	24	57,1
	b. Perempuan	18	42,9
2.	Status Perkawinan		
	a. kawin	11	26,2
	b. tidak kawin	23	54,8
	c. janda	4	9,5
	d. duda	4	9,5
3.	Pendidikan		
	a. SD	14	33,3
	b. SMP	21	50
	c. SMA	5	11,9
	d. Perguruan Tinggi	2	4,8
4.	Pekerjaan		
	a. buruh	26	61,9
	b. karyawan swasta	12	28,6
	c. wiraswasta	2	4,8
	d. PNS	2	4,8

Hasil analisis pada tabel 5.4 karakteristik klien skizofrenia pada penelitian ini dengan proporsi terbanyak adalah laki-laki 57.1%. klien bertatus tidak kawin (54,8%), pendidikan SMP (50%), pekerjaan sebagai buruh (61,9%).

5.2.2 Kemampuan mengatasi Perilaku Kekerasan Sebelum Dilakukan Terapi Kelompok Suportif

Bagian ini melaskan nilai tendensi sentral kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi kelompok suportif.

Tabel 5.3
Analisis kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi kelompok suportif di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Juni 2011 (n=42)

Kelompok	Mean	SD	Min-Max	95% CI
1. Kemampuan respon kognitif (pretest)	18.93	2.389	21-23	5.138-9.005
2. Kemampuan respon perilaku (pretest)	51.90	6.434	62-93	19.185-30.577
3. Kemampuan respon sosial (pretest)	22.83	1.925	25-31	3.245-5.850

Tabel 5.3 memperlihatkan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi kelompok suportif dilihat dari kemampuan mengatasi kognitif klien sebesar 18.93 dengan standar deviasi 2.389, nilai minimal 21 dan nilai maksimal 32. Kemampuan mengatasi perilaku klien dengan nilai rata-rata 51.90 dengan standard deviasi 6.434, nilai minimal 62 dan nilai maksimal 93. Kemampuan mengata sisosial klien didapatkan pada sebelum diberikan terapi kelompok suportif rata-rata 22.83, dengan standar deviasi 1.925 dengan nilai minimal 25 dan nilai maksimal 31.

5.3 Analisis Bivariat

Bagian ini membahas analisis kemampuan mengatasi perilaku kekerasan meliputi, hubungan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah dilakukan terapi kelompok suportif dan perbedaan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum dan sesudah dilakukan terapi kelompok suportif.

5.3.1 Perbedaan Kemampuan sebelum dan sesudah pemberian Terapi Kelompok Suportif

- Perbedaan terapi kelompok suportif sebelum dan sesudah dalam kemampuan mengatasi perilaku kekerasan dengan kemampuan respon kognitif.

Bedasarkan table 5.4 terdapat selisih skor rata-rata kemampuan kognitif sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif pada klien perilaku kekerasan sebesar 7.07. hasil uji statistik dependent t-test didapatkan $p=0.000$, artinya ada perbedaan yang signifikan kemampuan kognitif sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo kota Semarang.

Table 5.4
Analisis skor kemampuan respon kognitif klien sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif pada klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011

Variabel	kemampuan respon kognitif					P value
	N	Mean	SD	SE	t	
Sebelum	42	18.93	2.389	0,59	-19,28	0.000
sesudah		26.00	5.019	0,56		
Selisih		7.07	-2.63	-0,03		

- b. Perbedaan terapi kelompok suportif sebelum dan sesudah dalam kemampuan mengatasi perilaku kekerasan dengan kemampuan perilaku.

Table 5.6
Analisis skor perbedaan kemampuan perilaku klien sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif pada klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011(N=42)

Variabel	kemampuan kognitif					P value
	N	Mean	SD	SE	t	
Sebelum	42	51.90	8.452	0,59	-17,23	0.000
sesudah		76.79	6.434	0,56		
Selisih		24.89	2.018	-0,03		

Bedasarkan table 5.6 terdapat selisih skor rata-rata kemampuan perilaku sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif pada klien perilaku kekerasan sebesar 24.89. Hasil uji statistik

dependent t-test didapatkan $p=0.000$, artinya ada perbedaan yang signifikan kemampuan perilaku sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo kota Semarang.

- c. Perbedaan terapi kelompok suportif sebelum dan sesudah dalam kemampuan mengatasi perilaku kekerasan dengan kemampuan sosial.

Table 5.7
Analisis skor perbedaan kemampuan sosial klien sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif pada klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011(N=42)

Variabel	kemampuan kognitif					P value
	N	Mean	SD	SE	T	
Sebelum	42	22.83	1.925	0.29		0.000
sesudah		27.38	2.590	0.70	-15,58	
Selisih		4.55	-0.665	-0.41		

Bedasarkan table 5.7 terdapat selisih skor rata-rata kemampuan sosial sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif pada klien perilaku kekerasan sebesar 4.55. hasil uji statistik dependent t-test didapatkan $p=0.000$, artinya ada perbedaan yang signifikan kemampuan sosial sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo kota Semarang.

5.3.2 Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan

- a) Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan respon kognitif
Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan mengatasi kognitif klien menurut usia dilakukan dengan analisis korelasi pearson yang dapat dilihat pada tabel 5.8.

Table 5.8

Analisis hubungan usia dan frekuensi dirawat dengan kemampuan kognitif di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, Juni 2011 (n=42)

Karakteristik klien	Kognitif	
	N	P value
Usia	42	0.171
Frekuensi dirawat	42	0.795

Hasil uji statistik korelasi pearson di dapat tidak ada hubungan antara usia dan frekuensi dirawat dengan kemampuan kognitif setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p>0.05$).

Table 5.9

Analisis hubungan jenis kelamin dengan kemampuan kognitif pada klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011 (n=42)

Karakteristik klien	Kognitif					P value
	N	Mean	SD	SE	T	
Jenis kelamin	42	38.97	10.99	2.01	0.660	1.000

Hasil uji statistik dependent t-test di dapat tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan kognitif setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p>0.05$).

Tabel 5.10
Analisis hubungan pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan klien dengan kemampuan kognitif pada klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011

Karakteristik klien	Kognitif				P value
	N	Mean	df	F	
1. Pendidikan	42	25.442	38	0.865	0.468
2. Pekerjaan	42	24.370	38	1.460	0.241
3. Status perkawinan	42	25.689	38	0.738	0.738

Hasil uji statistik Anova di dapat tidak ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan dengan kemampuan kognitif setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p>0.05$).

b) Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan perilaku

Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan perilaku klien menurut usia dan frekuensi dirawat dilakukan dengan analisis korelasi pearson yang dapat dilihat pada tabel 5.11.

Table 5.11
Analisis hubungan usia dan frekuensi dirawat dengan kemampuan perilaku klien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, Juni 2011 (n=42)

Karakteristik klien	Perilaku	
	N	P value
Usia	42	0.162
Frekuensi dirawat	42	0.639

Hasil uji statistik korelasi pearson di dapat tidak ada hubungan antara usia dan frekuensi dirawat dengan kemampuan kognitif setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku

kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p>0.05$).

Table 5.12

Analisis hubungan jenis kelamin klien dengan kemampuan perilaku pada perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011 (n=42)

Karakteristik klien	Perilaku					P value
	N	Mean	SD	SE	T	
Jenis kelamin	42	37.97	14.99	2.51	0.560	0.562

Hasil uji statistik dependent t-test di dapat tidak ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan dengan kemampuan perilaku setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p>0.05$).

Table 5.13

Analisis hubungan pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan dengan kemampuan perilaku klien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011

Karakteristik klien	Perilaku				P value
	N	Mean	Df	F	
1. Pendidikan	42	341.513	38	0.962	0.421
2. Pekerjaan	42	361.916	38	0.190	0.902
3. Status perkawinan	42	351.345	38	0.577	0.633

Hasil uji statistik Anova di dapat tidak ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan dengan kemampuan perilaku setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p>0.05$).

c) Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan sosial

Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan sosial klien menurut usia dan frekuensi dirawat dilakukan dengan menggunakan analisis korelasi pearson yang dapat dilihat pada tabel 5.14.

Table 5.14

Analisis hubungan usia dan frekuensi dirawat terhadap kemampuan sosial klien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, Juni 2011

Karakteristik klien	Sosial	
	N	P value
Usia	42	0.001
Frekuensi dirawat	42	0.081

Hasil uji statistik korelasi pearson di dapat tidak ada hubungan antara usia dan frekuensi dirawat dengan kemampuan sosial setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p > 0.05$).

Table 5.15

Analisis hubungan jenis kelamin dengan kemampuan sosial klien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011

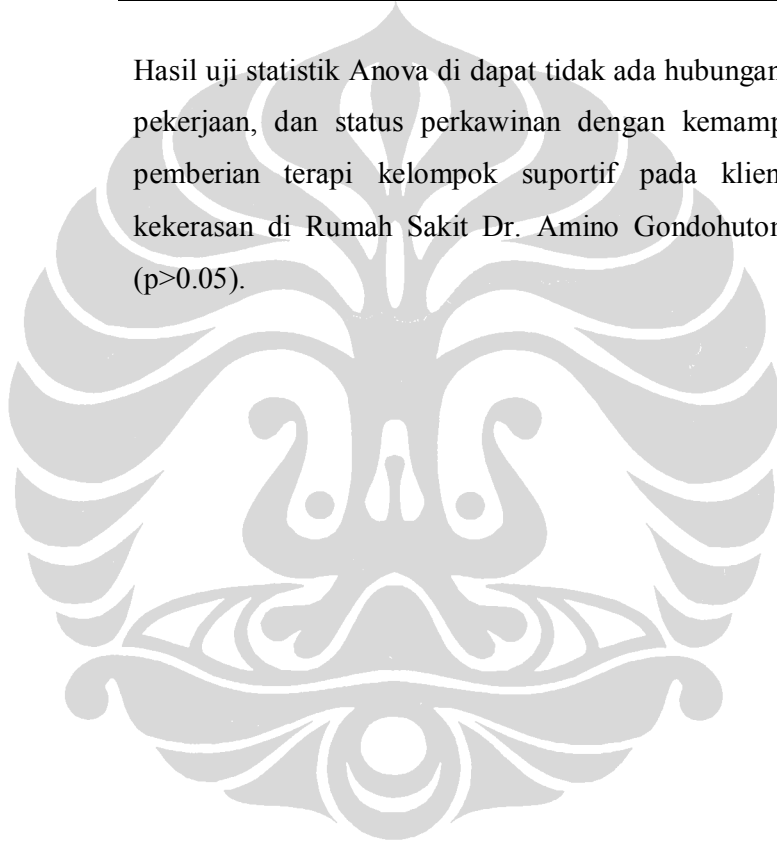
Karakteristik klien	Social					
	N	Mean	SD	SE	T	P value
Jenis kelamin	42	47.96	19.69	3.59	0.654	1.000

Hasil uji statistik dependent t-test di dapat tidak ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan dengan kemampuan kognitif setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p > 0.05$).

Table 5.16
 Analisis hubungan pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan
 dengan kemampuan sosial klien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino
 Gondohutomo Kota Semarang, 2011 (N=42)

Karakteristik klien	Social				P value
	N	Mean	df	F	
1. Pendidikan	42	21.736	38	0.580	0.631
2. Pekerjaan	42	21.771	38	0.559	0.645
3. Status perkawinan	42	19.034	38	2.461	0.077

Hasil uji statistik Anova di dapat tidak ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan dengan kemampuan sosial setelah pemberian terapi kelompok suportif pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang ($p>0.05$).



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya. Aspek yang dijelaskan adalah keterbatasan penelitian yang terkait dengan desain penelitian yang digunakan dan karakteristik sampel yang digunakan; dan selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan kepentingan penelitian penelitian. Klien yang mengalami perilaku kekerasan yang mempengaruhi kemampuan mengatasi perilaku kekerasan yang dicapai klien. Hasil *screening* menunjukkan bahwa kebanyakan klien berada pada tingkat emosi sedang dan beberapa yang mengalami emosi kurang dan buruk dilaporkan sebagian keperawatan untuk ditindaklanjuti. Kondisi ini perlu ditangani, salah satunya dengan memberikan terapi kelompok suportif bagi klien perilaku kekerasan.

6.1 Perbedaan kemampuan mengatasi dalam sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif .

Perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia dikaji melalui respon kognitif, perilaku dan social (Boyd, 1996). Dalam bab ini akan diuraikan pengaruh terapi kelompok suportif terhadap respon kognitif, perilaku dan sosial perilaku kekerasan serta variabel confounding yang berkontribusi.

6.1.1 Perilaku kekerasan sebelum terapi kelompok suportif.

Hasil penelitian yang menunjukkan perilaku baik respon kognitif, perilaku dan sosial perilaku kekerasan klien skizoprenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebelum terapi kelompok suportif berada pada rentang sedang dan kurang. Hasil penelitian yang dilakukan Keliat (2003) menyebutkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarag dan klien untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena berisiko membahayakan bagi diri sendiri dan orang lain. Perilaku kekerasan menjadi alasan

masuk yang paling utama klien gangguan jiwa di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang pada bulan Mei 2011 yaitu sebanyak 144 kasus 55%. Perilaku kekerasan merupakan kasus yang cukup banyak dijumpai dan menjadi alasan utama keluarga untuk merawat anggota keluarga dan gangguan jiwa ke rumah sakit jiwa karena membahayakan bagi klien dan orang lain. Berdasarkan hal tersebut perlu peningkatan kemampuan mengatasi klien dalam perilaku kekerasan sehingga klien memiliki pemahaman dan kemampuan mengatasidalam menghadapi anggota keluarga, masyarakat dengan perilaku kekerasan.

6.1.2 Perilaku kekerasan setelah mendapat terapi kelompok suportif

Pada bagian ini akan dibahas tentang pengaruh terapi kelompok suportif terhadap respon kognitif, perilaku dan sosial.

a. Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan kognitif

Hasil penelitian menunjukkan p value lebih kecil dari alpa, dengan nilai p sebesar 0.000 ($p > \alpha ; 0.05$) ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan terhadap kemampuan kognitif dengan klien yang mendapat terapi kelompok suportif. Manajemen perilaku kekerasan diantaranya restrukturisasi kognitif. Dengan restrukturisasi kognitif akan membantu latihan yang lebih baik terhadap kepercayaan dan pikiran yang mendasari perasaan marah. Ini seperti pendapat yang dikemukakan oleh Boyd dan Nihart bahwa klien perilaku kekerasan mengalami perubahan respon kognitif berupa gangguan proses berpikir, gangguan dalam mngepresikan sesuatu serta ketidakmampuan membuat suatu alasan.

Terapi kelompok suportif terdiri dari tiga prinsip dasar yaitu ekspresi perasaan, dukungan sosial dan keterampilan manajemen kognitif. Dukungan sosial dan ekspresi perasaan memberikan dorongan emosi yang kuat bagi anggota kelompok dan mengembangkan sumber pendukung yang baru bagi mereka. Keliat & Sinaga (1991), bahwa latihan asertif akan melatih setiap individu menerima diri sebagai

orang yang mengalami marah dan membantu mengepresikan diri dalam menemukan alasan kenapa melakukan marah.

Dari hasil penelitian dan penjelasan di atas menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis dan terapi kelompok suportif efektif untuk meningkatkan kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan sehingga lebih adaptif dalam menghadapi suatu adanya stressor. Terapi generalis perilaku kekerasan memberikan kemampuan mengatasipada klien berupa pengetahuan tentang marah baik penyebab marah, kemampuan mengatasi marah, perilaku mengepresika marah dan akibat serta menjelaskan cara espresi marah yang lebih konstruktif.

Dari uraian diatas didapatkan bahwa pemberian terapi kelompok suportif akan menurunkan respon kognitif. respon kognitif lebih besar jika pemberian terapi generalis dipadu dengan terapi kelompok suportif dari pada hanya pemberian terapi generalis saja.

b. Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat yang bermakan terhadap respon perilaku setelah mendapatkan terapi kelompok suportif. Hasil analisis penelitian menunjukkan p value lebih kecil dari alpa, dengan nilai p sebesar 0.000 ($p > \alpha ; 0.05$). Dalam pemberian terapi perilaku kekerasan melatih klien kemampuan mengatasi secara perilaku berupa pemahaman tentang perilaku kekerasan, afektif berupa kemampuan mengatasi untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilatih dan psikomotor berupa cara mengontrol perilaku kekerasan secara konstruktif.

Pemberian terapi kelompok suportif berdampak respon perilaku yang cukup besar. Terapi kelompok suportif merupakan sala satu

jenis terapi kelompok untuk merubah perilaku, perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan klien. Gambaran perilaku yang akan dipelajari, mempelajari perilaku baru melalui petunjuk dan demonstrasi, role play yaitu mempraktekkan perilaku baru dengan memberikan umpan balik dan mengaplikasikan perilaku baru dalam situasi nyata. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Miller dan Harsen (1997) menyatakan bahwa perubahan perilaku yang baik dapat dilakukan dengan tehnik asertif. Penelitian oleh Renidayati (2008) menyatakan pemberian terapi sosial skill training untuk meningkatkan kemampuan mengatasi perilaku dalam berkomunikasi yang dilakukan dengan empat tahapan tersebut, menunjukkan hasil yang signifikan.

Dari penjelasan di atas menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis dan terapi kelompok suportif menurunkan respon perilaku lebih besar daripada hanya dengan terapi generalis saja. Sehingga perlu diupayakan peningkatan kualitas sumberdaya perawat dalam pelaksanaan terapi generalis serta terapi kelompok suportif.

c. Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi sosial

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat yang bermakna respon sosial setelah diberikan terapi generalis dan terapi kelompok suportif, sehingga ada hubungan yang bermakna setelah diberikan terapi kelompok suportif pada kemampuan mengatasi perilaku kekerasan. Secara substansi menunjukkan bahwa p value lebih kecil dari alpha, dengan nilai p sebesar 0.000 ($p < \alpha ; 0.05$). Klien dengan perilaku kekerasan akan mengalami perubahan dalam respon sosial yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam melakukan hubungan interpersonal secara tepat. Kemampuan psikomotor klien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial selain mempengaruhi kemampuan

lingkungan. Hal ini sesuai dengan sosial learning theory dari Bandura yang menjelaskan tingkah laku manusia merupakan bentuk interaksi timbal balik yang terus menerus antara kognitif, perilaku dan lingkungan. Orang saling mempengaruhi tingkah lakunya dengan mengontrol lingkungan dan juga dikontrol oleh lingkungan. Kondisi lingkungan perawatan yang tidak kondusif dan kurang privacy serta kebiasaan komunikasi tenaga kesehatan yang merawat yang kurang terapeutik dapat mempengaruhi kebiasaan komunikasi klien. Untuk itu perawat perlu membiasakan komunikasi terapeutik selama melakukan asuhan keperawatan dan diperlukan tempat perawatan yang kondusif serta memperhatikan privacy klien.

Pemberian terapi kelompok suportif akan memotivasi klien untuk lebih berperan aktif berpikir dan berlatih terhadap kemampuan sosial yang di ajarkan. Hal ini menyebabkan pemberian terapi generalis dipadu dengan terapi kelompok suportif lebih efektif untuk menurunkan respon sosial.

6.2 Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan kognitif dalam kemampuan mengatasi perilaku kekerasan

Hasil penelitian menunjukkan ada kontribusi karakteristik klien terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan. Hal ini membuktikan bahwa perubahan perilaku kekerasan pada penelitian ini tidak semata-mata karena pemberian terapi kelompok suportif, tetapi juga dipengaruhi oleh karakteristik yang lain, yang dibahas sebagai berikut :

6.2.1 Usia dengan kemampuan kognitif

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar usia klien pada proporsi usia dewasa tengah. Rata-rata usia klien adalah (29.3 tahun) dimana usia tersebut adalah usia matang seseorang dalam pencapaian kematangan jiwa seseorang. Hasil uji dependent t-test menunjukkan p value lebih besar dari alpa berarti tidak ada perbedaan yang signifikan setelah terapi

kelompok suportif antara usia dengan kemampuan mengatasi kognitif klien dalam mengatasi perilaku kekerasan, dimana nilai p sebesar 0.171 ($p > \alpha; 0.05$).

Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Emery (2000) menyatakan dalam menuju maturasi psikososial manusia menjalankan tugas perkembangan sesuai dengan proses perkembangannya. Sebaliknya tugas perkembangan yang tidak dijalankan dengan baik akan memberikan dampak psikososial dikemudian hari. Seseorang yang mempunyai usia dewasa lebih mudah mengalami emosi atau berperilaku emosional tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya. Usia dapat mempengaruhi psikososial seseorang, semakin tinggi usia semakin baik tingkat kematangan emosi seseorang dan kemampuannya dalam menghadapi berbagai persoalan. Sehingga menurut peneliti meskipun usia klien saat ini adalah usia pencapaian kematangan seseorang tetapi bukan berarti dalam kemampuan mengatasi juga maksimal. Bahkan bisa jadi karena usia klien bukan usia pencapaian puncak kemampuan mengatasi maka justru klien kurang mampu menggunakan kemampuannya.

6.2.2 Jenis kelamin dengan kemampuan mengatasi kognitif

Klien penelitian ini adalah klien dengan tingkat emosi marah sedang, dimana mayoritas klien berjenis kelamin laki-laki, dengan persentase sebesar 57.1%. Dari hasil uji dependent t-test menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kemampuan mengatasi kognitif klien dalam perilaku kekerasan, dimana nilai p sebesar 1.000 ($p > \alpha; 0.05$). Besarnya persentase klien laki-laki yang menjadi klien dikarenakan jumlah klien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang lebih banyak klien laki-laki daripada klien perempuan dengan perbandingan sekitar tiga banding satu. Besarnya jumlah klien yang berjenis kelamin laki-laki mempengaruhi hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kemampuan klien dalam perilaku

kekerasan dipengaruhi oleh jenis kelamin klien. Hal ini sejalan dengan pendapat Howritz (2002 dalam Townsend, 2009) yang menjelaskan bahwa jenis kelamin mempengaruhi kemampuan mengatasi klien dalam perilaku kekerasan, dimana angka perilaku kekerasan lebih tinggi terjadi pada klien laki-laki daripada klien perempuan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Miller (2004) menyatakan kondisi perbedaan jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan sangat mempengaruhi kemampuan mengatasimenghadapi kemarahan atau suatu masalah.

6.2.3 Status perkawinan dengan kemampuan kognitif

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa status perkawinan yang ada pada klien adalah tidak kawin, dengan persentase sebesar 54.8%. dari hasil statistik menunjukkan bahwa p value adalah sebesar 0.738 ($p < \alpha; 0.05$), ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan kemampuan mengatasi klien perilaku kekerasan dari segi kemampuan kognitif klien.

Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Notoatmojo (2003) menyatakan bahwa seseorang yang memiliki pasangan hidup atau yang sudah menikah akan mempengaruhi ketenangan atau pengambilan keputusan dalam meningkatkan kemampuan mengatasi kognitif dalam menghadapi suatu masalah atau tekanan hidup. Dengan demikian peneliti menyatakan dengan dukungan dari pasangan akan menurunkan kemampuan mengatasi kognitif dalam perilaku kekerasan.

6.2.4 Pendidikan klien dengan kognitif

Penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi pendidikan klien terhadap kemampuan kognitif klien dengan p value lebih besar dari alfa p sebesar 0.468 ($p > \alpha ; 0.05$). Hal ini bertolak belakang dengan pendapat yang menyatakan bahwa latar belakang sosial budaya mempengaruhi kemampuan mengatasi seseorang, dimana pendidikan merupakan salah satu unsur sosial budaya. Pada umumnya klien menginginkan

mengenyam pendidikan lebih tinggi dari apa yang dicapai orang lain. Secara rasional kondisi ini dapat menjadi stressor bagi klien.

6.2.5 Pekerjaan klien dengan kemampuan kognitif

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan pekerjaan terhadap kemampuan kognitif. Ini ditunjukkan oleh nilai p sebesar 0.241 ($p > \alpha ; 0.05$). Hal ini tidak sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Kyung (2006) seseorang yang memiliki pekerjaan akan meningkatkan stimulus yang bersifat menantang individu serta menimbulkan kondisi tegang dan stress sehingga memerlukan energi yang besar untuk menghadapi suatu masalah dalam keadaan perilaku dalam kehidupannya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa apapun jenis pekerjaannya yang dimiliki oleh klien tidak berpengaruh pada kemampuan kognitif klien. Rata-rata pekerjaan klien sebagai buruh pekerjaan ini membuat klien lebih mencari kebutuhan untuk kehidupan sehari-hari klien.

6.2.6 Frekuensi dirawat dengan kemampuan kognitif

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi dirawat dengan kemampuan klien perilaku kekerasan ini bisa ditunjukkan pada hasil penelitian p value lebih besar dari α , dimana nilai p sebesar 0.795 ($p > \alpha ; 0.05$). Pengalaman seseorang akan menimbulkan suatu stressor tersendiri. Kemampuan mengatasi emosi seseorang dalam menghadapi suatu tekanan bisa disebabkan karena terlalu lama sakit atau seringnya dirawat di rumah sakit yang dialaminya. Hal ini menyatakan bahwa frekuensi dirawat tidak mempengaruhi kemampuan mengatasi seseorang perilaku kekerasan.

6.3 Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan perilaku

6.3.1 Usia dengan kemampuan perilaku klien

Hasil uji statistik menunjukkan p value lebih besar dari alpa berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan dengan nilai p sebesar $0.162(p > \alpha ; 0.05)$. Rata-rata usia klien adalah (29.3 tahun) dimana usia tersebut adalah usia matang seseorang dalam pencapaian kematangan jiwa seseorang. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Vacarolis (2000) menyatakan seseorang yang mempunyai usia dewasa lebih mudah mengalami emosi atau berperilaku emosional tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya.

6.3.2 Jenis kelamin dengan kemampuan perilaku

Hasil analisis menunjukkan jenis kelamin tidak ada hubungan antara kemampuan perilaku dalam mengatasi perilaku kekerasan dengan p value lebih besar dari alpa, dimana nilai p sebesar $0.562(p > \alpha ; 0.05)$. Besarnya jumlah klien yang berjenis kelamin klien laki-laki mempengaruhi hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kemampuan klien dalam perilaku kekerasan dipengaruhi oleh jenis kelamin klien. Hal ini sejalan dengan pendapat Howritz (2002 dalam Townsend, 2009) yang menjelaskan bahwa jenis kelamin mempengaruhi kemampuan mengatasi klien dalam perilaku kekerasan, dimana angka perilaku kekerasan lebih tinggi terjadi pada klien laki-laki daripada klien perempuan.

6.3.3 Status perkawinan dengan kemampuan perilaku

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa status perkawinan yang ada pada klien adalah tidak kawin dengan persentase sebesar 54.8%. dari hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa p value adalah sebesar $0.633(p < \alpha ; 0.05)$ ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara status perkawinan dengan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan klien. Hal ini bahwa dukungan dari pasangan akan meningkatkan kemampuan mengatasi perilaku dalam pengambilan atau suatu masalah khususnya perilaku kekerasan.

6.3.4 Pendidikan klien dengan kemampuan perilaku

Hasil analisis penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan klien terhadap kemampuan mengatasi perilaku klien dengan p value lebih besar dari alfa dengan nilai p sebesar 0.421 ($p > \alpha ; 0.05$). Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart & Laraia (2005) bahwa pendidikan dapat dijadikan tolak ukur kemampuan mengatasi seseorang berinteraksi dengan orang lain secara efektif, faktor pendidikan mempengaruhi kemampuan mengatasi seseorang menyelesaikan masalah yang dihadapi.

6.3.5 Pekerjaan klien dengan kemampuan perilaku

Hasil analisis penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan terhadap kemampuan perilaku. Ini ditunjukkan oleh nilai p sebesar 0,902 ($p > \alpha ; 0.05$). Seseorang yang memiliki pekerjaan akan meningkatkan stimulus yang bersifat menantang individu serta menimbulkan kondisi tegang dan stress sehingga memerlukan energi yang besar untuk menghadapi suatu masalah dalam keadaan perilaku dalam kehidupannya. Pekerjaan klien terbanyak pada penelitian ini adalah sebagai buruh sebesar 61.9%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa apapun jenis pekerjaan yang dimiliki klien tidak membawa dampak pada pengetahuan seseorang.

6.3.6 frekuensi dirawat dengan kemampuan perilaku

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi dirawat dengan kemampuan perilaku ini bisa ditunjukkan pada hasil penelitian p value lebih besar dari alfa, dengan p sebesar 0.639 ($p > \alpha ; 0.05$). Pengalaman seseorang akan menimbulkan suatu stressor tersendiri. Kemampuan mengatasi emosi seseorang dalam menghadapi suatu tekanan bisa disebabkan karena terlalu lama sakit atau seringnya dirawat di rumah sakit yang dialaminya. Hal ini menyatakan

bahwa lama dirawat tidak mempengaruhi kemampuan mengatasi perilaku seseorang terhadap kemampuan mengatasi klien perilaku kekerasan.

6.4 Hubungan karakteristik dengan kemampuan sosial

6.4.1 Usia dengan kemampuan sosial

Hasil penelitian menunjukkan p value lebih kecil dari alpa berarti ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan sosial klien dalam kemampuan mengatasi perilaku kekerasan dengan nilai p sebesar 0.001 ($p < \alpha ; 0.05$). Hal ini tidak sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Vacarolis (2000) menyatakan seseorang yang mempunyai usia dewasa lebih mudah mengalami emosi atau berperilaku emosional. Usia dapat mempengaruhi psikologi seseorang, semakin tinggi usia semakin baik tingkat kematangan emosi seseorang dan kemampuannya dalam menghadapi berbagai persoalan. Maturasi psikososial manusia menjalankan delapan tugas perkembangan sesuai dengan proses perkembangan usia. Sebaliknya tugas perkembangan yang tidak dijalankan dengan baik memberikan dampak psikososial dikemudian hari.

6.4.2 Jenis kelamin dengan kemampuan sosial

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kemampuan mengatasi sosial klien dalam perilaku kekerasan yaitu didapat nilai p value lebih besar daripada alpa, dimana nilai p sebesar 1.000 ($p > \alpha ; 0.05$). Klien penelitian ini adalah klien dengan tingkat emosi marah sedang, dimana mayoritas klien berjenis kelamin laki-laki, dengan persentase sebesar 57.1%. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Miller (2004) menyatakan kondisi perbedaan jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan sangat mempengaruhi kemampuan mengatasi menghadapi kemarahan atau suatu masalah. Jenis kelamin mempengaruhi kemampuan mengatasi

klien dalam perilaku kekerasan, dimana angka perilaku kekerasan lebih tinggi terjadi pada klien laki-laki daripada klien perempuan.

6.4.3 Status perkawinan dengan kemampuan sosial

Hasil statistik menunjukkan bahwa p value adalah sebesar 0.077 ($p < \alpha$; 0.05) ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara status perkawinan dengan kemampuan sosial klien dalam kemampuan mengatasi perilaku kekerasan klien. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa status perkawinan yang ada pada klien adalah tidak kawin, dengan persentase sebesar 54.8%. Dengan demikian peneliti menyatakan dengan dukungan dari pasangan akan meningkatkan kemampuan mengatasi kognitif dalam pengambilan atau mengatasi suatu masalah khususnya perilaku kekerasan.

6.4.4 Pendidikan klien dengan kemampuan sosial

Penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi pendidikan klien terhadap kemampuan mengatasi sosial klien dengan p value lebih besar dari α , dengan nilai p sebesar 0.631 ($p > \alpha$; 0.05). Setiap orang mempunyai pemaknaan yang berbeda terhadap pendidikan. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku, dan pola pengambilan keputusan (Notoatmodjo, 2003). Dengan tingkat pendidikan yang cukup maka diharapkan seorang akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor atau masalah kekerasan baik yang berasal dari diri sendiri maupun dari lingkungan sekitarnya. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus. Tingkat pendidikan rendah pada seseorang akan dapat menyebabkan seseorang maka kemampuan mengatasiseorang tersebut dalam berfikir rasional, menangkap informasi yang baru, menguraikan masalah menjadi rendah.

6.4.5 Pekerjaan klien dengan kemampuan sosial

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan terhadap kemampuan mengatasi klien perilaku kekerasan. Ini ditunjukkan dengan nilai p sebesar 0,645 ($p > \alpha ; 0.05$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa apapun jenis pekerjaannya yang dimiliki oleh klien tidak berpengaruh pada kemampuan mengatasi sosial klien. Rata-rata pekerjaan klien sebagai buruh pekerja.

6.4.6 Frekuensi dirawat dengan kemampuan sosial

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kemampuan sosial klien dalam kemampuan mengatasi perilaku kekerasan ini bisa ditunjukkan pada hasil penelitian p value lebih besar dari α , dengan p sebesar 0.081 ($p > \alpha ; 0.05$). Kemampuan mengatasi emosi seseorang dalam menghadapi suatu tekanan bisa disebabkan karena terlalu lama sakit atau seringnya dirawat di rumah sakit yang dialaminya. Hal ini menyatakan bahwa lama dirawat tidak mempengaruhi kemampuan mengatasi seseorang terhadap kemampuan mengatasi klien perilaku kekerasan.

6.5 Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan ancaman meliputi keterbatasan proses pelaksanaan penelitian dan karakteristik Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang yang sebagai tempat dilakukannya penelitian.

6.5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian

Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada klien perilaku kekerasan sebelum dan sesudah tindakan terapi kelompok suportif. Area penelitian yang dilakukan adalah klien perilaku kekerasan yang sesuai dengan kriteria inklusi. Salah satu hal yang menurut peneliti menjadi penghambat adalah waktu pelaksanaan penelitian yang sangat pendek, sehingga terapi suportif yang terdiri dari empat sesi

diberikan dalam waktu delapan hari dan diantara kegiatan rutinitas perawatan ruangan. Terbatasnya waktu untuk melakukan terapi kelompok suportif membuat peneliti memberikan terapi pada keempat kelompok di hari yang sama untuk sesi yang sama. Sehingga ada kelompok melakukan terapi pada siang hari usai kegiatan makan siang selesai menjelang sore. Hal ini sedikit menurunkan semangat peneliti dan konsentrasi anggota kelompok dalam mengikuti proses terapi kelompok suportif. Secara keseluruhan, singkatnya waktu pelaksanaan terapi ini membatasi klien untuk melakukan internalisasi, yang tentunya turut mempengaruhi hasil akhir yang dicapai oleh responden.

Pada pelaksanaan penelitian dibantu oleh observer dalam mengobservasi klien saat diberikan terapi kelompok suportif, namun dengan keterbatasan peneliti, peneliti hanya melakukan persamaan persepsi untuk daftar evaluasi klien.

6.3.2 Karakteristik Rumah Sakit

Pada penelitian ini kelas dua, tiga dan JPS dilakukan secara seimbang namun jumlah sampel yang di ambil di setiap ruangan tidak seimbang karena melihat kondisi klien. Perbedaan ruang perawatan antara satu dengan yang lain yang terlalu penuh dan kurang memenuhi syarat privacy dan ruang yang kelas dua dan tiga yang satu ruang lebih nyaman dan memenuhi privacy dapat berdampak perilaku kekerasan di ruang kelas tiga dan JPS lebih tinggi. Kondisi ini meminimalkan dengan tempat pelaksanaan terapi kelompok suportif untuk responden dari Sembilan ruangan tersebut tidak membedakan. Pengaruh lingkungan terhadap perilaku kekerasan tidak diteliti dalam penelitian. Perbedaan status dan lokasi ruangan ini menurut peneliti turut mempengaruhi hasil penelitian ini. Akan tetapi peneliti mengantisipasinya dengan membuat kriteria inklusi bagi klien penelitian.

6.6 Implikasi Hasil Penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terapi kelompok suportif terhadap peningkatan kemampuan mengatasi dalam mengatasi perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang.

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

6.6.1 Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa

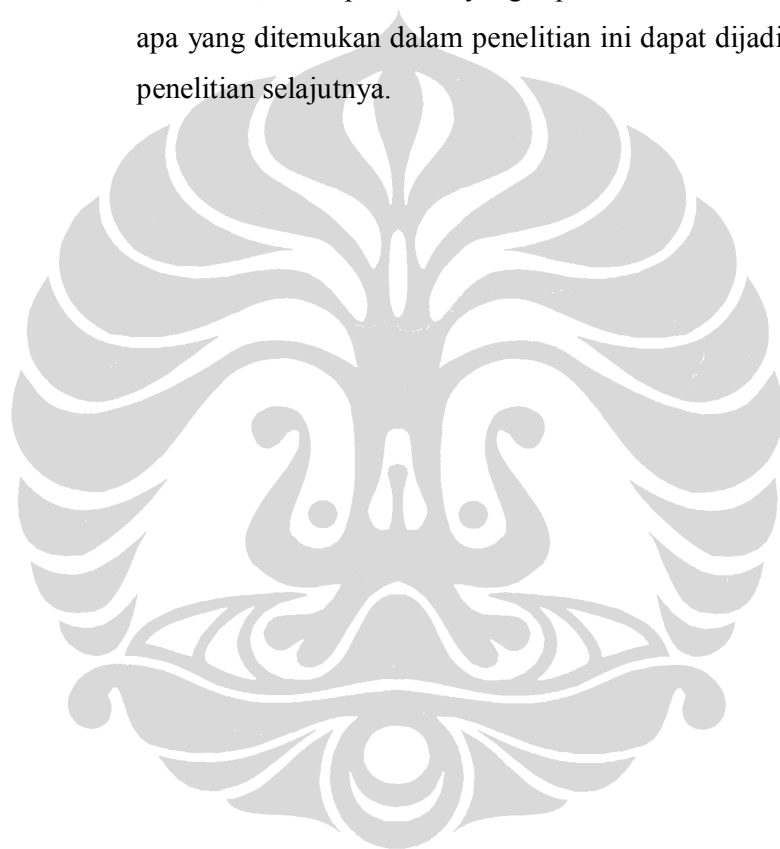
Rumah sakit jiwa sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi klien gangguan jiwa merupakan setting yang baik untuk melaksanakan terapi generalis dan terapi kelompok suportif sebagai tempat klien meningkatkan kemampuan mengatasi interpersonal dan belajar coping yang baru, menemukan strategi untuk perilaku kekerasan atau masalah komunikasi yang dialami klien. Perawat yang bekerja dibangsal jiwa perlu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan membudayakan penerapan terapi generalis sebagai salah satu terapi untuk menurunkan perilaku kekerasan. Direktur rumah sakit dan bidang keperawatan memberlakukan terapi kelompok suportif sebagai panduan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan melalui kerjasama dengan perawat spesialis jiwa yang sudah ada.

6.4.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk melengkapi hasil kajian yang telah ada dengan menjadikan terapi suportif sebagai alternatif terapi untuk masalah kemampuan mengatasi dalam perilaku kekerasan. Terdapat beberapa hasil penelitian yang berkaitan dengan perilaku kekerasan. Penelitian yang dilakukan Keliat (2003) menyatakan bahwa edukasi kepada klien perilaku kekerasan berpengaruh signifikan menurunkan perilaku kekerasan. Hasil penelitian menunjukkan berpengaruh menurunkan perilaku kekerasan lebih rendah daripada hanya diberikan terapi generalis saja. Pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar jiwa, terapi kelompok suportif diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan selain dengan terapi generalis.

6.4.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang dan pada klien perilaku kekerasan. Agar dapat digeneralisasikan dapat dilakukan penelitian lanjutan di rumah sakit lain. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh positif dari pemberian terapi suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan, meskipun hasil yang diperoleh belum cukup optimal. Namun apa yang ditemukan dalam penelitian ini dapat dijadikan data dasar bagi penelitian selanjutnya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan pembahasan hasil penelitian yang berhubungan dengan bab sebelumnya, maka dapat ditarik simpulan dan saran sebagai berikut:

7.1 Simpulan

Terapi kelompok suportif sekian lama pada klien perilaku kekerasan diperoleh hasil:

- 7.1.1 Penelitian tentang pengaruh tindakan keperawatan terapi kelompok suportif terhadap tingkat kemampuan mengatasi perilaku kekerasan yang menjalani rawat inap di RSJ dr. Amino Gondohutomo Semarang memperoleh hasil bahwa karakteristik klien perilaku kekerasan rata-rata usia 29.33 tahun dengan frekuensi dirawat rata-rata 2 kali. Karakteristik yang lain adalah sebagian besar responden adalah laki-laki, bekerja sebagai buruh, berpendidikan SMP, dan status perkawinannya adalah tidak kawin.
- 7.1.2 Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum terapi kelompok suportif adalah sebesar 18.93. Batas pengkategorian kemampuan mengatasi dengan menggunakan kuesioner pada penelitian ini adalah bila responden memiliki nilai kurang dari 20 maka dikatakan responden mempunyai kemampuan mengatasi perilaku kekerasan. Jadi, klien perilaku kekerasan yang sedang menjalani rawat inap di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang memiliki kemampuan mengatasi sebelum dilakukannya tindakan terapi kelompok suportif
- 7.1.3 Klien perilaku kekerasan yang memiliki kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah mendapatkan perlakuan baik tindakan keperawatan spesialis. Tindakan keperawatan terapi kelompok suportif. Tingkat kemampuan mengatasin kognitif setelah mendapatkan tindakan keperawatan terapi kelompok suportif memiliki rata-rata sebesar 26.00 atau meningkat sebesar 7.07 bila dibandingkan dengan sebelum mendapatkan perlakuan. Kemampuan mengatasi

perilaku rata-rata setelah diberikan terapi spesialis 76.79 atau meningkat 24,89. Kemampuan mengatasi sosial setelah dilakukan terapi spesialis adalah 27.38 atau mengalami peningkatan 4,55.

7.1.4 Penelitian ini juga membandingkan perbedaan penurunan setelah mendapatkan terapi spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kemampuan mengatasi meningkat secara bermakna bila dibandingkan dengan sebelum diberikan terapi dengan nilai $p < 0,05$ (p value = 0,000). Jadi, dapat ditarik kesimpulan bahwa pemberian tindakan keperawatan terapi kelompok suportif memiliki pengaruh yang lebih besar bila dibandingkan terhadap tingkat kemampuan mengatasi perilaku kekerasan yang menjalani rawat inap di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

7.1.5 Hubungan karakteristik dengan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan, dari hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan karakteristik dengan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan hasil penelitian pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan.

7.2.1 Aplikasi keperawatan

7.2.1.1. Perawat ruang rawat inap di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebaiknya mengintegrasikan asuhan keperawatan jiwa dalam praktik pelayanan keperawatan pada klien yang menjalani rawat inap khususnya pada klien perilaku kekerasan.

7.2.1.2. Perawat yang bekerja dibangsal jiwa sebaiknya perlu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan membudayakan penerapan terapi generalis sebagai salah satu terapi untuk menurunkan perilaku kekerasan.

7.2.1.3. Direktur rumah sakit dan bidang keperawatan sebaiknya memberlakukan terapi kelompok suportif sebagai panduan

dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan melalui kerjasama dengan perawat spesialis jiwa yang sudah ada.

7.2.2 Keilmuan

7.2.2.1. Kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar jiwa, sebaiknya terapi kelompok suportif diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan selain dengan terapi generalis.

7.2.2.2. Hasil kajian yang telah ada sebaiknya menjadikan terapi kelompok suportif sebagai alternatif terapi untuk masalah kemampuan mengatasi perilaku kekerasan

7.2.3 Metodologi

7.2.3.1. Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada klien perilaku kekerasan yang telah mendapatkan terapi kelompok suportif dengan desain penelitian yang lainn.

7.2.3.2. Perlunya dilakukan penelitian terhadap bentuk klien perilaku kekerasan dengan jumlah sampel yang lebih banyak dengan waktu penelitian yang lebih lama..

DAFTAR PUSTAKA

- (2008). *Peningkatan gangguan mental*. Suara Pembaruan. Diperoleh 20 febuari 2011.
- (2009). Kompas. Dipeoleh 20 frebuari 2011.
- Anonim, (2009), *Terapi Penyakit Skizofrenia*, diperoleh tanggal 22 februari 2011.
- Appelbaum, A.H. (2005). *Supportive therapy*, <http://www.focus.psychiatryonline.org/cgi>, diperoleh tanggal 2 Februari 2011.
- Arikunto, S. (2005). *Prosedur penelitian : Suatu pendekatan praktik*. Edisi revisi. Jakarta : Rineka Cipta.
- Balitbangkes, (2008), [www.litbang](http://www.litbang.depkes.go.id) depkes.go.id, diperoleh 22 febuari 2011.
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Brady, N. (2004). *Psychiatric nursing made incredibly easy*. USA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Brockopp, D.Y., & Tolsma, M.T.H. (2000). *Fundamental of nursing research (dasar-dasar Riset Keperawatan)*. Boston : Jones & Barlett Publishers.
- Buckey, L.A. (2007). *Supportive therapy for schizophrenia*. The Cochrane library. <http://www.psychosocial.com/research/current.html>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011.
- Carson, V.B. (2006). *Mental health nursing : the nurse-patient journey*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. saunders Company.
- Chien, W.T., Chan, S.W.C., dan Thompson, D.R. (2006). *Effects of a mutual support group for families of chinese people with schizophrenia: 18-Months follow-up*. <http://bjp.repsych.org>, diperoleh tanggal 2 Januari 2011.
- Dahlan, M.S. (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : Sagung Seto.
- Depkes, (2009), *Kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan jiwa*, Departeman Kesehatan RI, Jakarta.

- Emery, R.E., & Oltmanns, T.F. (2000). *Essentials of abnormal psychology*. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Fauziah. (2009). *Pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien Skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor*. Thesis UI. Tidak dipublikasikan
- Fontaine, K.L. (2009), *Mental health nursing*. (5th ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Hamada, Y., Ohta, Y., dan Nakane, Y. (2003). *Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: A survey in the remote island of tsushima*, <http://www3.interscience.wiley.com/cgi>, diperoleh tanggal 15 Februari 2011.
- Handayatni, (2008), *Cara Keluarga Menghadapi Gangguan Skizofrenia*,
- Hasmilasari. (2009). *Pengaruh terapi kelompok suportif pada klien ibu hamil tahun 2009*. Karya Tulis Ilmiah, FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training analisa data kesehatan*. FKM-UI.
- Hernawaty, T. (2009). Tesis. *Pengaruh self help group terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindang Barang Bogor Tahun 2008*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Hidayat, A.A. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Holmes, J. (1995). *Supportive psychotherapy the search for positive meanings*, <http://www.bjp.rcpsych.org/cgi>, diperoleh tanggal 2 Februari 2011.
- Hunt. (2004). *A resource kit for self help / support groups for people affected by an eating disorder*. <http://www.medhelp.org/njgroups/VolunteerGuide.pdf> .
- Hunziker, (1997). *Comparison of group and individual assertive training*. Diperoleh tanggal 2 Februari 2011.
- Kaplan & Saddock (2007). *Synopsis of psychiatry sciences clinical psychiatry*. (7th ed), Baltimore : Williams & Wilkins.
- Keliat & Sinaga, (1991). *Asuhan keperawatan pada klien marah*, Jakarta : EGC.
- Keliat, B.A., dkk. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor*: Desertasi, Jakarta:FKM UI.
- Keliat. B. A & Akemat. (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktifitas kelompok*. Jakarta. ECG.

- Kyung. B.K. (2006). *Development of the stress-induced cognition scale*. Yonsei Medical Jurnal. Vol 47. 6 April 2011.
- Lemeshow, et al. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Penerjemah: Diby Pramono. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mc. Closkey, J.C., dkk. (1996) *Nursing Intervention Classification (NIC)*. St. Louis Mosby.
- Miller, dkk. (2004). *What is Supportif Psychotherapy*. Harvard Medical School. <http://www.health.harvard.edu/subinfo/pdf>. Diperoleh 22 februari 2011.
- Morrison, (1993), *The Measurement of aggression and violence in hospitalized psychiatric patient*. International Journal Nursing.
- Morrison, (1993), *The measurement of aggression and violence in hospitalized psychiatric patient*. International Journal Nursing.
- NANDA. (2008). *Nursing diagnoses : definitions & classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International.
- NIMH. (2011). *National institute of mental health : USA*.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Novaco. RW. (1994). *Kemarahan novaco skala dan inventarisasi provokasi (NAS-PI)*. Los Angeles. CA. www-scure.earthlink.net. 6 April 2011.
- Pollit, D.F, Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essential of nursing research: methods appraisal and utilization*. 6th ed. Philadelphia : Lippincott. Williams & Wilkins.
- Putri. D.W. (2010). *Pengaruh rational Emotive Behaviour therapy terhadap klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Mazuki Mahdi Bogor*. Thesis UI. Tidak dipublikasikan
- Rawlins, William & Back, (1995), *Mental health psychiatric nursing a holistic life cycle approach, Third Edition*, USA: Mosby Year Book.
- Renidati (2008), *Pengaruh Social Skill Training Pada Klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Sumatra Barat*: tesis, Tidak Dipublikasikan.
- Rocland, L.H. (1993). A Review of supportive psychotherapy 1986 – 1992. *Journal of hospital and community psychiatry*, 44(11) : 1053 -1060.

- Sasmita, H. (2007). *Efektifitas cognitive behavioral therapy (CBT) pada klien harga diri rendah di RS Dr. Marzoeqi Mahdi Bogor tahun 2007*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Sastroasmoro, S, & Ismael, S,. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta : sagung Seto.
- Scott, J.E. dan Dixon, L.B. (1995). *Psychological interventions for schizophrenia*, <http://www.schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>, diperoleh tanggal 2 Februari 2011.
- Shives, L.R. (2005). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. (6th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia & diagnosis banding*. Balai Penerbit, Fakultas Kedokteran – Universitas Indonesia, Jakarta.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8th ed). Missouri : Mosby, Inc.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (9th ed). Missouri : Mosby, Inc.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. (2005). *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi ke-4. Jakarta : EGC.
- Sugiyono. (2006). *Statistik untuk penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Sulastri, (2008), *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Spesialis Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Utari RSMM Bogor*: KTI, Tidak Di Publikasikan.
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi riset*. Surabaya : Program Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM-Unair.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing concepts of care in evidence-based practice*. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Turkington, D., dkk, (2004). *Cognitive-bahavioral therapy for schizophrenia : A Review*. *journal of psychiatric practice*, 10, 5-16.
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing a clinical approach*. Missouri : Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta : EGC.

- Vinick, (1983). *The effect of sertivenenss training on aggression and self concept in conduct disoredered adolescent*. Diperleh tanggal 2 Februari 2011.
- WHO. (2001). *The world health report 2001*, World Health Organization.
- WHO. (2006). *The lancet*. London : Elsevier Properties SA.
- WHO. (2009). *Improving health system and service for mental health* : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wijayanti, DY. (2010). Tesis. *Pengaruh logoterapi kelompok terhadap kecemasan pada Narapidana Di LAPAS Perempuan Semarang Jawa Tengah Tahun 2010*. Jakarta, Tidak Di Publikasikan.
- Wilkinson, (2007), *Diagnosa keperawatan*, Jakarta, EGC.
- Yosep, I. (2008). *Keperawatan jiwa*. Cetakan pertama. Bandung: PT.Refika Aditama.



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Eni Hidayati**
Status : **Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**
NPM : **0906594700**

Bermaksud mengadakan penelitian tentang” **Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizoprenia rumah sakit jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang**”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengaruh *terapi kelompok suportif* (TKS) pada kemampuan kognitif dan perilaku kekerasan klien Skizoprenia. Manfaat penelitian ini secara garis besar akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan perilaku kekerasan.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif atau pengaruh yang merugikan bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara:

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Depok, Mei 2011

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini yang nantinya berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya dalam upaya merawat klien dengan perilaku kekerasan.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Peneliti

Semarang,2011

Peserta Peneltian

.....
Paraf/Tanda tangan

**Jadwal Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif (TKS)
 Pada Penelitian Pengaruh TKS Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Klien Skizoprenia
 di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2011**

Kelompok	Kegiatan/hari ke-									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	U2	S3	U3	S4	U4	<i>Pot-test</i>
2	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	U2	S3	U3	S4	U4	<i>Pot-test</i>
3	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	U2	S3	U3	S4	U4	<i>Pot-test</i>
4	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	U2	S3	U3	S4	U4	<i>Pot-test</i>

Keterangan :

S1 : Sesi 1

U1 : Ulang sesi 1

S2 : Sesi 2

S3 : Sesi 3

U3 : Ulang sesi 3

S4 : Sesi 4

U4 : Ulang sesi 4

**Jadwal Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif (TKS)
Terhadap Kemampuan Mengatasi perilaku kekerasan pada klien Skizoprenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo
Semarang
Tahun 2011**

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyelesaian proposal																								
2	Ujian proposal																								
1	Revisi proposal																								
2	Ujian <i>expert validity</i>																								
3	Ujian Kompetensi TKS/Uji Etik FIK-UI																								
4	Pengurusan izin penelitian																								
5	Uji coba instrumen																								
6	Pengambilan data/ intervensi																								
7	Analisis data																								
8	Ujian hasil penelitian																								
9	Perbaiki hasil penelitian																								
10	Sidang tesis																								
11	Perbaiki hasil sidang tesis																								
12	Pengumpulan tesis																								

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Eni Hidayati
Tempat / Tanggal Lahir : Demak, 11 Januari 2011
Fakultas : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
NPM : 0906504700
Agama : Islam
Alamat : Perumahan Kinijaya
Jl. Gemahsari X No. 274 RT 04 RW IV
Kedungmundu Tembalang
Kota Semarang
No Telp : 081 328 162 565



PENDIDIKAN :

- Program Pasca Sarjana Kekhususan Ilmu Keperawatan Jiwa (S2) 2011
- Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UI (SI) 2006
- Akademi Keperawatan Roemani Semarang (2003)
- SMA N I Demak (2000)
- SMP N 2 Demak (1997)
- SD N Bintoro VIII Demak (1994)
- TK Guntur Demak (1989)

PEKERJAAN:

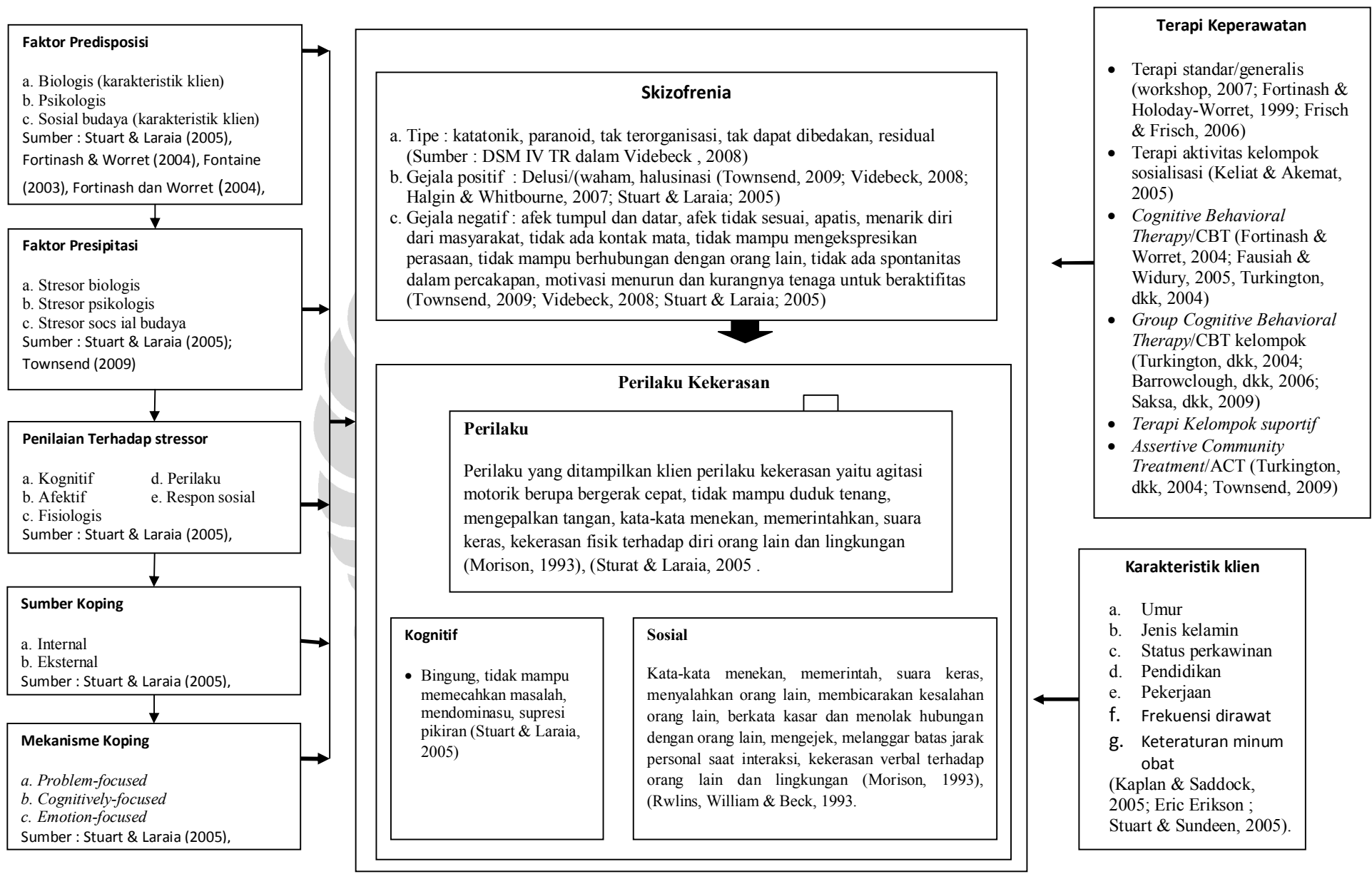
- Pengajar di Universitas Muhammadiyah Semarang dari tahun 2006 – sampai sekarang.
- Perawat magang di Klinik Budi Asih Semarang dari tahun 2005-2006.

Demikian daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Depok, 7 Juli 2011

Hormat saya

Eni Hidayati





UNIVERSITAS INDONESIA

INSTRUMEN PENELITIAN

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF TERHADAP KEMAMPUAN
MENGATASI PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI
RUMAH SAKIT JIWA Dr. AMINO GONDHOHUTOMO
KOTASEMARANG**

Kode Responden : *(diisi oleh peneliti)*

Nama/Inisial Responden :

Ruang :

Waktu : Pre test Post Test

Instrumen : *(diisi oleh responden dan didampingi oleh peneliti atau kolektor data)*

- A. Kuesioner A (Data Demografi Responden)
- B. Kuesioner B (Tanda Gejala Emosi Marah)
- C. Kuesioner C (Kemampuan Kognitif)
- D. Kuesioner D (Kemampuan Perilaku)
- E. Kuesioner E (Kemampuan Sosial)

KUESIONER A : IDENTITAS RESPONDEN

Nomor Kode

--	--	--

Pentunjuk Pengisian :

1. Isi dengan Lengkap
 2. Untuk data yang harus dipilih, beri tanda centang (v) pada kotak yang tersedia dan atau isi sesuai jawaban.
-
-

1. Inisial Klien :
2. Jenis Kelamin : 1. Pria 2. Perempuan
3. Usia : Tahun (Ulang Tahun Terakhir)
4. Pendidikan Terakhir (Klien) : 1. SD
2. SMP
3. SMA
4. Perguruan Tinggi (PT)
5. Pekerjaan : 1. Buruh
2. Karyawan swasta
3. Wiraswasta
4. PNS
6. Status Perkawinan : 1. Kawin
2. Tidak Kawin
3. Janda
4. Duda
7. Frekuensi dirawat : Kali

KUESIONER B
SKALA PENGUNGKAPAN EMOSI MARAH

Pentunjuk Pengisian Bagian

1. Pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai dengan keadaan saya sesungguhnya atau kehidupan saya sehari-hari.
2. Berilah tanda silang (v) pada pilihan anda berdasarkan criteria :
 - a. SS (Sangat sering)
 - b. SR (Sering)
 - c. KD (Kadang-kadang)
 - d. TP (Tidak pernah)
3. Dalam hal ini tidak ada jawaban yang salah, jawaban yang benar adalah jawaban yang paling sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya.
4. Kami sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda.

NO	PERNYATAAN	SS	SR	KD	TP
1	Saya merasa sakit hati melihat orang yang membuat saya marah				
2	Saya berusaha melupakan kejadian yang membuat saya marah				
3	Saya merasa senang bila orang yang membuat saya marah kalah				
4	Saya suka membayangkan peristiwa yang membuat saya marah				
5	Saya marah bila ada orang yang menyepelekan pekerjaan saya				
6	Saya akan mengatakan bila merasa tersinggung				
7	Bila marah, saya akan berteriak				
8	Saya akan langsung membalas orang yang membuat saya tersinggung				
9	Untuk meredam kemarahan saya berusaha rileks				
10	Apabila kemarahan saya sudah tidak terkendali, saya menagis ditempat yang sepi				
11	Saya harus dihargai orang lain				
12	Bila marah saya membaca buku				
13	Saya berusaha melihat hal positif setiap kejadian yang membuat saya marah				
14	Saya berusaha mencari penyelesaian untuk mengurangi marah				
15	Saya segera meredam marah dengan meminum air putih				
16	Saya akan minum obat penenang bila kemarahan saya sudah tidak terkendali				

KUESIONER C
KEMAMPUAN KOGNITIF

Pentunjuk pengisian :

Berilah tanda (v) pada pernyataan yang sesuai dengan apa yang anda pikirkan :

TP : Apabila saya tidak pernah berpikir seperti pernyataan

J : Apabilan saya jarang berpikir seperti pernyataan

KD : Apabila saya kadang-kadang berpikir seperti pernyataan

S : Apabila saya sering berpikitr seperti pernyataan

SL : Apabila saya selalu berpikir seperti pernyataan

NO	PERNYATAAN	TP	J	KD	S	SL
1	Saya merasa hidup saya kurang berarti					
2	Saya merasa kurang percaya diri					
3	Saya tidak seharusnya menyalahkan orang lain					
4	Saya ingin mati					
5	Semua orang tidak menyukai saya					
6	Saya merasa tidak mampu dalam semua hal					
7	Saya merasa gagal					

KUESIONER D
KEMAMPUAN PERILAKU

Pentunjuk Pengisian :

Berilah tanda silang (x) pada pernyataan yang sesuai dengan perasaan anda :

1. = Apabila situasi pada pernyataan tidak membuat saya marah
2. = Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan saya merasa terganggu
3. = Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan saya ingin marah
4. = Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan saya marah
5. = Apabila situasi pada pernyataan menyebabkan saya sangat marah

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4	5
1	Ketika saya ingin menggunakan suatu alat, saya temukan alat tersebut rusak					
2	Saya dan teman saya berbuat kesalahan, tetapi hanya saya yang ditegur oleh perawat					
3	Ketika saya sedang makan tiba-tiba teman seruangan dengan saya merampasnya dari saya					
4	Saya berbicara dengan seseorang tetapi seseorang itu tidak mendengarkan saya					
5	Saya menggantung pakaian saya, tetapi seseorang menjatuhkannya kembali					
6	Perawat saya telah berjanji untuk berbicara dengan saya namun ia membatalkannya					
7	Apabila Saya dicsayai oleh orang lain					
8	Ketika saya sedang menonton TV, tiba-tiba teman saya mengantnti salurannya					
9	Ketika saya sedang berjalan, tanpa sengaja saya menubruk seseorang, orang tersebut menyatakan “ kamu gila ya”					
10	Saya dikatakan “tidak lihat-lihat orang, memangnya mata kamu didengkul ya’.					
11	Saya mencoba berkonsentrasi, tetapi orang didekat saya					

	mengganggu saya terus.					
12	Saya meminjamkan buku dan mereka tidak mengembalikannya.					
13	Saya meminjamkan alat yang penting dan mereka tidak mengembalikannya					
14	Ketika saya sibuk bekerja ada orang lain yang mengeluhkan tentang sesuatu yang lupa saya kerjakan.					
15	Saya dalam sebuah diskusi dengan seseorang yang tetap dalam perdebat tentang sesuatu topic yang diketahuinya hanya sedikit.					
16	Seseorang menjelek-jelekkan atau mencela pendapat saya					
17	Teman seruangan saya buang air besar sembarangan dan tanpa sengaja saya menginjaknya.					
18	Teman seruangan saya buang air kecil sembarangan dan tanpa sengaja saya menginjaknya					
19	Dokter dan perawat saya telah mengizinkan saya untuk pulang namun keluarga saya masih belum mau membawa saya pulang dengan keluarga belum mampu merawat saya.					
20	Saya hanya ingin berbicara selama 15 menit dengan orang lain tentang sesuatu yang menurut saya sangat penting namun belum sampai 15 menit mereka telah meninggalkan saya.					

KUESIONER E
KEMAMPUAN SOSIAL KLIEN

Pentunjuk Pengisian :

Berilah tanda silang (x) pada pernyataan yang sesuai dengan perasaan anda :

1. = Apabila pernyataan saya lakukan sangat sering
2. = Apabila pernyataan saya lakukan sering
3. = Apabila pernyataan saya lakukan kadang-kadang
4. = Apabila pernyataan saya lakukan tidak pernah

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4
1	Bila marah, saya tidak peduli dengan orang sekitar				
2	Saya tidak mau bekerja dengan orang yang membuat saya marah				
3	Saya akan menyampaikan penyebab marah saya pada orang				
4	Saya berkumpul dengan teman-teman bila sedang marah				
5	Saya tidak mendengarkan saran dari orang yang saya benci				
6	Saya akan marah bila ada yang menyingung perasaan saya				
7	Saya memaafkan orang yang menyakiti saya				
8	Saya akan marah bila orang-orang tidak menyapa saya				

Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Eni Hidayati¹ Mustikasari² Hening Pujasari³

Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, Jakarta 10430, Indonesia

Email : Eni_hidayati@yahoo.co.id

Abstrak

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizoprenia. Desain penelitian *quasi experimental, pre-post test without control group*. Sampel penelitian adalah 42 klien perilaku kekerasan yang sesuai dengan kriteria inklusi, klien yang mengalami tingkat kemarahan sedang berdasarkan hasil screening emosi marah dan klien yang sudah mendapatkan TAK stimulasi persepsi perilaku kekerasan. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang signifikan kemampuan klien mengatasi perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi kelompok suportif. Rekomendasi penelitian ini adalah perlunya dilakukan terapi kelompok suportif yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa dengan spesialis keperawatan jiwa.

Kata kunci :

Perilaku kekerasan, Kemampuan klien, Terapi kelompok suportif

ABSTRACT

The purpose of this study to determine the supportive group therapy on the ability to cope with violent behavior on the client skizoprenia. Desain *quasi experimental research, pre-post test control group without*. Study sample was 42 clients that violent behavior in accordance with inclusion criteria, clients who experienced the level of anger was based on results of screening emotion of anger and clients who have gotten no stimulation of the perception of violent behavior. The results showed no significant difference between the client's ability to cope with violent behavior before and after are given supportive therapy group. Recommendations of this study is the need for supportive group therapy conducted at the Mental hospital with specialist nursing soul.

Key words:

violent behavior, the ability of the client, supportive group therapy

Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

1. Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sehat fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan (WHO, 2001). Hal ini berarti seseorang dikatakan sehat apabila seluruh aspek dalam dirinya dalam keadaan tidak terganggu baik tubuh, psikis, maupun sosial. Apabila fisiknya sehat, maka mental (jiwa) dan sosialpun sehat, demikian pula sebaliknya, jika mentalnya terganggu atau sakit, maka fisik dan sosialnyapun akan sakit. Kesehatan harus dilihat secara menyeluruh sehingga kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan yang tidak dapat dipisahkan (Stuart & Laraia, 2005).

Seseorang dikatakan sehat jiwa menurut Stuart dan Laraia (2005) apabila terpenuhi kriteria memiliki perilaku positif, tumbuh kembang dan aktualisasi diri, memiliki integritas diri, memiliki otonomi, memiliki persepsi sesuai realita yang ada serta mampu beradaptasi dengan lingkungannya sehingga mampu melaksanakan peran sosial dengan baik. Menurut Maslow (1970, dalam Shives, 2005) menyatakan bahwa seseorang yang sehat jiwa mampu mengaktualisasikan dirinya yang ditunjukkan dengan memiliki konsep diri positif dan memiliki hubungan yang baik dengan orang lain dan lingkungannya, terbuka dengan orang lain, membuat keputusan berdasarkan realita yang ada, optimis, menghargai dan menikmati hidup, mandiri dalam berfikir dan bertindak sesuai dengan standar perilaku dan nilai-nilai, serta kreatif menggunakan berbagai pendekatan dalam penyelesaian masalah kesehatan jiwa.

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Usia ini biasanya terjadi pada dewasa muda antara usia 18-21 tahun (WHO, 2009). Menurut *National institute of mental health* gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan diperkirakan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Kejadian tersebut akan memberikan andil meningkatnya prevalensi gangguan jiwa dari tahun ke tahun di berbagai negara. Berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika

Serikat tahun 2004, diperkirakan 26,2 % penduduk yang berusia 18 – 30 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa (NIMH, 2011).

Prevalensi gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibu kota Jakarta (24,3 %), diikuti Nagroe Aceh Darussalam (18,5 %), Sumatera Barat (17,7 %), NTB (10,9 %), Sumatera Selatan (9,2 %) dan Jawa Tengah (6,8%) (Depkes RI, 2008). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2007), menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa secara nasional mencapai 5,6% dari jumlah penduduk, dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat empat sampai lima orang menderita gangguan jiwa. Berdasarkan dari data tersebut bahwa data pertahun di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa selalu meningkat.

Hasil penelitian Buckley (2007), menunjukkan bahwa terapi suportif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizofrenia terutama klien dengan perilaku kekerasan. Kemampuan kognitif klien meningkat secara bermakna sebesar 95% dan perilaku sebesar 98% setelah diberikan terapi suportif. Penelitian tersebut berfokus pada kemampuan klien dengan perilaku kekerasan untuk berpikir dan berperilaku yang positif setelah diberikan terapi kelompok suportif. Di Indonesia sendiri belum ada penelitian yang terkait dengan terapi kelompok suportif untuk klien yang mengalami gangguan jiwa.

Terapi kelompok Supportif merupakan terapi yang terdiri dari beberapa orang-orang yang berencana, mengatur dan merespon secara langsung terhadap isu-isu dan tekanan maupun keadaan yang merugikan (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004). Sedangkan menurut Heller, dkk. (1997, dalam Chien, Chan, & Thompson, 2006), hasil penelitian memperlihatkan dukungan kelompok berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis, sedangkan dukungan yang bermanfaat adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi berbagai pengalaman (*sharing experiences*), situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan swabantu (*self help*), saling

Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

membantu dan pengembangan pengetahuan setiap individu (Cook, dkk., 1999 dalam Chien, Chan, & Thompson, 2006)

Berdasarkan data survei yang diperoleh dari Rumah Sakit Dr Amino Gondohutomo kota Semarang. Menurut data rekap medik RSJ kota Semarang (2010), memiliki kasus yang cukup bervariasi. Pada saat ini Rumah Sakit Jiwa Dr.Amino Gondohutomo Semarang memiliki 14 ruang rawat inap psikiatri, yaitu ruang rawat memiliki poli klinik baik umum maupun poli klinik psikiatri serta ruang NAPZA dan UGD. Data klien rawat inap adalah sebagai berikut: pada tahun 2006 total klien rawat inap adalah 4.274 klien dengan jumlah klien lama rawat mencapai 3.194 klien (74%), pada tahun 2007 total klien rawat inap mencapai 4.544 klien dengan jumlah klien lama sebesar 66%, pada tahun 2008 total klien rawat inap mencapai 3.768 klien dengan jumlah klien lama mencapai 59% dan pada tahun 2009 total klien rawat inap mencapai 2.156 klien atau 53%.

Bulan Oktober 2010 klien yang dirawat di ruang psikiatri 90% terdiagnosa skizofrenia.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi eksperiment*) dengan rancangan "pre-post test without control group" dengan intervensi *terapi kelompok suportif*. Penelitian dilakukan dari tanggal 23 Mei – 4 Juni 2011. Penelitian dilakukan untuk menganalisa pengaruh tindakan keperawatan terapi kelompok suportif terhadap k. Reponden kelompok kontrol diambil dari klien DM yang dirawat inap di Bangsal kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Dr. Amino Gondo Hutomo Semarang. Sedangkan perlakuan yang didapatkan klien adalah tindakan keperawata terapi kelompok suportif sebanyak empat sesi. Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini menggunakan kuesioner skala novaco dari novaco, Fauziah dan putri dengan modifikasi peneliti. Responden diseleksi dengan menggunakan

3. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Hasil penelitian pada menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 29,33 tahun

Berdasarkan alasan masuk rumah sakit jumlah klien dengan perilaku kekerasan sebanyak 55%, setelah dirawat rata-rata 7-8 hari, sebagian besar yaitu sebesar 35% menunjukkan penurunan perilaku kekerasan namun belum mampu nutuk mengontrol perilaku kekerasan dan berperilaku secara adaptif dengan lingkungan sekitarnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ruangan tentang upaya-upaya yang sudah dilakukan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang di ruang psikiatri prosedur tetap penanganan klien dengan perilaku kekerasan pada fase krisis (4-5 hari) yaitu ECT (*electro convulsive therapy*), psikofarmaka, pengekangan dan terapi generalis. Setelah fase kritis terlewati dilakukan terapi aktifitas kelompok (TAK). Hasil terapi aktifitas kelompok masih banyak klien yang belum bisa mengatasi perilaku kekerasan yang di alami klien selama dirawat di Rumah Sakit. Di Rumah Sakit Jiwa Daerah DR. Amino gondohutomo belum ada terapi spesialis untuk klien perilaku kekerasan, untuk menindaklanjuti maka diperlukan terapi kelompok suportif untuk klien perilaku kekerasan yang di rawat di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo semarang kuesioner tersebut dan bila memiliki nilai total <15 maka individu memenuhi kriteria untuk menjadi responden yaitu dengan skala marah sedang. Kriteria yang lain adalah Usia dewasa (18 – 55 tahun) yang mampu mengisi data-data yang diberikan, bisa membaca dan menulis, klien yang sudah dirawat selama 2 minggu di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang, diagnosa keperawatan perilaku kekerasan (berdasarkan catatan keperawatan), jenis obat yang di minum pasien yaitu : CPZ, HP dan THP (berdasarkan catatan keperawatan), klien yang sudah mendapatkan TAK stimulasi persepsi perilaku kekerasan (berdasarkan catatan keperawatan). klien yang mengalami tingkat kemarahan sedang berdasarkan hasil *screening* emosi marah. Analisis statistik yang dipergunakan yaitu univariat dan bivariat dengan analisis *korelasi pearson* dan *dependent-sample t-test* serta Anova dengan tampilan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi.

dan frekuensi dirawat adalah selama 2,6 kali. 57, 1% responden berjenis kelamin

Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

laki-laki, 16,9 % bekerja sebagai buruh, 50% berpendidikan menengah (SMP), dan 54,8% responden berstatus tidak kawin. Uji karakteristik responden menunjukkan bahwa pada α 5% tidak ada perbedaan yang signifikan karakteristik responden. Tabel 1 nilai *pre test* kemampuan kognitif sebesar 18,93, untuk nilai kemampuan perilaku sebesar 51,90, sedangkan untuk nilai kemampuan sosial sebesar 22,83. Setelah dilakukan terapi kelompok supportif Hasil *screening* menunjukkan bahwa kebanyakan klien berada pada tingkat emosi sedang dan beberapa yang mengalami emosi kurang dan buruk dilaporkan sebagian keperawatan untuk ditindaklanjuti. Kondisi ini perlu ditangani, salah satunya dengan memberikan terapi kelompok supportif bagi klien perilaku kekerasan.

Tabel. 1

Analisis kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi supportif di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondo Hutomo Semarang, Juni 2011 (n=42)

Kelompok	Mean	SD	Min- Max	95% CI
1. Kemampuan respon kognitif (pretest)	18.93	2.389	21-23	5.138-9.005
2. Kemampuan respon perilaku (pretest)	51.90	6.434	62-93	19.185-30.577
3. Kemampuan respon sosial (pretest)	22.83	1.925	25-31	3.245-5.850

Hasil penelitian pada tabel 2 yang menunjukkan perilaku baik respon kognitif, perilaku dan sosial perilaku kekerasan klien skizoprenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebelum terapi kelompok supportif berada pada rentang sedang dan kurang. Hasil penelitian yang dilakukan Keliat (2003) menyebutkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarga dan klien untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena berisiko membahayakan bagi diri sendiri dan orang lain. Perilaku kekerasan menjadi alasan masuk yang paling utama klien gangguan jiwa di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang pada bulan

kemampuan mengatasi perilaku kekerasan mengalami peningkatan skor perbedaan dilihat dari setelah diberikan terapi supportif dengan kemampuan kognitif, kemampuan perilaku dan kemampuan sosial peningkatan dengan nilai pada α 5% (*p-value* > 0,000) pada tabel 4 artinya ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan mengatasi perilaku kekerasan dengan pemberian terapi kelompok supportif.

Mei 2011 yaitu sebanyak 144 kasus 55%. Perilaku kekerasan merupakan kasus yang cukup banyak dijumpai dan menjadi alasan utama keluarga untuk merawat anggota keluarga dan gangguan jiwa ke rumah sakit jiwa karena membahayakan bagi klien dan orang lain. Berdasarkan hal tersebut perlu peningkatan kemampuan mengatasi klien dalam perilaku kekerasan sehingga klien memiliki pemahaman dan kemampuan mengatasi dalam menghadapi anggota keluarga, masyarakat dengan perilaku kekerasan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat yang bermakna terhadap respon perilaku setelah mendapatkan terapi kelompok supportif. Hasil analisis penelitian menunjukkan *p* value lebih kecil dari α , dengan nilai *p* sebesar 0.000 ($p > \alpha$; 0.05). Dalam pemberian terapi perilaku kekerasan melatih klien kemampuan mengatasi secara perilaku berupa pemahaman tentang perilaku kekerasan, afektif berupa kemampuan mengatasi untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilatih dan psikomotor berupa cara mengontrol perilaku kekerasan secara konstruktif.

Tabel. 2

Analisis skor perbedaan kemampuan perilaku klien sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok supportif pada klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011 (N=42)

Variabel	kemampuan kognitif					P value
	N	Mean	SD	SE	t	
Sebelum	42	51.90	8.452	0,59		0.000
Sesudah	42	76.79	6.434	0,56	-17,23	
Selisih		24.89	2.018	-0,03		

Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Pemberian terapi kelompok suportif berdampak respon perilaku yang cukup besar. Terapi kelompok suportif merupakan salah satu jenis terapi kelompok untuk merubah perilaku, perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan klien. Gambaran perilaku yang akan dipelajari, mempelajari perilaku baru melalui petunjuk dan demonstrasi, role play yaitu mempraktekkan perilaku baru dengan memberikan umpan balik dan mengaplikasikan perilaku baru dalam situasi nyata. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Miller dan Harsen (1997) menyatakan bahwa perubahan perilaku yang baik dapat dilakukan dengan teknik asertif.

Dari penjelasan di atas menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis dan terapi kelompok suportif menurunkan respon perilaku lebih besar daripada hanya dengan terapi generalis saja. Sehingga perlu diupayakan peningkatan kualitas sumberdaya perawat dalam pelaksanaan terapi generalis serta terapi kelompok suportif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat yang bermakna respon sosial setelah diberikan terapi generalis dan terapi kelompok suportif, sehingga ada hubungan yang bermakna setelah diberikan terapi kelompok suportif pada kemampuan mengatasi perilaku kekerasan. Secara substansi menunjukkan bahwa p value lebih kecil dari alpha, dengan nilai p sebesar 0.000 ($p > \alpha ; 0.05$). Klien dengan perilaku kekerasan akan mengalami perubahan dalam respon sosial yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam melakukan hubungan interpersonal secara tepat. Kemampuan psikomotor klien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial selain mempengaruhi kemampuan lingkungan. Hal ini sesuai dengan sosial learning theory dari Bandura yang menjelaskan tingkah laku manusia merupakan bentuk interaksi timbal balik yang terus menerus antara kognitif, perilaku dan lingkungan. Orang saling mempengaruhi tingkah lakunya dengan mengontrol lingkungan dan juga dikontrol oleh lingkungan. Kondisi lingkungan perawatan yang tidak kondusif dan kurang privacy serta kebiasaan komunikasi tenaga kesehatan yang

merawat yang kurang terapeutik dapat mempengaruhi kebiasaan komunikasi klien. Untuk itu perawat perlu membiasakan komunikasi terapeutik selama melakukan asuhan keperawatan dan diperlukan tempat perawatan yang kondusif serta memperhatikan privacy klien.

Pemberian terapi kelompok suportif akan memotivasi klien untuk lebih berperan aktif berpikir dan berlatih terhadap kemampuan sosial yang di ajarkan. Hal ini menyebabkan pemberian terapi generalis dipadu dengan terapi kelompok suportif lebih efektif untuk menurunkan respon sosial.

Tabel. 3

Analisis skor perbedaan kemampuan sosial klien sebelum dan sesudah pemberian terapi kelompok suportif pada klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang, 2011(N=42)

Variabel	kemampuan kognitif				P value
	N	Mean	SD	SE T	
Sebelum	42	22.83	1.925	0.29	0.000
sesudah	42	27.38	2.590	0.70	
					15,58
Selisih		4.55	-	-	
			0.665	0.41	

4. Simpulan

Penelitian tentang pengaruh tindakan keperawatan terapi kelompok suportif terhadap tingkat kemampuan mengatasi perilaku kekerasan yang menjalani rawat inap di RSJ dr. Amino Gondohutomo Semarang memperoleh hasil bahwa karakteristik klien perilaku kekerasan rata-rata usia 29.33 tahun dengan frekuensi dirawat rata-rata 2 kali. Karakteristik yang lain adalah sebagian besar responden adalah laki-laki, bekerja sebagai buruh, berpendidikan SMP, dan status perkawinannya adalah tidak kawin.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum terapi kelompok suportif adalah sebesar 18.93. Batas pengkategorian kemampuan mengatasi dengan menggunakan kuesioner pada penelitian ini adalah bila responden memiliki nilai kurang dari 20 maka dikatakan responden mempunyai

Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

kemampuan mengatasi perilaku kekerasan. Jadi, klien perilaku kekerasan yang sedang menjalani rawat inap di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang memiliki kemampuan mengatasi sebelum dilakukannya tindakan terapi kelompok suportif

Klien perilaku kekerasan yang memiliki kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah mendapatkan perlakuan baik tindakan keperawatan spesialis. Tindakan keperawatan terapi kelompok suportif. Tingkat kemampuan mengatasin kognitif setelah mendapatkan tindakan keperawatan terapi kelompok suportif memiliki rata-rata sebesar 26.00 atau meningkat sebesar 7.07 bila dibandingkan dengan sebelum mendapatkan perlakuan. Kemampuan mengatasi perilaku ata-rata setelah diberikan terapi spesialis 76.79 atau meningkat 24,89. Kemampuan mengatasi sosial setelah dilakukan terapi spesialis adalah 27.38 atau mengalami peningkatan 4,55.

Penelitian ini juga membandingkan perbedaan penurunan setelah mendapatkan terapi spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kemampuan mengatasi meningkat secara bermakna bila dibandingkan dengan sebelum diberikan terapi dengan nilai $p < 0,05$ ($p \text{ value} = 0,000$). Jadi, dapat ditarik kesimpulan bahwa pemberian tindakan keperawatan terapi kelompok suportif memiliki pengaruh yang lebih besar bila dibandingkan terhadap tingkat kemampuan mengatasi perilaku kekerasan yang menjalani rawat inap di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Hubungan karakteristik dengan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan, dari hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan karakteristik dengan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan

5. Saran

Perawat ruang rawat inap di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebaiknya mengintegrasikan asuhan keperawatan jiwa dalam praktik pelayanan keperawatan pada klien yang menjalani rawat inap khususnya pada klien perilaku kekerasan.

Perawat yang bekerja dibangsal jiwa sebaiknya perlu meningkatkan kualitas

asuhan keperawatan dengan membudayakan penerapan terapi generalis sebagai salah satu terapi untuk menurunkan perilaku kekerasan.

Direktur rumah sakit dan bidang keperawatan sebaiknya memberlakukan terapi kelompok suportif sebagai panduan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan melalui kerjasama dengan perawat spesialis jiwa yang sudah ada.

Kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar jiwa, sebaiknya terapi kelompok suportif diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan selain dengan terapi generalis.

Hasil kajian yang telah ada sebaiknya menjadikan terapi kelompok suportif sebagai alternatif terapi untuk masalah kemampuan mengatasi perilaku kekerasan

Daftar Pustaka

- Hunt. (2004). *A resource kit for self help / support groups for people affected by an eating disorder*. <http://www.medhelp.org/njgroup/s/VolunteerGuide.pdf>.
- Keliat, B.A., dkk. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor*: Desertasi, Jakarta:FKM UI.
- Miller, dkk. (2004). *What is supportive psychotherapy*. Harvard medical school. <http://www.health.harvard.edu/su/ainfo/pdf>. 22 februari 2011.
- NIMH. (2011). *National institute of mental health*: USA.
- Shives, L.R. (2005). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. (6th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8th ed). Missouri : Mosby, Inc.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (9th ed). Missouri : Mosby, Inc.
- WHO. (2001). *The world health report 2001*, World Health Organization.

Pengaruh Terapi Kelompok Supportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

WHO. (2009). *Improving health system and service for mental health* : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

¹ Eni Hidayati: Mahasiswa magister ilmu keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

² Mustikasari.: Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.

³ Hening Pujasari: Dosen Kelompok Keilmuan Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta

