

TESIS

**PENGARUH *ASSERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY*
(AACT) TERHADAP KEMAMPUAN MENGENDALIKAN
PERILAKU KEKERASAN PASIEN SKIZOFRENIA**



Disusun Oleh:
Rustafariningsih
NIM : 131614153071

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

TESIS

**PENGARUH *ASSERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY*
(AACT) TERHADAP KEMAMPUAN MENGENDALIKAN
PERILAKU KEKERASAN PASIEN SKIZOFRENIA**



Disusun Oleh:
Rustafariningsih
NIM : 131614153071

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**PENGARUH *ASSERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY*
(AACT) TERHADAP KEMAMPUAN MENGENDALIKAN
PERILAKU KEKERASAN PASIEN SKIZOFRENIA**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Oleh

**RUSTAFARININGSIH
NIM. 131614153071**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rustafariningsih

NIM : 131614153071

Tanda Tangan :



Tanggal : 28 Mei 2018

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertandatangan di bawah ini

Nama : Rustafariningsih
NIM : 131614153071
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul "Pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy (AACT)* Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia" beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini, Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih mediasi/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Surabaya
Pada tanggal 28 Mei 2018
Yang menyatakan


(Rustafariningsih)

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING TESIS
PENGARUH ASERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY (AACT)
TERHADAP KEMAMPUAN MENGENDALIKAN PERILAKU KEKERASAN
PASIEH SKIZOFRENIA

Oleh
Rustafariningsih
NIM. 131614153071

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, MEI 2018

Oleh
Pembimbing Ketua


Dr. Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes
NIP. 19670101 200603 1 002

Pembimbing Kedua


Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 19760616 201409 2 006

Mengetahui
Ketua Program Studi


Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes
NIP. 197217 200603 3 2001

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI
TESIS

Hasil Tesis ini diajukan oleh

Nama : Rustafaringsih
NIM : 1316141513071
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy (AACT)* Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia

Hasil Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

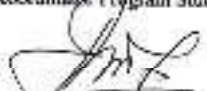
Pada Tanggal 31 Mei 2018

Panitia Penguji

1. Ketua Penguji	: Dr. Tintin Sukartini, S.Kp.,M.Kes NIP. 19721217 200003 2 001	
2. Anggota	: Dr. Ah. Yusuf, S.Kp.,M.Kes NIP. 19670101 200003 1 002	
3. Anggota	: Dr. Hanik Endang N, S.Kep.,Ns.,M.Kep NIP. 19760616 201409 2 006	
4. Anggota	: Dr. Mundakir, S.Kep., Ns.,M.Kep NIP. 19740323 200501 1 002	
5. Anggota	: Pandeurat M. Naneye, M.Kep., Sp.Kep.Fw	

Mengetahui

Koordinator Program Studi


Dr. Tintin Sukartini, S.Kp.,M.Kes
NIP. 19721217 200003 2 001

KATA PENGANTAR



Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan tesis **“Pengaruh *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia”** di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

Bersama ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. Ah, Yusuf, S.Kp., M.Kes dan Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak memberikan motivasi, bimbingan, arahan dan saran sehingga tesis ini bisa selesai. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada

1. Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. Mohammad Nasih, SE., M.T., Ak., CMA., atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan.
2. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Study Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga sekaligus sebagai penguji, yang telah memberikan motivasi, arahan dan kesempatan kepada saya dalam menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan Minat Jiwa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I, Eka Mishbahtul Mar'ah Has, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wakil Dekan II, Dr. Ah, Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan, dorongan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
5. dr. Adi Wirachjanto, M. Kes, (Direktur RSJ Menur 2011-2017) dan Dr. drg. Sri Agustina Ariandani, M.Kes (Direktur RSJ Menur periode 2017 sampai sekarang) yang telah memberi izin dan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
6. Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep dan Pandeirot M. Nancye, M.Kep., Sp.Kep.Jiwa selaku penguji yang telah memberikan arahan dan masukan dalam penyelesaian tesis.
7. Staf Dosen dan bagian kependidikan Program Study Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah transfer pengetahuan dan dukungan selama kegiatan perkuliahan dan praktika.

8. Kepala ruangan, pendamping peneliti, teman-teman perawat ruang Kenari dan Gelatik yang telah membantu kelancaran penelitian ini.
9. Responden yang telah berpartisipasi dalam kegiatan penelitian ini.
10. Ibuku Siti Aisah, suamiku Ahmad Dailami, putra putriku M. Akbaryan Anandito, M. Rizaldy Mahendra dan Marsha Nabila Nur Azmy atas cinta, kesabaran, motivasi dan doa yang selalu dipanjatkan untukku.
11. Rekan mahasiswa Program Study Magister Keperawatan dan seluruh pihak yang telah membantu kelancaran pembuatan tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Saran dan kritik harapkan demi kesempurnaan penelitian ini. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat sebaik-baiknya.

Surabaya, Mei 2018

Penulis

RINGKASAN

PENGARUH *ASSERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY* (AACT) TERHADAP KEMAMPUAN MENGENDALIKAN PERILAKU KEKERASAN PASIEN SKIZOFRENIA

Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan secara verbal maupun non verbal. Perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan skizofrenia. Perilaku kekerasan sering berulang meskipun pasien sudah pernah mempunyai kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasannya. Perilaku kekerasan dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah secara destruktif, dilakukan oleh seseorang yang merasa dirinya kuat. Perilaku kekerasan timbul karena rasa tidak nyaman dan panik, akibat stressor dari dalam maupun dari luar lingkungan. Dampak perilaku kekerasan pada diri sendiri berupa percobaan bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Dampak ekstrim dari perilaku kekerasan adalah kematian bagi pasien sendiri.

Tindakan keperawatan yang biasa diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur adalah Standar Pelaksanaan (SP) yang terdiri dari lima SP untuk pasien dan tiga SP untuk keluarga pasien. AACT merupakan terapi yang mengintegrasikan AT dan ACT. Pasien yang diberikan AACT akan mempunyai ketrampilan untuk berperilaku asertif, selanjutnya dia akan menerima masalah yang dialaminya dengan perilaku adaptif dan akhirnya mempunyai komitmen untuk mempertahankan perilaku adaptifnya.

Penelitian ini dirancang dengan menggunakan *quasi-experimental pretest-posttest with control group*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 32 responden yang dibagi dalam empat kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 8 responden. Sampel ditetapkan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini antara lain pasien berjenis kelamin laki-laki, usia 25–55 tahun, diagnosa medis skizofrenia, tidak melakukan tindakan agresif destruktif (RUFA III dengan skor 21–30), tidak ada penyakit fisik, dapat berkomunikasi verbal dengan baik, bisa membaca dan menulis serta bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi antara lain pasien masih melakukan tindakan agresif destruktif, perilaku kekerasan disertai dengan gangguan proses pikir dan gangguan persepsi sensori halusinasi. Teknik pengambilan sampling dengan *probability sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini adalah AACT, AT dan ACT. Sedangkan variabel dependen adalah perilaku kekerasan. Analisis data menggunakan Anova untuk mengetahui perbedaan variabel dependen dengan variabel independen. Instrumen penelitian yang digunakan adalah evaluasi pelaksanaan AT dan ACT yang diadopsi dari Modul Keperawatan Jiwa FIK UI (2016). Instrumen penelitian SP menggunakan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang digunakan di Rumah Sakit Jiwa Menur. Instrumen penelitian AACT menggunakan panduan evaluasi pelaksanaan yang dimodifikasi oleh peneliti dengan mempertimbangkan kebutuhan data dalam penelitian ini. Instrumen penilaian perilaku kekerasan dilakukan dengan cara

observasi menggunakan skala pengukuran perilaku kekerasan dari Keliat (2013) yang merupakan adaptasi dari Marison (1994) dengan uji validitas *pearson product moment* dengan nilai $r = 0.75$ (lebih besar dari 0.30) yang artinya valid digunakan. Untuk uji reliabilitasnya menggunakan teknik *Alfa Cronbach* dengan hasil 0.90 (Keliat, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keempat intervensi yang diberikan mempunyai pengaruh terhadap kemampuan pasien skizofrenia mengendalikan perilaku kekerasannya dengan nilai *p value* kelompok perlakuan AACT $p = 0.001$, AT $p < 0.0001$, ACT $p < 0.0001$, sedangkan kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0.020$. Artinya terdapat perbedaan yang bermakna pengendalian perilaku kekerasan pasien sebelum dan setelah dilakukan intervensi. Hasil uji homogenitas didapatkan $p = 0.218$ artinya data mempunyai varian yang sama (homogen). Analisis selanjutnya dengan menggunakan uji anova. Uji beda delta antar kelompok perlakuan (AT, ACT, AACT) dan kelompok kontrol (SP) didapatkan nilai $p = 0.002$, artinya ada perbedaan yang signifikan intervensi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol untuk mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia. Untuk mengetahui perbedaan pengaruh antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan uji delta anova dengan melihat *p value*. Hasil statistik menunjukkan ada perbedaan perilaku kekerasan pasien kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok perlakuan sebagai berikut AACT $p = 0.003$, AT $p = 0.0460$, ACT $p = 0.038$,. Hasil tersebut menunjukkan bahwa AACT memberikan pengaruh yang lebih baik dalam mengendalikan perilaku kekerasan pasien dibandingkan dengan AT, ACT dan kelompok kontrol (SP).

Penurunan perilaku kekerasan pada pasien yang diberikan AACT meliputi aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Perubahan kognitif pada intervensi ini adalah membantu pasien mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perasaan yang muncul serta dampak pikiran dan perasaan (sesi 1) dan mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalamannya (sesi 2). Perubahan afektif dilakukan dengan melatih pasien mengungkapkan pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginannya (sesi 3), mengeksplorasi kemarahan dengan menyatakan “tidak” untuk sesuatu yang tidak rasional beserta alasannya (sesi 4) dan menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih pasien (sesi 6). Perubahan psikomotor dilakukan dengan melatih pasien mempertahankan perilaku asertif pada berbagai situasi (sesi 5) dan melatih pasien berkomitmen untuk mencegah kekambuhan (sesi 7). AACT melatih pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan berperilaku asertif, mempunyai penerimaan terhadap kondisinya serta komitmen mempertahankan perilaku adaptif.

Saran yang dapat diberikan penulis adalah 1) AACT dapat dikembangkan sebagai salah satu alternatif terapi untuk mengendalikan perilaku kekerasan dan menurunkan kekambuhan pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan, 2) Pengembangan penelitian AACT sebagai salah satu intervensi mengendalikan perilaku kekerasan dengan melibatkan keluarga, 3) AACT dikembangkan di pelayanan kesehatan masyarakat dengan memberikan pelatihan kepada perawat Puskesmas bekerjasama dengan rumah sakit jiwa, 4) Terapi yang diberikan pada pasien gangguan jiwa harus dilakukan secara berulang dan terus menerus agar pasien mempunyai kemampuan yang lebih baik, dan 5) Keterlibatan keluarga atau orang terdekat pasien sangat diperlukan untuk mendukung perawatan pasien saat berada kembali di lingkungan keluarganya.

SUMMARY

THE EFFECT OF ASSERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY (AACT) ON THE ABILITY TO CONTROL VIOLENT BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Violent Behavior is a condition in which a person performs actions that can be physically harmful to oneself, others and environment verbally and non-verbally. Violent behavior is one of the nursing problems that arise in patients with schizophrenia. Violent behavior is often recurrent even though the patient has had the ability to control his violent behavior. Violent behavior is done to express feelings of resentment or anger destructively, done by someone who feels strong. Violent behavior arises from discomfort and panic, due to the stressor from within and from outside the environment. The impact of violent behavior oneself is in the form of attempted suicide or allowing self in the form of self abandonment. The extreme impact of violent behavior is death for patients themselves.

The usual nursing action given to patients with violent behavior in Menur Mental Hospital is the Implementation Strategy consisting of 5 (five) Implementation Strategies for patients and 3 (three) Implementation Strategies for the patient's family. AACT is a therapy that integrates AT and ACT. Patients given AACT will have the skills to assertive behavior then he will accept the problem he experienced with adaptive behavior and finally have a commitment to maintain adaptive behavior.

This study was designed using quasi-experimental pretest-posttest with control group. Population in this research is schizophrenic patient with nursing problem of violent behavior at inpatient installation of Menur Mental Hospital of East Java Province. The sample required in this study was 32 respondents divided into four groups, each group consisting of 8 respondents. Samples were determined by inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria in this study included male patients, aged 25-55 years old, medical diagnoses of hebephrenic schizophrenia, non-destructive aggressive behavior (RUFA score III with score 21-30), no physical illness, can communicate verbally well, able to read and write and willing to be a respondent by signing an agreement to be a respondent. While exclusion criteria included patients still perform aggressive destructive actions, violent behavior accompanied by impaired thought processes and disturbances sensory perception of hallucinations. Sampling technique was using probability sampling. The independent variables in this research were AT, ACT, AACT while the dependent variable was violent behavior. Analysis of data was by using Anova to know the difference of dependent variable between the members of a group (independent variable). The research instrument used was the evaluation of the implementation of AT and ACT adopted from the Mental Health Nursing Module of Nursing Faculty in Indonesia University (2016). Implementation Standar research instrument using Nursing Standards used in Menur Mental Hospital. The AACT research instrument used an experimental evaluation guide modified by the researcher by considering the data requirements in this study. The instrument of violent behavior assessment was done by observation using the scale of violent behavior measurement from Keliat (2013) which was an adaptation of Marison (1994) with validity test of pearson product moment with $r = 0.75$ (greater than

0.30) meaning valid to be used. The reliability test was using Alfa Cronbach technique with the results 0.90 (Keliat, 2013).

The results showed that four interventions (AACT, AT, ACT and Implementation Standart) had an influence on the ability of schizophrenic patients to control their violent behavior with p value of each treatment group AACT p = 0.001, AT p < 0.0001, ACT p < 0.0001, while control group obtained p = 0.020. This means that there are significant differences in the control of violent behavior of patients before and after intervention. Homogeneity test results obtained p = 0.218 means that the data has the same variant (homogeneous). Further analysis was using Anova Test. Different delta tests between treatment groups (AACT, AT, ACT) and control group (Implementation Standart) were p = 0.002. The result of difference delta test between treatment group (AACT, AT, ACT) and control group (Implementation Standart) got p value of = 0.002 meaning that there is significant difference of treatment group and control group to control violent behavior of schizophrenic patient. To know the difference of influence between treatment group and control group was done by anova delta test by looking at mean difference and p value. The statistical results showed there were differences in violent behavior of control group patients compared with treatment group as follows AACT p = 0.003, AT p = 0.0460, ACT p = 0.038. These results indicate that AACT has a better effect in controlling the patient's violent behavior compared to AT, ACT and control group (Implementation Standart).

The decrease in violent behavior in patients given by AACT includes cognitive, affective and psychomotor aspects. Cognitive changes in this intervention are helping the patients to be able to identify the event thoughts and feelings that arise as well as the impact of thoughts and feelings (session 1) and identify the value based on their experience (session 2). Affective changes done by training the patients to express their thoughts, feelings, needs and desires (session 3), exploring anger by stating "no" for something irrational and the reason (session 4) and accepting events using the patient's chosen score (session 6). Psychomotor changes done by training the patients to maintain assertive behavior in various situations (session 5) and training patients to control violent behavior by assertive behavior, have acceptance of their conditions, and commit to maintain adaptive behavior.

Suggestions that can be given by the author are 1) AACT can be developed as an alternative therapy to control violent behavior and reduce the recurrence of schizophrenic patients with nursing problems of violent behavior, 2) Develop of AACT research as one of the intervention to control violent behavior by involving family, 3) Develop AACT in public health services by providing training to the Public Health Centre nurses in collaboration with mental hospitals, 4) Therapy given to mental disorder patients should be done repeatedly and continuously in order for patients to have better capability, and 5) Family involvement or nearest relatives of patient is necessary to support patients care while they are back in the family and environment.

ABSTRAK

PENGARUH *ASSERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY* (AACT) TERHADAP KEMAMPUAN MENGENDALIKAN PERILAKU KEKERASAN PASIEN SKIZOFRENIA

Oleh :
Rustafariningsih

Pendahuluan: Perilaku kekerasan merupakan suatu perilaku yang menggunakan kekuatan fisik atau kekuasaan untuk mengancam diri sendiri, orang lain, kelompok atau komunitas serta lingkungan yang dapat mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis dan kerusakan lingkungan. Perilaku kekerasan sering berulang meskipun pasien sudah pernah mempunyai kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasannya. Untuk itu dibutuhkan penanganan yang lebih optimal. Salah satu terapi yang digunakan adalah *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) yang merupakan integrasi antara *Assertive Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT). Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh AACT terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia. **Metode:** Penelitian ini menggunakan *quasi-experimental pre-post test control group desain*. Populasi penelitian adalah pasien dengan masalah perilaku kekerasan di ruang rawat inap RS Jiwa Menur. Besar sampel 32 responden diambil secara *simple random*. Variabel bebas adalah AACT, AT dan ACT. Variabel tergantung adalah perilaku kekerasan. Data dikumpulkan dengan mengisi lembar observasi perilaku pasien. Pengolahan data menggunakan uji statistik Anova. **Hasil:** Ada perbedaan perilaku kekerasan pasien antara kelompok perlakuan AACT, AT, ACT dengan kelompok kontrol (SP) sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan hasil AT $p = 0.0460$, ACT $p = 0.038$, AACT $p = 0.003$. **Diskusi dan Simpulan:** Penurunan perilaku kekerasan pada pasien yang diberikan AACT meliputi aspek kognitif, afektif dan psikomotor, mengoptimalkan system personal dan interpersonal serta komitmen mempertahankan perilaku yang adaptif. AACT melatih pasien untuk berperilaku asertif, menerima kondisi yang menyebabkan perilaku kekerasannya berulang dan mempunyai komitmen mempertahankan perilaku asertif.

Kata Kunci: *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT), Perilaku Kekerasan, Skizofrenia

ABSTRACT

**THE EFFECT OF ASSERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT
THERAPY (AACT) ON THE ABILITY TO CONTROL
VIOLENT BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS****By: Rustafariningsih**

Introduction: Violent behavior is a behavior that uses physical force or power to threaten oneself, others, groups or communities and environments that can result in injury, death, psychological harm and environmental damage. Violent behavior is often recurrent even though the patient has had the ability to control his violent behavior. So, it is required a more optimal handling. One therapy used is Assertive Acceptance Commitment Therapy (AACT) which is integration between Assertive Therapy (AT) and Acceptance Commitment Therapy (ACT). This study aims to analyze the effect of AACT on the violent behavior of schizophrenic patients. **Method:** The design of this study was *quasi-experimental pretest-posttest with control group*. The population of the study was patients with violent behavior problems in inpatient wards of Menur Mental Hospital Surabaya. Sample size of 32 respondents taken by simple random. The independent variables were AT, ACT and AACT. The control group of respondents were treat by using implementation strategy. Dependent variable was violent behavior. Data were collected by filling in the observation sheet. Data processing was by using Anova statistical test. **Result:** There were differences in violent behavior of patients after given intervention AT, ACT, AACT, and implementation strategy with p value of AT $p = 0.0460$, ACT $p=0.038$, AACT $p=0.003$. Based on the mean difference and p value, shows that AACT has more significant effect to control violent behavior of schizophrenic patients. **Discussion and Conclusion:** AACT can reduce the patient's violent behavior includes cognitive, affective, and psychomotoric aspects, optimize the personal and interpersonal system by mutually providing support through a commitment to maintain adaptive behavior.

Keywords: Assertive Acceptance Commitment Therapy (AACT), Violent Behavior, Schizophrenia

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING TESIS	v
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
ABSTRAK	xiii
ABSTRACT	xiv
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan	7
1.3.1 Tujuan umum.....	7
1.3.2 Tujuan khusus.....	8
1.4 Manfaat	8
1.4.1 Teoritis.....	8
1.4.2 Praktis9	
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Perilaku Kekerasan	10
2.1.1 Pengertian	10
2.1.2 Penyebab.....	13
2.1.3 Proses terjadinya perilaku kekerasan.....	13
2.1.4 Gejala klinis.....	17
2.1.5 Mekanisme koping	18
2.1.6 Tindakan keperawatan perilaku kekerasan.....	19
2.2 Konsep Dasar Skizofrenia.....	25
2.2.1 Pengertian	25
2.2.2 Etiologi	25
2.2.3 Klasifikasi.....	29
2.2.4 Manifestasi klinis.....	33
2.2.5 Rentang respon	35
2.2.6 Faktor predisposisi dan presipitasi	36
2.2.7 Penatalaksanaan.....	41
2.3 Latihan Asertif (<i>Asertiveness Training</i>).....	43
2.3.1 Pengertian Latihan Asertif.....	43
2.3.2 Tujuan Latihan Asertif.....	44
2.3.3 Indikasi Latihan Asertif.....	45

2.3.4 Jenis-Jenis Latihan Asertif	45
2.3.5 Strategi Latihan Asertif	47
2.3.6 Tahapan Terapi asertif.....	48
2.4 <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (ACT).....	49
2.4.1 Definisi	49
2.4.2 Tujuan.....	52
2.4.3 Indikasi	53
2.4.4 Kriteria terapis	53
2.4.5 Prinsip pelaksanaan terapi	54
2.4.6 Tahapan <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (ACT).....	56
2.5 Terapi Kelompok	57
2.5.1 Pengertian kelompok	57
2.5.2 Tujuan terapi kelompok.....	58
2.5.3 Komponen kelompok	58
2.6 Terapi Suportif	61
2.6.1 Definisi	61
2.6.2 Jenis Terapi Suportif.....	61
2.6.3 Tujuan Terapi Suportif	62
2.6.4 Indikasi	63
2.6.5 Manfaat.....	64
2.6.6 Kriteria, peran dan tugas terapis	64
2.6.7 Prinsip terapi suportif	66
2.6.8 Karakteristik terapi suportif kelompok.....	66
2.6.9 Aturan terapi suportif	67
2.6.10 Keanggotaan terapi kelompok suportif.....	68
2.6.11 Waktu pelaksanaan terapi suportif	68
2.6.12 Tempat pelaksanaan terapi suportif.....	68
2.6.13 Pelaksanaan terapi suportif.....	68
2.7 <i>Assertive Acceptance and Commitment Therapy</i> (AACT)	69
2.8 Konsep Dasar Teori Perilaku Terencana.....	70
2.9 Keaslian Penelitian.....	72
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	81
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	81
3.2 Hipotesis Penelitian.....	83
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	84
4.1 Desain Penelitian.....	84
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling.....	85
4.2.1 Populasi penelitian.....	85
4.2.2 Sampel dan besar sampel penelitian.....	86
4.2.3 Teknik sampling	88
4.3 Kerangka Operasional.....	89
4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	90
4.4.1 Variabel <i>independen</i> (bebas)	90
4.4.2 Variabel <i>dependen</i> (tergantung)	90
4.4.3 Definisi Operasional.....	91
4.5 Alat dan Bahan Penelitian.....	94
4.6 Instrumen Penelitian.....	94
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian	96

4.8	Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data	96
4.9	Analisis Data	99
4.9	<i>Ethical Clearance</i>	100
BAB 5 HASIL PENELITIAN		104
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	104
5.2	Hasil Penelitian	106
5.2.1	Data umum	106
5.2.2	Data khusus	107
BAB 6 PEMBAHASAN		114
6.1	Pengaruh <i>Assertive Acceptance Commitment Therapy</i> (AACT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Hebefrenik	114
6.2	Pengaruh <i>Assertive Therapy</i> (AT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia.....	119
6.3	Pengaruh <i>Acceptance Commitment Therapy</i> (ACT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Hebefrenik	123
6.4	Pengaruh Strategi Pelaksanaan (SP) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Hebefrenik.....	127
6.5	Perbedaan Kelompok Intervensi <i>Assertive Acceptance Commitment Therapy</i> (AACT), <i>Assertive Therapy</i> (AT), <i>Acceptance Commitment Therapy</i> (ACT) dan Kelompok Kontrol yang Diberikan Strategi Pelaksanaan (SP) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia	130
6.6	Temuan Penelitian.....	132
6.7	Keterbatasan Penelitian.....	133
BAB 7 PENUTUP.....		135
7.1	Kesimpulan	135
7.2	Saran.....	137
DAFTAR PUSTAKA		139
LAMPIRAN		141

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perbedaan Perilaku atau Respon Kemarahan	12
Tabel 2.2 Perkiraan Resiko Seumur Hidup Untuk Terjadinya Skizofrenia Pada Keluarga Pasien.....	36
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian Pengaruh AACT Terhadap Kemampuan Mengendalikan PK Pasien Skizofrenia	84
Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian AACT Terhadap Kemampuan Mengendalikan PK Pasien Skizofrenia	91
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden	105
Tabel 5.2 Uji Beda Perkelompok Perlakuan dan Kontrol.....	106
Tabel 5.3 Uji Beda Anova Antar Kelompok Intervensi.....	108
Tabel 5.4 Nilai Delta PK.....	108
Tabel 5.5 Distribusi PK Sebelum dan Sesudah Diberikan AACT.....	110
Tabel 5.6 Distribusi PK Sebelum dan Sesudah Diberikan AT	110
Tabel 5.7 Distribusi PK Sebelum dan Sesudah Diberikan ACT.....	111
Tabel 5.8 Distribusi PK Sebelum dan Sesudah Diberikan SP	111

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Proses Terjadinya PK.....	17
Gambar 2.2 Rentang Intervensi Keperawatan dalam Mengelola PK.....	20
Gambar 2.3 Rentang Respon Neurobiologi Skizofrenia.....	35
Gambar 2.4 Peran Faktor-Faktor Latar Belakang Pada Teori Perilaku Terencana	72
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Pengaruh AACT Terhadap Kemampuan Mengendalikan PK Pasien Skizofrenia.....	81
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengaruh AACT Terhadap Kemampuan Mengendalikan PK Pasien Skizofrenia.....	89

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Permohonan Uji Etik Penelitian	132
Lampiran 2 Keterangan Kelaikan Etik.....	133
Lampiran 3 Permohonan Penelitian	134
Lampiran 4 Ijin Penelitian.....	135
Lampiran 5 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	136
Lampiran 6 Permohonan Menjadi Responden Penelitian.....	137
Lampiran 7 Lembar Penjelasan Pelaksanaan Penelitian.....	138
Lampiran 8 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	139
Lampiran 9 Format Pengumpulan Data	140
Lampiran 10 Lembar Observasi PK Pasien	142
Lampiran 11 Tabulasi Data Responden	144
Lampiran 12 Ijin Penelitian.....	135
Lampiran 13 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	136
Lampiran 14 Permohonan Menjadi Responden Penelitian.....	137
Lampiran 15 Lembar Penjelasan Pelaksanaan Penelitian.....	138
Lampiran 16 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	139
Lampiran 17 Format Pengumpulan Data	140
Lampiran 18 Lembar Observasi PK Pasien	142
Lampiran 19 Tabulasi Data Responden	144
Lampiran 20 Ijin Penelitian.....	135
Lampiran 21 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	136
Lampiran 23 Permohonan Menjadi Responden Penelitian.....	137

DAFTAR SINGKATAN

AACT	: <i>Assertive Acceptance Commitment Therapy</i>
ACT	: <i>Acceptance And Commitment Therapy</i>
AT	: <i>Assertive Therapy</i>
PK	: Perilaku Kekerasan
SP	: Standar Pelaksanaan
SAK	: Standar Asuhan Keperawatan
TPB	: <i>Theory of Planned Behavior</i>
TPC	: <i>Perceived Behavioral Control</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan skizofrenia. Perilaku kekerasan sering berulang meskipun pasien sudah pernah mempunyai kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasannya. Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan secara verbal maupun nonverbal. Perilaku kekerasan dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah secara destruktif, dilakukan oleh seseorang yang merasa dirinya kuat. Perilaku kekerasan timbul karena pasien merasa tidak nyaman dan panik, akibat stressor dari dalam maupun dari luar lingkungan (Kusumawati & Hartono, 2010).

Perilaku kekerasan sebagai penggunaan kekuatan fisik atau kekuasaan untuk mengancam diri sendiri, orang lain, kelompok atau komunitas serta lingkungan dapat mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis dan kerusakan lingkungan. Pasien dengan perilaku kekerasan memberikan dampak baik pada diri sendiri maupun orang lain. Dampak perilaku kekerasan pada diri sendiri berupa percobaan bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Dampak ekstrim dari perilaku kekerasan adalah kematian bagi pasien sendiri. Perilaku kekerasan pada orang lain adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan berupa perilaku merusak lingkungan (As'ad dan Sucipto, 2010; Yusuf, 2014).

WHO (2016) menyatakan angka gangguan jiwa sudah mengkhawatirkan secara global, dimana terdapat 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang dengan skizofrenia dan 47,5 juta mengalami dimensia. Prevalensi pasien dengan perilaku kekerasan di dunia berjumlah 24 juta orang. Hawari (2012) menyatakan bahwa setiap tahunnya lebih dari 1,6 juta orang meninggal akibat perilaku kekerasan, terutama laki-laki berusia 15-44 tahun, sedangkan korban hidup mengalami trauma fisik, seksual, reproduksi dan gangguan kesehatan mental.

Data Riskesdas (2013) menunjukkan jumlah penduduk Indonesia ada sekitar 236 juta dengan katagori yang mengalami gangguan jiwa ringan sebanyak 6% (sekitar 14.160.000 orang) sedangkan yang mengalami gangguan jiwa berat sebanyak 0,17% (sekitar 401.200 orang). 68% pasien gangguan jiwa berat (sekitar 272.816 orang) mengalami rehospitalisasi karena perilaku kekerasan (Wiyati, Wahyuningsih & Widayanti, 2010).

Prevelensi gangguan jiwa berat (skizofrenia) di Jawa Timur sebesar 1,4% dari 38.318.791 penduduk atau sekitar 536.464 orang, sedangkan di Surabaya sebesar 0,2% dari 1.602.875 penduduk atau sekitar 3.206 orang (Riskesdas, 2013). Hasil pengkajian di Rumah Sakit Jwa Menur pada tanggal 1 Februari 2017, lima diagnosa terbanyak selama satu bulan terakhir adalah Perilaku Kekerasan (32%), Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (29%), Defisit Perawatan Diri (24%), Menarik Diri (10%) dan Harga Diri Rendah (5%).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang disebabkan karena adanya gangguan neurobiological otak yang persisten dan serius. Skizofrenia mengakibatkan kerusakan hidup individu, keluarga dan komunitas. Skizofrenia

terdiri dari kumpulan gejala berupa gangguan isi pikir, bentuk pikir, persepsi, emosi atau perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Pasien skizofrenia mengalami kesulitan berpikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi atau perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam berhubungan dengan orang lain (Videbeck, 2012).

Perilaku kekerasan pada skizofrenia disebabkan karena sebelumnya pasien mengalami suatu stressor menegangkan yang mengancam ego, ancaman tersebut dipersepsikan mengganggu konsepsi diri atau integritas diri, sedangkan aktualisasi pasien belum tercapai, sehingga pasien mengalami harga diri rendah. Apabila hal ini dipertahankan maka lama kelamaan pasien akan depresi dan berlanjut menjadi skizofrenia. Pada kondisi maladaptif, pasien skizofrenia mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi (Stuart & Laraia, 2009).

Diagnosis keperawatan primer yang muncul pada skizofrenia dapat berupa risiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi, harga diri rendah kronik, gangguan proses pikir: waham dan yang lainnya. Perilaku kekerasan pasien skizofrenia diawali adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain. Pasien perilaku kekerasan tidak mampu berperilaku asertif dan melampiaskan amarahnya secara destruktif. Perilaku kekerasan pasien skizofrenia disebabkan karena ketidakmampuan pasien menciptakan penerimaan, perhatian dan lebih terbuka dalam mengembangkan kemampuannya (Hayes & Smith, 2005).

Perilaku kekerasan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor predisposisi dan presipitasi. Faktor predisposisi yang menjadi penyebab perilaku kekerasan antara

lain adalah faktor psikologis, sosial budaya dan biologis (Wahyuningsih, 2009). Faktor psikologis antara lain adalah kehilangan, kegagalan yang bisa mengakibatkan frustrasi, penguatan dan dukungan terhadap perilaku kekerasan. Faktor sosial budaya terkait dengan norma tentang ekspresi marah mana yang bisa diterima atau tidak diterima, sehingga akan menentukan bagaimana individu mengekspresikan rasa marahnya. Faktor biologis karena adanya gangguan pada sistem limbik, lobus frontal, hipotalamus dan neurotransmitter. Perubahan pada sistem limbik akan menyebabkan peningkatan atau penurunan resiko perilaku kekerasan. Kerusakan lobus frontal mengakibatkan gangguan dalam membuat keputusan, kerusakan pada penilaian, perilaku tidak sesuai dan agresif. Hipotalamus menghasilkan dopamine, dimana dopamine yang berlebihan akan mengakibatkan perilaku gelisah dan agresif. Neurotransmitter dapat memfasilitasi atau menghambat impuls agresif (Stuart & Laraia, 2009).

Faktor presipitasi yang menyebabkan perilaku kekerasan dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal antara lain kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan dan kurang percaya diri. Sedangkan yang termasuk dalam faktor eksternal adalah keributan, kehilangan orang atau obyek yang berharga dan konflik interaksi sosial (Yosep, 2011).

Tindakan keperawatan yang biasa diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur adalah Standar Pelaksanaan 1 (SP 1) pasien (membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat perilaku kekerasan dan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik 1: tarik nafas dalam), SP 2 pasien (mengajarkan kontrol perilaku kekerasan fisik 2:

memukul bantal), SP 3 pasien (mengajarkan kontrol perilaku kekerasan cara verbal), SP 4 pasien (mengajarkan kontrol perilaku kekerasan cara spiritual) dan SP 5 pasien (mengajarkan kontrol perilaku kekerasan dengan minum obat). Tetapi sering setelah tindakan keperawatan selesai, pasien perilaku kekerasan masih menunjukkan perilaku yang tidak asertif. Pasien sering melakukan perilaku kekerasan yang berulang. Data yang didapat di Rumah Sakit Jiwa Menur pada tanggal 1 Pebruari 2017 menunjukkan bahwa dua dari tiga pasien perilaku kekerasan melakukan perilaku kekerasannya berulang. Tindakan yang bisa diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan bisa berupa *Behavior Therapy* (BT), *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), Logoterapi, Terapi Realita dan Psikoedukasi Keluarga (Videbeck, 2012), *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT), *Asertive Training Therapy* (AT), Terapi Musik dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) (Sudiatmika, 2011; Aini, 2011; Hidayati, 2012).

Latihan asertif merupakan salah satu terapi yang bisa diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan. Latihan asertif adalah suatu terapi dimana pasien belajar untuk mengungkapkan perasaan marah secara tepat dan asertif sehingga pasien mampu menyatakan apa yang diinginkannya. Seseorang dengan perilaku asertif dapat mengekspresikan emosi dengan tepat, jujur, relatif terus terang dan tanpa perasaan cemas terhadap orang lain. Bila seseorang gagal mengekspresikan perasaan, pikiran dan pandangan atau keyakinannya serta memberikan respon yang tidak dikehendaki atau negatif maka bisa dikatakan dia berperilaku tidak asertif. Pasien perilaku kekerasan juga bisa diajarkan untuk menciptakan penerimaan, perhatian dan lebih terbuka dalam mengembangkan kemampuan yang dimiliki. Salah satu terapi yang bisa diberikan untuk menciptakan

penerimaan dan komitmen adalah *Acceptance Commitment Therapy* (ACT). Penanganan pasien perilaku kekerasan perlu dukungan dari berbagai pihak baik dari keluarga pasien maupun lingkungan sekitar pasien. Dukungan kelompok juga diperlukan untuk bisa membantu pasien berperilaku adaptif dalam menghadapi masalahnya.

Penelitian dengan judul “Pengaruh *Assertive Training Therapy* terhadap kemampuan asertif suami dan risiko perilaku kekerasan dalam rumah tangga di kota Bogor tahun 2011” menunjukkan hasil kemampuan asertif suami sebesar 67,4% dengan peningkatan yang bermakna $p\text{-value} < 0,05$ (Aini, 2011). Penelitian yang berjudul “Pengaruh *Acceptance And Commitment Therapy* terhadap gejala dan kemampuan pasien dengan resiko perilaku kekerasan” menunjukkan hasil adanya penurunan gejala perilaku kekerasan secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan terapi ACT dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi ACT (Sulistiowati, Keliat dan Wardani, 2014). Penelitian “Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia” menunjukkan ada perbedaan yang signifikan kemampuan pasien mengatasi perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi kelompok suportif dengan $p < 0,05$ (Hidayati, 2012).

Dalam penelitian ini penulis mengintegrasikan *Assertive Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT). *Assertive therapy* saja belum cukup karena dengan berperilaku asertif tanpa adanya komitmen untuk mempertahankan perilaku adaptif, pasien bisa melakukan tindakan perilaku kekerasan yang berulang. Hal ini disebabkan karena pasien tidak diajarkan bagaimana menerima situasi yang menyebabkan marah dan berkomitmen mempertahankan perilaku

adaptifnya. Pasien yang diberikan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) akan mempunyai penerimaan dan komitmen mempertahankan perilaku adaptif, tetapi mereka tidak punya pengetahuan bagaimana bertindak asertif untuk melampiaskan marahnya. Atas dasar tersebut penulis ingin memberikan AACT (*Assertive Acceptance Commitment Therapy*) yang dilakukan secara kelompok pada beberapa pasien perilaku kekerasan. Harapannya setelah diberikan AACT, pasien dengan perilaku kekerasan mempunyai ketrampilan untuk berperilaku asertif, selanjutnya dia akan menerima masalah yang dialaminya dengan perilaku adaptif dan akhirnya mempunyai komitmen untuk mempertahankan perilaku adaptifnya. Komitmen yang didapat dalam kelompok akan dijadikan komitmen individu.

Dari uraian di atas, peneliti ingin mengetahui pengaruh *Asertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT) terhadap perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana perilaku kekerasan pasien skizofrenia dengan *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT).

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) terhadap mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia
2. Menganalisis pengaruh *Assertive Therapy* (AT) terhadap pengendalian perilaku kekerasan pasien skizofrenia
3. Menganalisis pengaruh *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) terhadap pengendalian perilaku kekerasan pasien skizofrenia
4. Menganalisis pengaruh pemberian Standar Pelaksanaan (SP) terhadap pengendalian perilaku kekerasan pasien skizofrenia
5. Menganalisis perbedaan kelompok intervensi *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT), *Assertive Therapy* (AT), *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) dan kelompok kontrol yang diberikan Standar Pelaksanaan (SP) terhadap perilaku kekerasan pasien skizofrenia

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) terhadap kemampuan pasien skizofrenia mengendalikan perilaku kekerasan sehingga dapat digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dengan memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan profesional, dijadikan panduan dalam meningkatkan kemampuan mengatasi pikiran dan perilaku maladaptif berulang menjadi perilaku adaptif.

1.4.2 Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan, diharapkan dapat menjadi pedoman asuhan keperawatan pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan
2. Bagi responden penelitian, diharapkan dapat meningkatkan kemampuan berperilaku asertif dan menerima kejadian yang tidak diinginkan dengan mempertahankan perilaku adaptif. Harapannya dapat memperpendek lama hari rawat sehingga meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

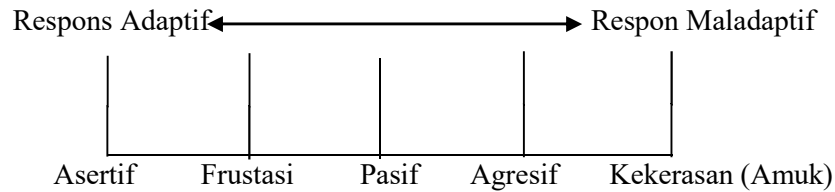
2.1 Konsep Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik terhadap diri sendiri maupun orang lain (Keliat B.A, 2006). Perilaku kekerasan adalah reaksi yang ditunjukkan atau ditampilkan oleh individu dalam menghadapi masalah dengan melakukan tindakan penyerangan terhadap stressor, dapat juga merusak dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungan (Rasmun, 2001). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Nasir, A & Muhith, A., 2011).

Dari ketiga teori tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa perilaku kekerasan adalah seseorang melakukan tindakan yang berakibat tidak baik pada dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungan. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Nasir, A & Muhith, A., 2011).

Berdasarkan definisi dari Isaacs, A (2005) perilaku kekerasan dapat dibagi dua yaitu perilaku kekerasan secara verbal dan fisik. Pengungkapan kemarahan dengan langsung dan konstruktif akan melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaan yang sebenarnya. Untuk itu perawat harus mempunyai pengetahuan tentang respons kemarahan seseorang dan fungsi positif marah.



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

1. Respon adaptif

- 1) Asertif adalah mengemukakan pendapat atau mengekspresikan rasa tidak senang atau tidak setuju tanpa menyakiti lawan bicara.
- 2) Frustrasi adalah suatu proses yang menyebabkan terhambatnya seseorang dalam mencapai keinginannya. Individu tersebut tidak dapat menerima atau menunda sementara sambil menunggu kesempatan yang memungkinkan. Selanjutnya individu merasa tidak mampu dalam mengungkapkan perannya dan terlihat pasif.

2. Respon transisi

Pasif adalah suatu perilaku dimana seseorang merasa tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya sebagai usaha mempertahankan hak-haknya. Pasien tampak pemalu, pendiam, sulit diajak bicara karena merasa kurang mampu, rendah diri atau kurang menghargai dirinya.

3. Respon maladaptif

- 1) Agresif adalah suatu perilaku yang mengertikan rasa marah, merupakan dorongan mental untuk bertindak (dapat secara konstruksi/destruksi) dan masih terkontrol.
- 2) Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan.

Fitria (2009), mengungkapkan bahwa perbedaan perilaku atau respon kemarahan ditampilkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1. Perbedaan Perilaku atau Respon Kemarahan

	Pasif	Frustasi	Asertif	Agresif	Amuk
Isi pembicaraan	Negatif dan meremehkan diri, contohnya perkataan: “Dapatkah saya?” “Dapatkah kamu?”	Lebih banyak diam, contohnya “saya malas...”	Positif dan menawarkan diri, contohnya “Saya dapat.....” “Saya akan.....”	Menyombongkan diri, merendahkan orang lain, contohnya perkataan: “Kamu selalu....” “Kamu tidak pernah.....”	Kata-kata kasar dan menghina “Saya pukul kamu.....”
Tekanan suara	Cepat lambat, mengeluh	Lemah	Sedang	Keras dan ngotot	Keras, membentak
Posisi badan	Menundukkan kepala	Kadang-kadang menundukkan kepala	Tegap dan santai	Kaku, condong ke depan	Menyerang dan posisi mau memukul
Jarak	Menjaga jarak dengan sikap acuh/mengabaikan	Menjauh	Mempertahankan jarak yang nyaman	Siap dengan jarak akan menyerang orang lain	Mendekat mau menyerang
Penampilan	Loyo, tidak dapat tenang	Sedikit tegang	Sikap tenang	Mengancam, posisi menyerang	Posisi menyerang
Kontak mata	Sedikit atau sama sekali tidak	Sedikit	Mempertahankan kontak mata sesuai dengan hubungan	Mata melotot dan dipertahankan	Mata melotot

2.1.2 Penyebab

Menurut Stearen dalam Isaacs, A. (2005) kemarahan adalah kombinasi dari segala sesuatu yang tidak enak, cemas, tegang, dendam, sakit hati dan frustrasi.

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya kemarahan yaitu:

1. Frustrasi

Seseorang yang mengalami hambatan dalam mencapai tujuan atau keinginan yang diharapkannya, menyebabkan ia menjadi frustrasi. Ia merasa terancam dan cemas.

2. Hilangnya harga diri

Pada dasarnya manusia itu mempunyai kebutuhan yang sama untuk dihargai. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi akibatnya individu tersebut mungkin akan merasa rendah diri, tidak berani bertindak, lekas tersinggung, lekas marah dan sebagainya.

2.1.3 Proses terjadinya perilaku kekerasan

Proses terjadinya perilaku kekerasan ini dapat diuraikan dari proses terjadinya gangguan jiwa yang berhubungan dengan perilaku kekerasan. Terjadinya perilaku kekerasan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor predisposisi dan presipitasi.

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang dipengaruhi oleh jenis dan jumlah sumber resiko yang dapat menyebabkan individu mengalami stress.

Menurut Yosep, I (2011) faktor predisposisi yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan adalah:

1) Faktor biologis

a. *Instinctual drive theory* (teori dorongan naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

b. *Psychomatic theory*

Dalam hal ini sistem limbik berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

2) Faktor psikologis

a. *Frustration aggression theory* (teori agresi frustrasi)

Menurut teori ini kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustrasi yang terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b. *Behavioral theory*

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah akan menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

c. *Existensial theory* (teori eksistensial)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia. Apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui perilaku konstruktif

maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

3) Faktor sosial kultural

a. *Sosial environment theory* (teori lingkungan)

Lingkungan sosial mempengaruhi sikap individu mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) serta kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

b. *Sosial learning theory* (teori belajar sosial)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang merubah atau menekan sehingga memunculkan gejala saat ini. Faktor presipitasi meliputi empat hal yaitu sifat stressor, asal stressor, waktu stressor dan banyaknya stressor yang dialami seseorang.

Sifat stressor yang merupakan komponen biologis, misalnya penyakit kronis atau kelainan pada otak. Sifat stressor yang merupakan komponen psikologis misalnya stressor yang terkait pertumbuhan dan perkembangan otak. Sifat stressor yang merupakan komponen sosial budaya misalnya adanya aturan yang sering bertentangan dengan pasien dan kelompok masyarakat. Sedangkan waktu dan lamanya stressor terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama serta berapa kali kejadiannya (Wilkinson & Ahern, 2012).

Ketika seseorang merasa terancam, mungkin dia tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Oleh karena itu perawat dan pasien harus bersama-sama mengidentifikasinya. Bila dilihat dari sudut pandang perawat-pasien, maka faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan dibagi menjadi dua yaitu (1) Pasien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri dan (2) Lingkungan: ribut, kehilangan seseorang atau obyek yang berharga, konflik interaksi sosial (Yosep, I., 2011).

Faktor lingkungan yang terkait dengan perilaku kekerasan pada pasien di ruang psikiatri adalah faktor ruangan, pasien dan petugas (Stuart & Laraia, 2012)

1) Faktor ruangan

Pasien yang berada di ruang isolasi: terkunci, terpisah, terikat atau terlalu padat, tidak dapat beristirahat, tidak ada privasi dan kegiatan yang tidak terprogram dapat memicu terjadinya perilaku kekerasan

2) Faktor pasien

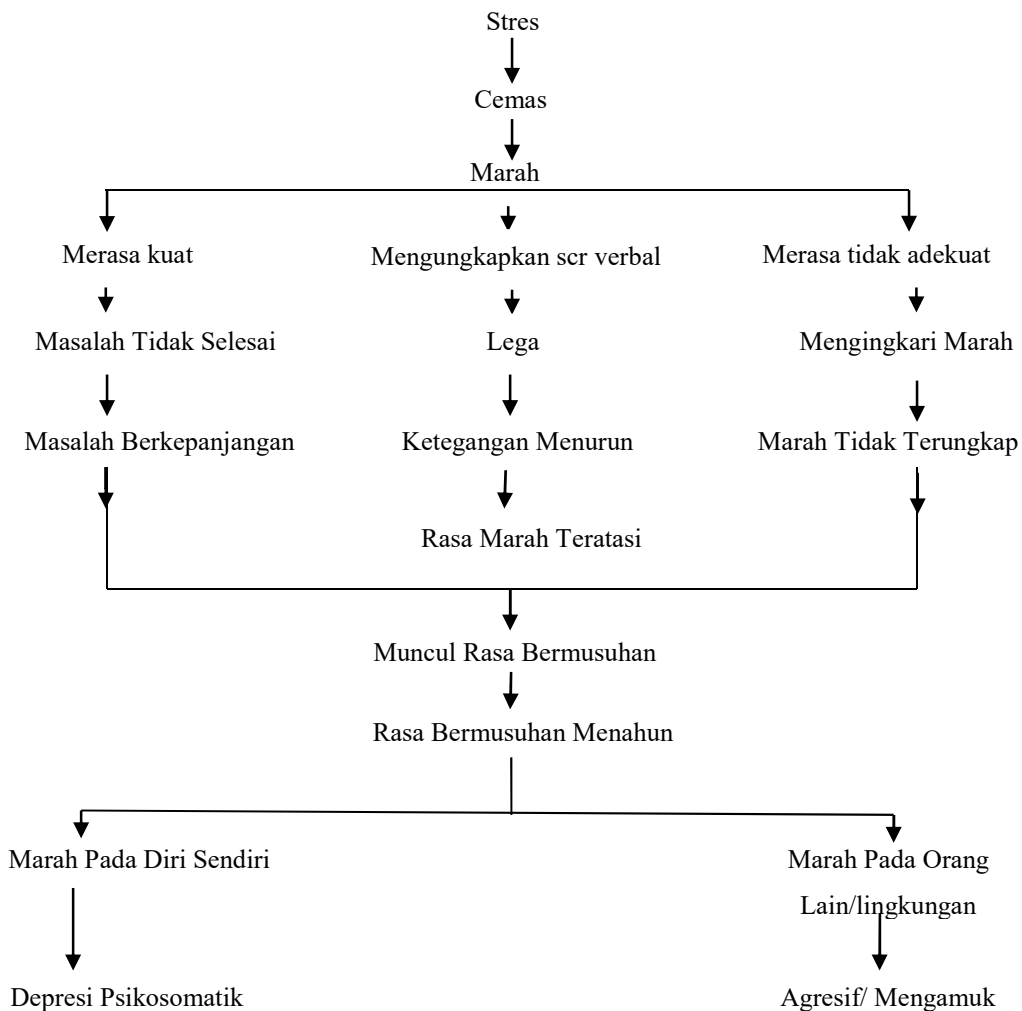
Faktor pasien yang memicu terjadinya perilaku kekerasan antara lain faktor pasien lain (teman pasien) yang dirawat di ruang yang sama dengan pasien misalnya pasien lain mengucapkan kata-kata yang membuat marah, memperebutkan barang atau adanya agresi fisik dari pasien lain

3) Faktor petugas

Sikap petugas, baik perawat maupun petugas lain yang bekerja di ruangan dimana pasien dirawat dapat memicu perilaku kekerasan pasien. Faktor petugas antara lain ketidakpahaman tujuan ruangan, aturan ruangan yang tidak jelas, petugas kurang berpengalaman dapat memicu terjadinya perilaku kekerasan pasien

2.1.4 Gejala klinis

1. Perubahan fisiologik: tekanan darah, tonus otot, denyut nadi dan pernapasan meningkat, pupil dilatasi, refleks tendon tinggi.
2. Perubahan emosional: mudah tersinggung, tidak sabar, frustrasi, ekspresi wajah nampak tegang, bila mengamuk kehilangan kontrol diri.
3. Perubahan perilaku: agresif pasif, menarik diri, bermusuhan, sinis, curiga, mengamuk, nada suara keras dan kasar.



Gambar 2.1 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan (Beck, Rawlins, Williams, 1986, dikutip oleh Keliat, 2006)

Stress, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Melihat gambar di atas bahwa respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui 3 cara yaitu mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang. Dari ketiga cara ini, cara yang pertama adalah konstruktif sedang dua cara yang lain adalah destruktif.

Dengan melarikan diri atau menantang akan menimbulkan rasa bermusuhan dan bila cara ini dipakai terus menerus, maka kemarahan dapat diekspresikan pada diri sendiri dan lingkungan. Pasien tampak sebagai seseorang yang mengalami depresi dan psikomatik atau agresif dan ngamuk.

2.1.5 Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart & Laraia, 2012). Kemarahan merupakan ekspresi dari rasa cemas yang timbul karena adanya ancaman. Menurut Maramis, W.F (2011) beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain:

1. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti artinya ada suatu dorongan untuk menghambat penyaluran marah secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.

3. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.

4. Reaksi formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

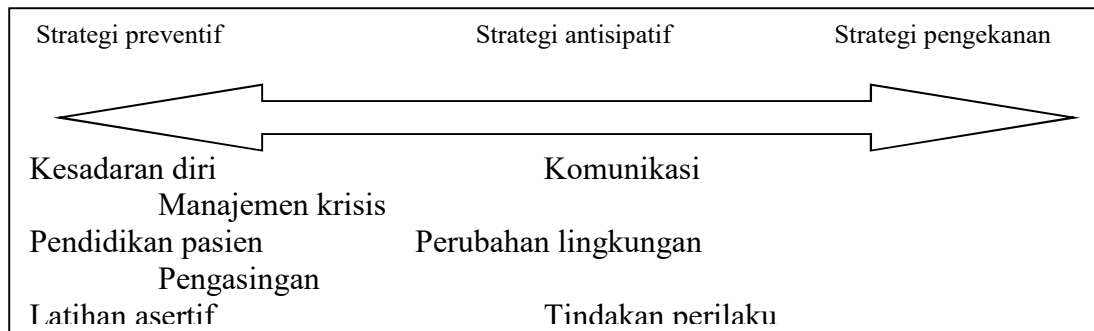
5. *Displacement*

Melepaskan perasaan yang tertekan (biasanya bermusuhan), pada obyek yang tidak begitu berbahaya.

2.1.6 Tindakan keperawatan perilaku kekerasan

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien dengan perilaku kekerasan bertujuan untuk mencegah dan mengontrol perilaku kekerasan pasien sehingga tidak membahayakan baik bagi diri pasien, orang yang ada di sekitar

pasien maupun lingkungan. Seorang perawat dapat memberikan intervensi keperawatan untuk memenej agresivitas pasien. Menurut Stuart (2009) dalam buku Yosep, I (2011) menyatakan bahwa intervensi yang diberikan dapat melalui rentang intervensi keperawatan



Gambar 2.2. Rentang intervensi keperawatan dalam mengelola perilaku kekerasan

1. Strategi preventif

1) Kesadaran diri

Perawat harus menyadari bahwa stres yang dihadapi dapat mempengaruhi komunikasinya dengan pasien. Bila perawat sendiri dipenuhi dengan masalah maka energi yang dimiliki perawat bagi pasien akan berkurang. Untuk itu perawat harus terus-menerus meningkatkan kesadaran dirinya dan memisahkan antara masalah pribadi dengan masalah pasien

2) Pendidikan pasien

Pendidikan yang diberikan kepada pasien antara lain adalah cara berkomunikasi dan mengekspresikan marahnya dengan tepat. Dengan komunikasi yang dilakukan perawat kepada pasien, diharapkan pasien mau mengekspresikan perasannya, kemudian perawat menilai apakah respon yang pasien sudah adaptif atau maladaptif

3) Latihan asertif

Latihan asertif merupakan hal yang penting diajarkan pada pasien dengan perilaku kekerasan. Kemampuan asertif tersebut meliputi (1) berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang, (2) mengatakan “tidak” untuk sesuatu yang tidak beralasan, (3) sanggup melakukan komplain dan (4) mengekspresikan penghargaan dengan tepat.

2. Strategi antisipasif

1) Komunikasi

Strategi berkomunikasi dengan pasien perilaku kekerasan antara lain bersikap tenang, berbicara tidak dengan cara menghakimi, berbicara netral dan dengan cara yang konkrit, tunjukkan respek pada pasien, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan, fasilitasi pembicaraan pasien, dengarkan pasien, jangan terburu-buru menginterpretasikan dan jangan buat janji yang tidak dapat ditepati perawat.

2) Perubahan lingkungan

Unit perawatan sebaiknya menyediakan berbagai aktivitas seperti membaca, grup program yang dapat mengurangi perilaku pasien yang tidak sesuai dan meningkatkan adaptasi sosialnya

3) Tindakan perilaku

Perawat dapat membuat kontrak dengan pasien mengenai perilaku yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima serta konsekuensi yang didapat bila kontrak dilanggar

4) Psikofarmakologi

Obat-obatan yang digunakan untuk mengatasi perilaku agresif yaitu antianseitas, sedatif, antidepresan, mood stabilizer dan antipsikotik. Antipsikotik merupakan obat yang sering digunakan untuk perawatan agresif, haloperidol dikombinasikan dengan benzodiazepam, lorazepam, efektif untuk menurunkan agitasi. Pemberian antipsikotik tipikal mempunyai efek ekstrapiramidal, diantaranya mulut kering, parkinson, reaksi distonik. Peran perawat dalam hal ini adalah mendeteksi munculnya gejala ekstrapiramidal, memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang kondisi yang dialami, mencegah efek lanjut dari sindrom ekstrapiramidal. Perawat juga bisa mendiskusikan dengan medis untuk memberikan obat pencegahan sindrom ekstrapiramidal yaitu trihexyphenidil (THP), biperidin dan dipenhidramine hydrochloric. Dengan demikian perawat mempunyai peran penting dalam pemberian psikofarmaka yaitu memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang terapi (jenis obat, cara kerja, cara minum dan efek samping yang mungkin muncul), memberikan obat secara aman dan mendeteksi munculnya efek samping obat.

3. Strategi pengekangan

1) Manajemen krisis

Bila pada waktu intervensi awal tidak berhasil, maka diperlukan intervensi yang lebih aktif dengan melibatkan kerjasama tim perawat, dokter dan staf yang lain. Manajemen krisis yang dapat dilakukan yaitu restrain medikasi dan isolasi

2) Pengekangan dan pengasingan

Merupakan tindakan keperawatan yang terakhir. Ada dua macam yaitu pengekangan fisik secara mekanik (menggunakan manset, sprei pengekang) atau isolasi (menempatkan pasien dalam suatu ruangan dimana pasien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri). Tujuan pengekangan dan pengasingan adalah mengurangi gerak fisik pasien dan melindungi pasien dan orang lain dari cedera

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut (FIK, 2011)

1. Terapi generalis

1) Tindakan keperawatan untuk pasien

- a. Standar Pelaksanaan 1 (SP 1) yaitu membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat serta kontrol perilaku kekerasan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam
- b. Standar Pelaksanaan 2 (SP 2) yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan fisik 2 yang terdiri dari mengevaluasi kemampuan kontrol cara fisik 1 dengan latihan nafas dalam, latihan cara fisik 2 yaitu pukul kasur dan bantal serta menyusun jadwal kegiatan harian
- c. Standar Pelaksanaan 3 (SP 3) yaitu mengontrol perilaku kekerasan secara sosial atau verbal, yang terdiri dari evaluasi jadwal harian cara fisik 2, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal dan menyusun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal

- d. Standar Pelaksanaan 4 (SP 4) yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual, antara lain mendiskusikan hasil latihan mengontrol perilaku secara fisik dan soail atau verbal, latihan sholat dan berdoa, buat jadwal latihan sholat dan berdoa
 - e. Standar Pelaksanaan 5 (SP 5) yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat, terdiri dari evaluasi jadwal kegiatan harian pasien untuk mencegah marah yang sudah dilatih, latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar dan susun jadwal minum obat secara teratur
- 2) Tindakan keperawatan untuk keluarga
- a. Standar Pelaksanaan 1 (SP 1) yaitu memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah
 - b. Standar Pelaksanaan 2 (SP 2) yaitu melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan yang terdiri dari evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah, anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat, ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat, diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
 - c. Standar Pelaksanaan 3 (SP 3) yaitu perencanaan pulang bersama keluarga

2. Terapi lanjutan

- 1) Terapi individu: *asesertive training*, terapi relaksasi, *deep breathing*, *exercice*
- 2) Terapi kelompok: *supportif group*, psikoedukasi kelompok
- 3) Terapi keluarga: psikoedukasi keluarga
- 4) Terapi komunitas: *assertive community therapy*

2.2 Konsep Dasar Skizofrenia

2.2.1 Pengertian

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, B. A., 2011). Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal serta memecahkan masalah (Stuart, G. W., 2012). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, S. L., 2012).

2.2.2 Etiologi

Menurut W. F. Maramis (2011) dalam buku yang berjudul Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, etiologi skizofrenia meliputi:

1. Keturunan

Dapat dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga

penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9 – 1,8%, bagi saudara kandung 7 – 15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7 – 16%, bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40 - 68%, bagi kembar dua telur (heterozigot) 2 – 15% dan bagi kembar satu telur (monozigot) 61 - 68%.

Tetapi pengaruh keturunan tidak sederhana seperti hukum-hukum Mendel tentang hal ini. Diduga bahwa potensi untuk mendapatkan skizofrenia diturunkan (bukan penyakit itu sendiri) melalui gene yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi skizofrenia atau tidak (mirip hal genetik pada diabetes melitus).

2. Endokrin

Dahulu dikira bahwa skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau perimenstruasi dan waktu klimakterium. Tetapi hal ini tidak dapat dibuktikan.

3. Metabolisme

Ada orang yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat, ujung ekstremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun. Pada penderita stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini tidak dibenarkan oleh banyak sarjana. Belakangan ini teori metabolisme mendapat perhatian lagi berhubung dengan penelitian pasien yang memakai obat halusinogenik, seperti meskalin dan asam lisergik diethylamide

(LSD-25). Obat-obat ini dapat menimbulkan gejala-gejala yang mirip dengan gejala-gejala skizofrenia, tetapi reversibel. Mungkin skizofrenia disebabkan oleh suatu “*inborn error of metabolism*”, tetapi hubungan terakhir belum ditemukan.

4. Susunan Saraf Pusat

Ada yang mencari penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada diensefalon atau korteks otak. Tetapi kelainan patologis yang ditemukan itu mungkin disebabkan oleh perubahan-perubahan *postmortem* atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

Teori-teori tersebut di atas ini dapat dimasukkan ke dalam kelompok teori somatogenik, yaitu teori yang mencari penyebab skizofrenia dalam kelainan badaniah. Kelompok teori lain ialah teori psikogenik, yaitu skizofrenia dianggap sebagai suatu gangguan fungsional dan penyebab utama ialah konflik, stres psikologik dan hubungan antar manusia yang mengecewakan.

1. Teori Adolf Meyer

Menurut Meyer (1906) dalam Maramis (2011), skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah, sebab dari dulu hingga sekarang para sarjana tidak dapat menemukan patologis-anatomis atau fisiologis yang khas pada susunan saraf. Sebaliknya Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (*otisme*). Hipotesa Meyer ini kemudian memperoleh banyak penganut di Amerika Serikat dan mereka memakai istilah “reaksi skizofrenik”.

2. Teori Sigmund Freud

Teori Sigmund Freud termasuk teori psikogenik. Bila kita memakai formula Freud, maka pada skizofrenia terdapat:

- 1) Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik.
- 2) Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme.
- 3) Kehilangan kapasitas untuk pemindahan sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

3. Eugen Bleuler (1857-1938)

Dalam tahun 1911, Bleuler menganjurkan supaya lebih baik dipakai istilah "skizofrenia", karena nama ini dengan tepat sekali menonjolkan gejala utama penyakit ini, yaitu jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan (schizos = pecah-belah atau bercabang, phren = jiwa).

4. Bleuler membagi gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme), gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain). Bleuler menganggap bahwa gejala-gejala primer merupakan manifestasi penyakit badaniah (yang belum diketahui apa sebenarnya, yang masih merupakan hipotesa), sedangkan gejala-gejala sekunder merupakan manifestasi dari usaha penderita untuk menyesuaikan diri terhadap gangguan primer tadi. Jadi gejala-gejala sekunder ini secara psikologis dapat dimengerti.

5. Teori lain

Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui.

6. Ringkasan

Sampai sekarang belum diketahui dasar penyebab skizofrenia. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh. Faktor yang mempercepat, yang menjadikan manifestasi atau faktor pencetus (*presipitating factors*) seperti penyakit badaniah atau stress psikologis, biasanya tidak menyebabkan skizofrenia, walaupun pengaruhnya terhadap suatu penyakit skizofrenia yang sudah ada tidak dapat disangkal.

2.2.3 Klasifikasi

Skizofrenia menurut Kraepelin diklasifikasikan menjadi beberapa jenis. Pasien digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam salah satu jenis. Pembagiannya ialah sebagai berikut:

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada usia pubertas. Gejala utama pada jenis simplex ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang didapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dan pergaulan. Makin lama

ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau “penjahat”.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanakan-kanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

- 1) Stupor Katatonik: pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Emosinya sangat dangkal. Secara tiba-tiba atau pelan-pelan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak.
- 2) Gaduh-gelisah Katatonik: terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar.

4. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang menyolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan. Jenis skizofrenia ini

sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin sub-akut tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit dapat digolongkan skizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

5. Episoda Skizofrenia Akut

Gejala Skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya (disebut keadaan oneiroid). Prognosisnya baik, dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan penderita sudah baik. Kadang-kadang bila kesadaran yang berkabut tadi hilang, maka timbul gejala-gejala salah satu jenis skizofrenia yang khas.

6. Skizofrenia Residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

7. Skizofrenia Skizo Aktif

Disamping gejala skizofrenia yang menonjol secara bersamaan, juga ada gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (psiko-manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan (Maramis, W. F., 2011).

Menurut David A. Tomb dalam buku yang berjudul "Buku Saku Psikiatri", skizofrenia diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Tipe Disorganisasi (DSM-IV hal 288, 295.10)

Pada pasien ditemukan:

- 1) Afek tumpul, ketolol-tolongan atau tidak serasi
- 2) Sering inkoheren
- 3) Waham tidak sistematis, menyeringai dan manerisme yang aneh sangat sering ditemukan

2. Tipe Katatonik (DSM-IV hal 289, 295.20)

Pasien mempunyai paling sedikit satu atau kombinasi dari beberapa bentuk katatonik:

- 1) Stupor Katatonik atau Mutisme: pasien tidak berespon terhadap orang lain atau lingkungan. Walaupun penampilan klinisnya demikian, pasien sering menyadari hal-hal yang sedang berlangsung di sekitarnya.
- 2) Negativisme Katatonik: pasien melawan semua perintah-perintah atau usaha-usaha fisik untuk menggerakkan dirinya.
- 3) Rigiditas Katatonik: pasien secara fisik sangat kaku.
- 4) Postur Katatonik: pasien mempertahankan posisi yang tidak biasa atau aneh.
- 5) Kegembiraan Katatonik: pasien sangat aktif dan gembira. Mungkin dapat mengancam jiwanya (misal, karena kelelahan).

3. Tipe Paranoid (DSM-IV hal 287, 295.30)

Tipe ini paling stabil dan paling sering. Biasanya terjadi lebih lambat dibandingkan dengan bentuk-bentuk skizofrenia lain. Pasien harus menunjukkan adanya waham yang konsisten, sering berupa waham paranoid, dia dapat atau tidak dapat bertindak terhadap waham tersebut. Pasien sering

tidak kooperatif dan sulit untuk bekerjasama dan dapat menjadi agresif, marah atau ketakutan, tetapi pasien jarang sekali memperlihatkan perilaku inkoheren atau disorganisasi.

4. Tipe yang tidak terdiferensiasi (DSM-IV hal 289, 295.90)

Pasien mempunyai halusinasi yang menonjol, waham dan gejala-gejala psikosis aktif yang menonjol (misal, kebingungan, inkoheren), tetapi tidak terdapat gambaran spesifik tiga subtype sebelumnya.

5. Tipe Residual (DSM-IV hal 290, 295.60)

Pasien dalam keadaan remisi dari psikosis akut tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual (misal, penarikan diri secara sosial, afek datar atau tidak serasi, perilaku eksentrik, asosiasi melonggar, dan pikiran tidak logis).

2.2.4 Manifestasi klinis

Menurut Bleuler dalam Maramis, W. F., (2011), gejala-gejala skizofrenia dibagi menjadi 2 kelompok :

1. Gejala-gejala primer

- 1) Gangguan proses pikiran
- 2) Gangguan emosi
- 3) Gangguan kemauan
- 4) Autisme

2. Gejala-gejala sekunder

- 1) Waham
- 2) Halusinasi
- 3) Gejala katatonik atau gangguan psikomotorik

Menurut Linda Carman Copel (2007), gejala-gejala skizofrenia dapat dibedakan berdasar jenisnya, yaitu sebagai berikut:

1. Tipe Paranoid:

- 1) Pikiran dipenuhi dengan waham sistemik, yang paling umum adalah dengan waham kebesaran atau waham kejar.
- 2) Halusinasi pendengaran terfokus pada tema tunggal sementara pasien mempertahankan fungsi kognitif dan afek yang serasi.
- 3) Ansietas
- 4) Marah
- 5) Argumentatif
- 6) Hubungan interpersonal meningkat
- 7) Berpotensi melakukan tindakan kekerasan pada diri sendiri atau orang lain

2. Tipe Takterorganisasi

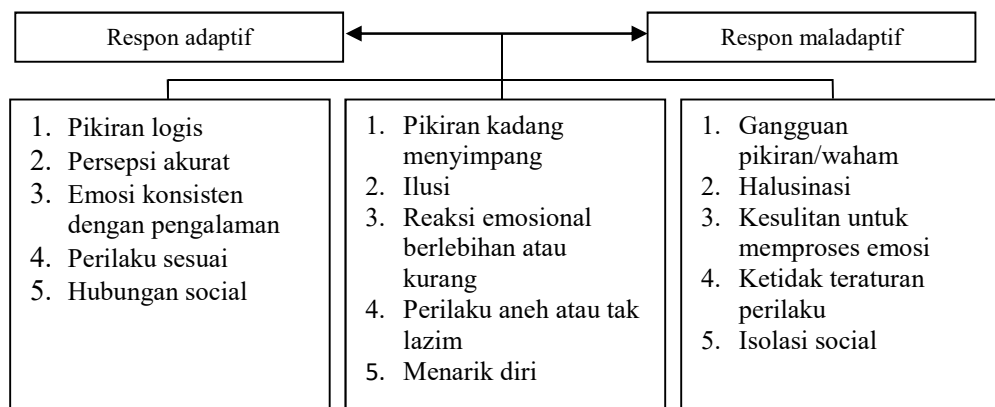
- 1) Perilaku kacau, menyebabkan gangguan yang berat dalam aktivitas kehidupan sehari-hari
- 2) Kurang memiliki hubungan/pertalian
- 3) Kehilangan asosiasi
- 4) Bicara tidak teratur
- 5) Perilaku kacau, bingung atau ganjil
- 6) Afek datar atau tidak sesuai
- 7) Gangguan kognitif

3. Tipe Katatonik

- 1) Gangguan psikomotor, seperti stupor, negativisme, rigiditas, gairah, postur aneh
- 2) Mutisme

- 3) Ekolalia (pengulangan kata atau kalimat yang baru diucapkan orang lain)
 - 4) Ekopraksia (meniru gerakan orang lain)
4. Tipe Takterinci
- 1) Waham
 - 2) Halusinasi
 - 3) Tidak koheren
 - 4) Perilaku tidak terorganisasi yang tidak dapat digolongkan ke tipe lain
5. Tipe Residual
- 1) Minimal mengalami satu episode skizofrenia dengan gejala psikotik yang menonjol, diikuti oleh episode lain tanpa gejala psikotik
 - 2) Emosi tumpul
 - 3) Menarik diri dari realita
 - 4) Keyakinan aneh
 - 5) Pengalaman persepsi tidak biasa
 - 6) Perilaku eksentrik
 - 7) Pemikiran tidak logis
 - 8) Kehilangan asosiasi

2.2.5 Rentang respon



Gambar 2.3. Rentang respon neurobiologis skizofrenia (Stuart, G. W., 2012)

2.2.6 Faktor predisposisi dan presipitasi

1. Faktor predisposisi

Menurut Basant K. Puri, Paul J. Laking, & Ian H. Treasaden (2011) dalam buku ajar Psikiatri, faktor predisposisi skizofrenia meliputi faktor genetika, pranatal, perinatal dan kepribadian.

1) Genetika

Penelitian terhadap keluarga menunjukkan bahwa risiko seumur hidup untuk mengalami skizofrenia lebih besar pada keluarga biologis pasien sekitar 1% daripada populasi umum. Hal ini diperlihatkan pada Tabel 2.2, yang dapat dilihat bahwa risiko seumur hidup biasanya lebih besar pada keluarga tingkat pertama seperti keluarga utuh, daripada keluarga tingkat kedua; seperti cucu, paman dan bibi. Tabel 2.2 juga memperlihatkan bahwa pewarisan genetika yang lebih besar menyebabkan risiko yang lebih besar. Oleh karena itu, risiko pada anak-anak lebih besar jika kedua orang tua menderita skizofrenia daripada hanya salah satunya.

Tabel 2.2. Perkiraan risiko seumur hidup untuk terjadinya skizofrenia pada keluarga pasien (proband) dengan skizofrenia

Hubungan	Angka harapan seumur hidup terhadap persentase terdekat
Orang tua	6 %
Semua saudara kandung	10 %
Saudara kandung (bila satu orang tua menderita skizofrenia)	17 %
Anak-anak	13 %
Anak-anak (bila kedua orang tua menderita skizofrenia)	46 %
Cucu	4 %
Paman, bibi, sepupu dan keponakan perempuan	3 %

Penelitian terhadap anak kembar melaporkan angka keterkaitan lebih tinggi untuk kembar monozigot identik sekitar 46% daripada untuk kembar dizigot fraternal sekitar 14%. Penelitian terhadap anak adopsi memperlihatkan bahwa bila anak-anak dari ibu penderita skizofrenia telah diadopsi segera setelah lahir oleh keluarga nonskizofrenik, mereka memiliki kemungkinan menderita skizofrenia sekitar 11%. Bila salah satu orang tua menderita skizofrenia maka kemungkinan anak menderita skizofrenia sebesar 13%. Tidak ada peningkatan risiko pada anak-anak dari orang tua yang tidak menderita skizofrenia yang sama-sama diadopsi.

Secara bersama-sama penelitian terhadap keluarga, anak kembar dan anak adopsi menunjang hipotesis bahwa terdapat komponen genetik penting pada skizofrenia. Penelitian *genetika molekular* diharapkan akan dapat mengkarakterisasi gen-gen penyebab. Namun, kenyataan bahwa angka keterkaitan skizofrenia tidak 100% pada kembar monozigot menunjukkan bahwa terdapat juga komponen lingkungan penting; ada kemungkinan interaksi antara genetika-lingkungan berperan penting pada etiologi gangguan ini.

2) Faktor Pranatal

Skizofrenia lebih sering terjadi pada mereka yang lahir diakhir musim dingin dan awal musim semi. Skizofrenia terutama sering dialami mereka yang saat pranatal terpajan dengan epidemi influenza antara bulan ketiga dan ketujuh kehamilan. Diperkirakan penyebabnya mungkin adalah *infeksi virus maternal*.

3) Faktor Perinatal

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia lebih sering dialami mereka yang menderita *komplikasi obstetrik* selama melahirkan. Hal ini mungkin disebabkan trauma pada otak, misalnya persalinan dengan forseps dan hipoksia.

4) Kepribadian

Pasien yang mengalami gangguan kepribadian skizotipal mempunyai keanehan dan anomali pada ide, penampilan, bicara dan perilaku serta defisit pada hubungan antarpersonal. Keadaan tersebut lebih sering terjadi pada keluarga tingkat pertama pasien dan dianggap sebagai bagian dari spektrum genetik skizofrenia.

Sedangkan menurut Gail W. Stuart (2012), faktor predisposisi Skizofrenia adalah:

1) Biologi

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respons neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian pencitraan otak yang menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada area frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan atrofi otak.

Beberapa zat kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia. Hasil menunjukkan hal-hal berikut ini:

- a. Dopamin neurotransmitter yang berlebihan
- b. Ketidakseimbangan antara dopamin dan neurotransmitter lain, terutama serotonin
- c. Masalah-masalah pada sistem reseptor dopamine.

Penelitian pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada skizofrenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian skizofrenia yang lebih tinggi daripada pasangan saudara sekandung yang tidak identik. Penelitian genetik terbaru memfokuskan pada *gene mapping* (pemetaan gen) dalam keluarga dengan insiden skizofrenia yang lebih tinggi pada keturunan pertama dibandingkan dengan populasi secara umum.

2) Psikologis

Teori psikodinamika untuk terjadinya respons neurobiologis yang maladaptif belum didukung oleh penelitian. Sayangnya, teori psikologis terdahulu menyalahkan keluarga sebagai penyebab gangguan ini. Akibatnya kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa profesional menurun.

3) Sosiobudaya

Stres yang menumpuk dapat menunjang awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi menurut Sujono Riyadi (2009), yaitu sebagai berikut:

1) Stressor sosio kultural

Stres yang ditimbulkan oleh sosial dan budaya masyarakat. Kejadian atau perubahan dalam kehidupan sosial budaya memicu kesulitan berhubungan dengan orang lain dan cara berperilaku.

2) Stressor psikologis

Stres yang disebabkan karena kecemasan yang berkepanjangan dan individu tidak mempunyai kemampuan untuk mengatasinya.

Sedangkan menurut Gail W. Stuart (2012), faktor presipitasi skizofrenia meliputi:

1) Biologis

Stresor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi:

- a. Gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi
- b. Abnormalitas pada pintu masuk dalam otak (komunikasi saraf yang melibatkan elektrolit) yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut W. F. Maramis (2011), pengobatan penderita skizofrenia sebagai berikut:

1. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah pertama untuk mengendalikan gejala aktif dan kedua untuk mencegah kekambuhan. Pemilihan obat lebih banyak berdasarkan profil efek samping dan respons pasien pada pengobatannya sebelumnya. Ada beberapa kondisi khusus yang perlu diperhatikan, misalnya pada wanita hamil lebih dianjurkan haloperidol, karena obat ini mempunyai data keamanan yang paling baik. Pada pasien yang sensitif terhadap efek samping ekstrapiramidal lebih baik diberikan antipsikotik atipik, demikian pula pada pasien yang menunjukkan gejala kognitif atau gejala negatif yang menonjol. Untuk pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping, karena pengalaman yang buruk terhadap pengobatan akan mengurangi ketaatberobatan (*compliance*) atau kesetiaberobatan (*adherence*). Dianjurkan untuk menggunakan antipsikotik atipik atau tipikal, tetapi dengan dosis yang rendah.

2. Terapi Elektro Konvulsi (TEK)

Seperti juga terapi konvulsi lainnya, cara kerja elektrokonvulsi belum diketahui dengan jelas. Dapat dikatakan bahwa terapi konvulsi dapat memperpendek gejala skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita.

3. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisis tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme. Yang dapat membantu penderita adalah psikoterapi suportif individual atau kelompok serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan penderita ke lingkungan masyarakat. Teknik terapi perilaku kognitif belakangan dicoba pada penderita skizofrenia dengan hasil yang menjanjikan.

Terapi kerja adalah baik sekali untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Pemikiran masalah filsafat atau kesenian bebas dalam bentuk melukis bebas atau bermain musik bebas, tidak dianjurkan sebab dapat menambah autisme. Bila dilakukan juga, maka harus ada pemimpin dan ada tujuan yang lebih dahulu sudah ditentukan.

Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita. Bila mungkin, diatur sedemikian rupa sehingga ia tidak mengalami stres terlalu banyak. Bila mungkin, sebaiknya ia dikembalikan ke pekerjaan sebelum ia sakit dan tergantung pada tingkat kesembuhannya apakah tanggung jawabnya dalam pekerjaan itu akan penuh atau tidak.

4. Lobotomi Prefrontal

Dapat dilakukan bila terapi lain secara intensif tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya.

2.2.8 Sumber koping

Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Sumber keluarga dapat berupa pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, ketersediaan waktu dan tenaga dan kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan (Stuart, G. W., 2012).

2.3 Latihan Asertif (*Assertiveness Training*)

2.3.1 Pengertian Latihan Asertif

Assertive Training merupakan latihan keterampilan-sosial yang diberikan pada individu dengan gangguan kecemasan, tidak mampu mempertahankan hak-haknya, terlalu lemah, membiarkan orang lain merongrong dirinya, tidak mampu mengekspresikan amarahnya dengan benar dan cepat tersinggung (Corey, 2009). *Assertive Training* menurut Alberti dalam Gunarsa merupakan prosedur latihan yang diberikan kepada individu untuk melatih penyesuaian sosialnya dalam mengekspresikan sikap, perasaan, pendapat dan haknya (Singgih, 2011).

Alberti dan Emmons (dalam Nelson & Jones, 2011) mengenai latihan asertif menekankan bahwa latihan asertif seharusnya bukan hanya berfokus pada perilaku verbal, tetapi juga komponen lain seperti kontak mata, postur tubuh, gestur, ekspresi wajah, volume suara, kelancaran dalam berbicara dan timing asersi.

Program latihan asertif ditempatkan sebagai salah satu teknik atau strategi bantuan dari pendekatan behavioral. Sebagai suatu strategi terapi, latihan asertif digunakan atau direkomendasikan untuk mengurangi dan menghilangkan

gangguan kecemasan dan meningkatkan kemampuan (kompetensi) interpersonal individu. Teknik ini dapat digunakan untuk kelompok maupun individu.

2.3.2 Tujuan Latihan Asertif

Tujuan utama yang diharapkan pada pemberian latihan asertif yaitu membentuk perilaku asertif (Kaplan & Sadock, 2008). Adapun tujuan latihan asertif yaitu :

1. Meningkatkan penilaian terhadap diri dan orang lain
2. Meningkatkan harga diri, mengurangi kecemasan
3. Meningkatkan kemampuan dalam membuat keputusan hidup
4. Mengekspresikan sesuatu secara verbal dan nonverbal., mengekspresikan kebutuhan dan hak.
5. Melatih ketrampilan interpersonal dasar seseorang.
6. Mempelajari prosedur kognitif, afektif dan perilaku untuk meningkatkan kemampuan interpersonal
7. Mengurangi penghalang secara kognitif dan afektif untuk berperilaku asertif seperti kecemasan, pikiran tidak rasional, perasaan bersalah dan marah.
8. Membantu individu memahami :
 - 1) Bahwa agresif merupakan bentuk perilaku yang harus dipahami, diterima, dimodifikasi dan dikontrol
 - 2) Ekspresi marah untuk satu situasi belum tentu tepat untuk situasi yang lain
 - 3) Metode untuk mengatasi perilaku agresif digunakan untuk menurunkan agresif secara lebih baik.

Dalam Loekmono (2008) menyatakan bahwa latihan asertif biasanya diberikan kepada konseli yang tidak dapat melepaskan kemarahannya, tidak dapat mengatakan “tidak”, terlalu tertib dan dimanfaatkan orang lain, tidak dapat menyatakan isi hati

dan perasaan serta respons-respons positif dan individu yang merasa tidak mempunyai hak untuk menyatakan pikiran, kepercayaan dan perasaannya

2.3.3 Indikasi Latihan Asertif

Menurut Vinick, 1983; Kaplan & Sadock, 2008, latihan asertif dapat diterapkan pada pasien :

1. Agresif, marah
2. Resiko perilaku kekerasan, riwayat perilaku kekerasan
3. Manipulatif
4. Kecemasan
5. Frustrasi, depresi
6. Keterbatasan hubungan sosial
7. Kecemasan sosial
8. Konsep diri rendah.

Corey (2009) mengemukakan bahwa latihan asertif dapat membantu orang-orang yang tidak mampu mengungkapkan kemarahan atau perasaan tersinggung, mereka yang menunjukkan kesopanan yang berlebihan dan membiarkan orang lain mengambil keuntungan, mereka yang kesulitan mengatakan tidak, mengalami kesulitan untuk mengungkapkan respon-respon positif lainnya dan mereka yang merasa tidak mempunyai hak untuk mengungkapkan pikiran secara bebas.

2.3.4 Jenis-Jenis Latihan Asertif

Menurut Glasgow dan Barrera (dalam Cormier & Cormier, 1985) latihan asertif mempromosikan penggunaan pernyataan "saya" sebagai cara untuk membantu individu mengungkapkan perasaan dan reaksi mereka kepada orang lain. Terdapat tiga jenis pelatihan asertif, yaitu pelatihan asertif yang dilaksanakan

secara berkelompok, dilaksanakan sendiri oleh pasien, serta pelatihan asertif in vivo, yang akan dijelaskan satu persatu dibawah ini :

1. Pelatihan asertif secara kelompok

Pelaksanaan pelatihan asertif kepada sekelompok pasien yang mempunyai masalah yang sama adalah lebih efektif daripada pelatihan asertif yang dilaksanakan secara individual. Dalam pelaksanaannya biasanya digunakan alat bantu rekaman audio, seperti rekaman instruksi dan hirarki standar.

2. Pelatihan asertif yang dilaksanakan sendiri oleh pasien

Pasien yang melaksanakan pelatihan asertif untuk dirinya sendiri terus menunjukkan kemajuan setelah dites dari pasien yang pelaksanaan pelatihan asertif oleh konselor. Dalam pelatihan asertif ini pasien melaksanakan prosedur latihan dengan menggunakan bantuan instruksi tertulis, audio, atau suatu manual treatment

3. Pelatihan asertif in vivo

Pelatihan asertif in vivo melibatkan keberadaan pasien secara aktual pada situasi-situasi dalam hirarki. Pasien melibatkan diri dalam seri-seri situasi yang bertingkat ketimbang mengimajinasikan setiap seri itu. Jenis pelatihan asertif ini digunakan jika pasien mempunyai kesulitan menggunakan imajinasinya atau tidak mengalami kepercayaan diri selama melakukan imajinasi atau jika penampilan aktual pasien pada situasi itu akan berpengaruh lebih efektif.

Berdasarkan paparan diatas, dapat dikatakan bahwa ketiga pelatihan diatas pada dasarnya memiliki kesamaan yaitu melatih penyesuaian diri konseli dalam berinteraksi. Namun yang membedakannya ialah banyaknya konseli

yang mengikuti pelatihan tersebut, ada yang berkelompok dan ada yang secara individu. Selain itu alat bantu yang digunakan juga hal yang membedakan dari ketiga jenis pelatihan asertif ini.

Jika pelatihan asertif kelompok dan individu menggunakan instruksi tertulis, audio, atau suatu manual treatment sebagai alat bantu, pelatihan asertif in vivo menggunakan imajinasinya sendiri yang dibantu oleh konselor untuk memperoleh perilaku yang akan dicapai.

2.3.5 Strategi Latihan Asertif

Dalam melakukan latihan asertif, ada beberapa strategi yang dapat digunakan. Berikut adalah 6 strategi latihan asertif yang dikemukakan dalam Loekmono (2008):

1. Pengajaran, dimana konselor menerangkan kepada konseli perilaku yang diharapkannya.
2. Respons, dimana konselor memberikan respons positif dan juga negatif kepada konseli berkaitan dengan perilakunya sesudah diberi pengarahan.
3. Pencontohan, dimana ada kalanya konselor menunjukkan contoh perilaku kepada konseli. Ini dapat dilakukan secara hidup atau dengan memakai audio visual.
4. Keasyikan, dimana konseli akan berlatih melalui permainan peranan perilaku tertentu dan konseli akan dikritik oleh konselor.
5. Penguatan sosial, dimana dari waktu ke waktu konseli akan diberi pujian.
6. Tugas atau PR, dimana konseli akan diberi tugas untuk dikerjakan.

2.3.6 Tahapan Terapi asertif

Sesi 1: Melatih kemampuan mengungkapkan pikiran dan perasaan

Tujuan

1. Pasien mampu mengidentifikasi pikiran dan perasaan
2. Pasien mampu mengungkapkan pikiran dan perasaan dengan cara yang tepat

Sesi 2: Melatih kemampuan mengungkapkan kebutuhan dan keinginan

Tujuan

1. Mengidentifikasi kebutuhan (sesuatu yang memang dibutuhkan) dan keinginan (sesuatu yang diinginkan tapi kurang dibutuhkan pasien)
2. Pasien mampu mengungkapkan dengan cara yang tepat

Sesi 3: Mengekspresikan kemarahan

Tujuan

1. Mengidentifikasi penyebab marah, alasan, ekspresi marah yang biasa dilakukan dan dampaknya
2. Melatih pasien mengekspresikan marah secara tepat meliputi bagaimana, mengapa dan alternatifnya

Sesi 4: Mengatakan “tidak” untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan alasan

Tujuan

1. Melatih pasien mengidentifikasi permintaan yang tidak rasional dan alasannya
2. Mengidentifikasi cara biasa pasien menolak, dampaknya
3. Melatih pasien mengatakan “tidak” untuk permintaan yang tidak rasional dan alasan secara asertif

Sesi 5: Mempertahankan perubahan asertif dalam berbagai situasi

Tujuan

1. Pasien memakai perubahan asertif yang telah dilatih
2. Pasien memahami hambatan perilaku asertif, manfaat perilaku asertif dan mempertahankan perilaku asertif pada situasi lain

2.4 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

2.4.1 Definisi

Acceptance And Commitment Therapy (ACT) merupakan terapi yang membantu menolong pasien dengan menggunakan penerimaan psikologi sebagai strategi koping dalam situasi stres baik internal maupun eksternal yang tidak mudah untuk dapat diatasi. Pasien dibantu untuk menerima kejadian yang tidak diinginkan, mengidentifikasi dan fokus pada aksi secara langsung sesuai dengan tujuan yang diinginkan. ACT dikembangkan oleh Steven Hayes yang merupakan seorang psikolog klinik dimana ia melihat bahwa faktor menerima (*acceptance*) dan berkomitmen memiliki dampak yang sangat besar dalam perkembangan kondisi pasien menjadi lebih baik.

Acceptance mengindikasikan bahwa seseorang mengerti dan setuju. Sehingga disini ditekankan bahwa seseorang harus terlebih dahulu mengerti mengenai keadaannya. Setelah itu barulah ia bisa menerima dengan kondisinya (Varcarolis, 2010). Supaya pasien berkomitmen dengan apa yang sudah dipilih sesuai dengan nilai yang dimiliki maka perawat harus bisa membantu pasien agar mengerti dengan jelas apa yang harus dilakukan melalui proses komunikasi yang terapeutik dan pasien harus bisa bertahan dengan apa yang dipilih karena sudah melakukan

komitmen (Stuart, 2012). Perawat berdiskusi dengan pasien bagaimana cara untuk mencapai hal tersebut. Salah satunya adalah melakukan perubahan pada perilaku pasien untuk merubah pola perilaku yang maladaptif.

Berdasarkan filosofi kontekstual yang mendukung terapi ACT, aspek lingkungan, perilaku, riwayat kesehatan dan hasil perilaku merupakan bagian dari filosofi tersebut dan perlu dipertimbangkan dalam melakukan terapi. Filosofi ini dapat dilihat dari fokus ACT pada fungsi perilaku (*behavior*), pendekatan ontologi dan bahasa serta pendekatan secara holistik. Penelitian yang dilakukan oleh Hayes (2005) menunjukkan bahwa ACT dapat mengatasi kepercayaan terhadap gejala pada pasien gangguan psikotik. ACT membantu pasien dalam mencapai dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna tanpa harus menghilangkan pikiran-pikiran kurang menyenangkan atau mengganggu yang terjadi.

Model ACT dapat diekspresikan dalam bentuk FEAR (*fusion, evaluation, avoidance, reasons*). Bahasa dan perilaku pasien yang menjalani terapi merefleksikan FEAR sebagai aspek dari bahasa. FEAR ini dapat berjalan dengan baik bila didukung oleh lingkungan yang terapeutik. Fungsi kognitif merupakan gabungan fungsi perilaku yang diturunkan secara verbal melebihi fungsi yang lainnya dan merupakan fungsi yang lebih dibutuhkan secara langsung. Seseorang dapat menggabungkan antara gambaran, evaluasi dan alasan verbal. Seseorang tidak lagi melihat diri mereka sendiri sebagai perilaku mereka, tetapi sebagai korban dari suatu keadaan dan oleh karena itu mereka bersikap menolak untuk mencegah kejadian trauma. Misalnya, jika seseorang telah terfokus pada pikirannya “Ada sesuatu yang salah dengan diri saya”, seseorang tersebut akan mencegah keadaan yang dapat membawa mereka pada pikiran tersebut. Namun,

tindakan menghindar berdasarkan pengalaman seringkali secara paradok semakin memperkuat proses verbal atau evaluasi yang akan semakin membawa mereka pada keadaan trauma. Misalnya, seseorang yang mencegah pikiran tentang trauma “Ada sesuatu yang salah dengan saya” akan semakin memperkuat kenyataan literal pikiran tersebut karena kenyataan tersebut mengungkapkan bahwa sesuatu harus diubah sebelum pikiran beralasan yang paling penting dapat diterima (Hayes, et al. 2005).

Sumber fungsi kognitif dan tindakan menghindar yang didasarkan pada pengalaman yang ada merupakan hubungan dua arah antara proses verbal dan penggunaan umumnya pada banyak area. Karena proses ini dikontrol oleh kontekstual dimana dampak perilaku dari pikiran dan perasaan bergantung pada hubungan yang ada. Oleh karena itu, ACT memegang prinsip bahwa pikiran dan perasaan bukan penyebab mekanis suatu perilaku, dan bahwa dampak pemikiran dan perasaan dapat dipengaruhi melalui perubahan pada hubungan verbal. ACT memiliki beberapa teknik untuk melakukan pendekatan ini.

ACT membantu individu dalam mengurangi penderitaan yang dialami dengan meningkatkan kesadaran dan kemampuan individu tersebut terhadap apa yang diinginkannya dalam hidup ini. Komponen yang digunakan dalam ACT antara lain terdiri dari *Accept*, *Choose direction*, dan *Take Action* (Eifert & Forsyth, 2005) yang dijelaskan sebagai berikut:

1. *Accept*

Menerima pikiran dan perasaan termasuk didalamnya hal yang tidak diinginkan atau tidak menyenangkan seperti rasa bersalah, rasa malu, rasa cemas dan lainnya. Disini pasien berusaha menerima apa yang mereka punya

dan miliki dengan maksud untuk mengakhiri penderitaan yang dialami selama ini dalam menolak pikiran ataupun perasaan yang tidak diinginkan tersebut tanpa merubah atau membuang mereka. Tetapi lebih kepada melalui berbagai cara latihan mencapai *mindfulness* atau kesadaran, pasien belajar untuk dapat hidup dengan mengevaluasi dan mengkritisi pikiran mereka.

2. *Choose Direction* (Memilih Arah)

Pasien dibantu untuk memilih arah hidup mereka dengan cara mengidentifikasi dan fokus pada apa yang mereka inginkan dan nilai apa yang akan mereka pilih untuk hidup mereka. Terapis membantu pasien mengidentifikasi apa saja hal yang penting bagi pasien dan kemudian membuat urutan dari hal yang paling penting. Hal ini bertujuan agar pasien dapat menerima apa yang ada dalam diri mereka, apa yang datang bersama mereka dan apa saja yang menemani mereka selama dalam perjalanan.

3. *Take Action* (melakukan kegiatan/perilaku)

Disinilah terjadi komitmen terhadap kegiatan yang akan dipilih termasuk langkah yang diambil untuk mencapai tujuan hidup yaitu ingin dihargai. Terapis mendorong pasien untuk memiliki jalan atau arah hidup sesuai dengan nilai yang mereka inginkan sehingga mereka dapat bergerak sesuai nilai tersebut. Disini pasien belajar bahwa ada perbedaan antara mereka dengan manusia yang lain yaitu antara pikiran dan perasaan mereka dan apa yang akan mereka lakukan dalam hidup.

2.4.2 Tujuan

ACT merupakan terapi yang digunakan pada berbagai macam situasi dan gangguan psikologis. ACT memiliki dua tujuan utama yaitu

1. Mengajarkan penerimaan terhadap pikiran dan perasaan yang tidak diinginkan yang tidak bisa dikontrol oleh pasien membantu pasien dalam mencapai dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna tanpa harus menghilangkan pikiran-pikiran kurang menyenangkan yang terjadi.
2. Melatih pasien untuk komitmen dan berperilaku dalam hidupnya berdasarkan nilai yang dipilih oleh pasien sendiri.

2.4.3 Indikasi

Beberapa studi tentang ACT sudah banyak dilakukan seperti pada gangguan mood, gangguan ansietas penyalahgunaan zat dan skizofrenia (Hayes, et al, 2005). ACT juga digunakan pada gangguan ansietas seperti pengobatan pada PTSD, gangguan panik dan perilaku marah (Eifert dan Forsyth, 2005). Sehingga ACT sangat disarankan untuk dilakukan sebagai intervensi pada pasien masalah kejiwaan dan psikososial.

2.4.4 Kriteria terapis

Hal-hal yang harus diperhatikan oleh terapis dalam melakukan proses terapi ACT agar berlangsung terapeutik antara lain:

1. Selalu tertarik dengan apa yang diinginkan oleh pasien
2. Selalu menghormati apapun pengalaman pasien sebagai sumber informasi
3. Dukung pasien dalam merasakan dan memikirkan apa yang mereka rasakan dan pikirkan bahwa tidak semuanya itu benar dan kemudian menemukan apa yang terbaik
4. Membantu pasien untuk bergerak kearah yang lebih berharga baik dari cerita maupun reaksi spontan

5. Membantu pasien mendeteksi pikiran dan perasaan aneh kemudian menerimanya, mengatasinya dan memindahkan kedalam arah yang lebih bernilai sehingga dapat mengembangkan pola perilaku yang lebih efektif.
6. Mengulangi terus menerus sampai pasien membudaya.

2.4.5 Prinsip pelaksanaan terapi

ACT memiliki prinsip dasar (Hayes, et al, 2005) yaitu:

1. *Acceptance*

Acceptance disini berarti menerima pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan atau pengalaman buruk tanpa berusaha untuk mengubahnya. *Acceptance* merupakan salah satu strategi yang sangat penting dimana pasien membuka diri untuk mengalaminya secara emosi. Kesediaan atau penerimaan dan keterbukaan merupakan kunci dalam tahap *Acceptance*, dimana seseorang memilih tindakan sesuai dengan nilai yang dianutnya. *Acceptance* ini membantu pasien untuk belajar hidup dengan mengalami kejadian buruk dan tidak berfokus pada menurunkan stressor tetapi lebih kepada untuk menjadikan stressor menjadi bagian dari hidupnya dan bernilai

Tujuan dari proses penerimaan ini adalah untuk meningkatkan kerelaan seseorang untuk menghadapi pikiran, perasaan dan pengalaman yang selama ini mereka hindari.

2. *Cognitive Defusion*

Teknik ini bertujuan untuk mengurangi penolakan secara emosi dimana dapat terjadi saat seseorang menolak untuk mengalami pengalaman buruk. Hasil riset menunjukkan bahwa perilaku menghindar melalui pikiran, perasaan dan perilaku dapat mempengaruhi mekanisme koping seseorang dimana usaha menghindar

untuk mengalami pengalaman yang buruk memberikan efek yang bertentangan atau paradoxical. Teknik ini dilakukan melalui latihan yang berulang dan terus menerus sampai akhirnya stressor tidak memiliki makna bagi pasien.

3. *Present Moment*

Pada tahap ini, pasien diajarkan untuk mengalami kejadian seutuhnya tanpa harus melawan ketika timbul kejadian tersebut. Pasien bercerita tentang pengalamannya dan belajar untuk mengidentifikasi serta menjelaskan pikiran atau perasaan agar pasien dapat mengerti dirinya. Tujuan ACT disini adalah membantu pasien menghadapi dunia secara lebih langsung sehingga perilaku yang dihasilkan pasien dapat lebih fleksibel dan konsisten terhadap nilai yang telah dimiliki.

4. *Self as context*

Tahap ini membantu pasien melihat dirinya sendiri tanpa harus menghakimi atau menghubungkan pasien dengan nilai benar ataupun salah. ACT membantu pasien untuk menjadi lebih fokus pada dirinya sendiri dengan cara latihan pikiran dan latihan pengalaman. Sebagai contoh, pasien dianggap sebagai papan catur, pikiran pasien sebagai pion-pion. Sehingga ketika pion bergerak, papan catur tetap ditempatnya. Artinya adalah ketika pikiran buruk atau tidak menyenangkan datang pada pasien, hal itu tidak akan mempengaruhi pasien. Sehingga apapun yang dipikirkan ataupun dirasakan tidak akan mempengaruhi pasien.

5. *Values*

Teknik ini digunakan secara bersamaan atau bergantian untuk membantu pasien mengklarifikasi nilai yang ada dalam hidupnya dan membantu pasien untuk mengambil keputusan atau tindakan yang mendukung nilai-nilai hidup yang sudah ada. Pasien dibantu untuk menggunakan nilai yang sudah ada untuk

mengatasi masalahnya saat ini. ACT membantu pasien mengembangkan langkah-langkah efektif yang lebih besar dan luas lagi yang berhubungan dengan nilai yang dipilih melalui 9 area yaitu hubungan keluarga, pernikahan, hubungan sosial, karir, pendidikan, rekreasi, spiritual, kewarganegaraan, kesehatan. Dengan mengklarifikasi nilai-nilai tersebut, akan membantu pasien meningkatkan keinginan untuk melakukan perilaku baru yang adaptif.

6. *Committed Action*

Bertujuan untuk membantu orang berjanji untuk melakukan tindakan yang sesuai dengan nilai mereka. Selain pasien fokus kontrol secara verbal, pasien juga harus berkomitmen untuk melakukan tindakan/ perilaku yang sesuai dengan kontrol verbal.

2.4.6 Tahapan *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT)

Sesi 1: Mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perasaan yang muncul serta dampak perilaku yang muncul akibat perilaku dan perasaan

Tujuan

1. Membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien
2. Mengidentifikasi kejadian buruk atau tidak menyenangkan yang dialami sampai saat ini
3. Mengidentifikasi perilaku yang muncul dari kejadian tersebut
4. Mengidentifikasi respon yang timbul dari kejadian tersebut
5. Mengidentifikasi upaya atau perilaku yang muncul dari pikiran dan perasaan yang ada terkait kejadian

Sesi 2: Mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman pasien

Tujuan

1. Mengidentifikasi kejadian buruk atau tidak menyenangkan yang ada
2. Menceritakan upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian tersebut berdasarkan pengalaman pasien (hubungan dengan keluarga, pekerjaan, hubungan social, spiritual dan kesehatan) baik yang konstruktif maupun destruktif

Sesi 3: Berlatih menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih

Tujuan

1. Memilih salah satu perilaku yang dilakukan akibat pikiran dan perasaan yang timbul terkait kejadian yang tidak menyenangkan
2. Berlatih cara mengatasi perilaku yang kurang baik yang sudah dipilih
3. Memasukkan latihan dalam jadwal kegiatan harian pasien

Sesi 4: Komitmen untuk mencegah

2.5 Terapi Kelompok

2.5.1 Pengertian kelompok

Kelompok merupakan kumpulan individu yang mempunyai hubungan satu sama lain, saling ketergantungan dan mempunyai norma yang sama (Stuart & Sundeen, 2012).

Kelompok adalah kumpulan individu yang memiliki hubungan satu dengan yang lain, saling bergantung dan mempunyai norma yang sama dengan tujuan untuk membantu anggotanya berhubungan dengan orang lain serta mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptif (Keliat & Akemat, 2005).

2.5.2 Tujuan terapi kelompok

Menurut Yosep tahun 2011, tujuan terapi kelompok antara lain adalah

1. Tujuan umum

- 1) Meningkatkan kemampuan menguji kenyataan (*reality testing*)
- 2) Membentuk sosialisasi
- 3) Meningkatkan fungsi psikologis yaitu meningkatkan kesadaran tentang hubungan emosional diri sendiri dengan perilaku defensif (bertahan terhadap stres) dan adaptasi.
- 4) Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi-fungsi psikologis seperti kognitif dan afektif

2. Tujuan khusus

- 1) Melatih pemahaman identitas diri
- 2) Penyaluran emosi
- 3) Meningkatkan ketrampilan hubungan sosial untuk diterapkan sehari-hari
- 4) Bersifat rehabilitatif dimana pasien yang sudah sembuh secara medis tetapi perlu disiapkan fungsi dan kemampuan untuk persiapan mandiri dan sosial di tengah masyarakat. Dari segi rehabilitasi, terapi kelompok bertujuan meningkatkan kemampuan ekspresi diri, ketrampilan sosial, kepercayaan diri, kemampuan empati dan meningkatkan pengetahuan tentang masalah-masalah kehidupan dan pemecahannya.

2.5.3 Komponen kelompok

1. Struktur kelompok

Struktur kelompok menjelaskan batasan, komunikasi, proses pengambilan keputusan dan hubungan dalam kelompok. Struktur kelompok menjaga

stabilitas dan mengatur pola perilaku dan interaksi. Struktur dalam kelompok diatur dengan adanya pemimpin dan anggota, arah komunikasi dipandu oleh pemimpin, sedangkan keputusan diambil secara bersama.

2. Besar kelompok

Menurut Wartono (1976) dalam Yosep, I (2011) bahwa jumlah ideal untuk kelompok dengan cara verbalisasi adalah berjumlah 7-8 orang. Jumlah minimum 4 orang sedangkan jumlah maksimum 10 orang. Menurut Johson (1963) dalam Yosep, I (2011) menyatakan bahwa terapi kelompok tidak lebih 8 orang anggota karena interaksi dan reaksi interpersonal yang terbaik terjadi dengan jumlah anggota kelompok tidak lebih dari 8 orang. Apabila jumlah anggota kelompok lebih dari 10 orang, maka komunikasi akan sulit untuk difokuskan, sedangkan jika anggota kelompok kurang dari 4 orang, maka akan terlalu banyak tekanan yang dirasakan anggota kelompok sehingga anggota merasa lebih terekspos, lebih cemas dan sering timbul tingkah laku irasional.

3. Lamanya sesi

Waktu optimal untuk satu sesi kelompok yang rendah adalah 20-40 menit sedangkan untuk kelompok yang tinggi adalah 60-120 menit. Biasanya dimulai dengan fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi.

4. Komunikasi

Mengobservasi dan menganalisa pola komunikasi dalam kelompok merupakan merupakan tugas terpenting dalam kelompok. Tujuannya untuk memberikan kesadaran pada anggota kelompok terhadap dinamika yang terjadi, pemimpin dapat memberikan umpan balik kepada anggota kelompok. Elemen penting observasi komunikasi verbal dan non verbal antara lain komunikasi tiap

anggota kelompok, rancangan tempat & duduk, tema umum yg diekspresikan, frekwensi komunikasi tiap anggota kelompok, kemampuan tiap anggota kelompok dan proses penyelesaian masalah.

5. Peran kelompok

Ada tiga peran & fungsi anggota kelompok dlm kerja kelompok:

- 1) Maintenance roles (peran serta aktif dlm proses kelompok & fungsi kelompok)
- 2) Task roles (fokus pada penyelesaian tugas)
- 3) Individual roles (self centered dan ditraksi pada kelompok)

6. Kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan anggota kelompok dalam mempengaruhi kelompok. Perlu dikaji tentang siapa yang paling banyak menerima perhatian, siapa yang paling banyak mendengarkan dan siapa yang membuat keputusan untuk kelompok.

7. Norma

Norma adalah standar perilaku yang ada dalam kelompok. Pemahaman tentang norma kelompok berguna untuk mengetahui pengaruh terhadap komunikasi dan interaksi dalam kelompok. Kesesuaian perilaku kelompok dengan norma kelompok, penting dalam menerima anggota kelompok. Anggota kelompok yang tidak mengikuti norma akan ditolak anggota kelompok.

8. Kekohesifan

Kekohesifan merupakan kekuatan anggota kelompok bekerja sama mencapai tujuan. Hal ini mempengaruhi anggota kelompok untuk tetap betah dalam kelompok. Pemimpin kelompok (terapis) perlu mendorong anggota kelompok

untuk bicara satu sama lain agar kekohesifan kelompok dapat terwujud. Kohesivenes diukur melalui seberapa sering antar anggota kelompok memberi pujian dan penguatan satu sama lain.

2.6 Terapi Suportif

2.6.1 Definisi

Terapi suportif adalah suatu terapi yang dipilih serta langsung dapat digunakan pada pasien dalam keadaan sangat krisis dan mempunyai fungsi yang rendah pada gejala psikologis (Stuart dan Laraia, 2012). Terapi suportif adalah terapi psikoterapi yang ditujukan untuk pasien baik terapi secara individu ataupun terapi secara berkelompok (Hunt, 2004 dalam Surtiningrum, 2011). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan terapi suportif adalah suatu terapi yang digunakan dan langsung ditujukan kepada pasien yang berguna untuk menolong pasien beradaptasi dengan baik terhadap suatu masalah yang sedang dihadapinya.

Terapi kelompok suportif merupakan jenis terapi yang berfokus pada manfaat berbagi pengalaman yang melibatkan sejumlah anggota dan terapis yang membantu anggota kelompok dengan masalah psikologis, kognitif, perilaku atau disfungsi spiritual melalui proses perubahan, khususnya pada perilaku kekerasan (Fontaine, 2009).

2.6.2 Jenis Terapi Suportif

Menurut Purwanti (2009) jenis terapi suportif yang digunakan sebagai perlakuan yaitu antara lain:

1. Manipulasi lingkungan, yaitu penyelesaian masalah yang dihadapi oleh pasien dengan cara menghilangkan atau mengubah unsur dalam suatu lingkungan

yang kurang menguntungkan subyek, supaya subyek tidak terganggu pada obsesi pemikirannya tentang pengalaman masa lalunya yang kurang menyenangkan atau traumatis.

2. Pengakuan dan penyaluran (*confession and ventilation*), yaitu subyek diminta untuk mengeluarkan isi hatinya kepada orang lain sebagai usaha atau upaya untuk mengurangi beban mental yang mungkin selama ini menjadi tekanan dengan tujuan agar lebih lega.
3. Bimbingan (*guidance*), yaitu pemberian pertolongan secara aktif dengan cara memberikan fakta dan interpretasi kondisi emosi subyek yang sedang mengalami ketegangan yang disebabkan oleh suatu peristiwa yang membuat traumatis.
4. Meyakinkan kembali (*reassurance*), yaitu suatu cara untuk meyakinkan subyek akan pemikiran yang negatif tentang dirinya serta mendiskusikan dengan tujuan untuk memperoleh pencerahan atau arahan yang lebih positif dalam berfikir.

2.6.3 Tujuan Terapi Suportif

Klingberg (2010) dalam Surtiningrum (2011) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa terapi suportif digunakan untuk pendukung dari psikoterapi yang lain supaya dapat dan bisa mengendalikan elemen-elemen non spesifik dari kontak terapi. Secara umum hasil psikoterapi terdiri dari dampak-dampak yang spesifik dan non spesifik. Dampak non spesifik sendiri merupakan suatu dukungan emosional, perhatian terapis, menjadi pendengar yang baik dan berempati, optimalisasi aplikasi terapi dan hasil lain yang berkaitan dengan setiap keberhasilan hubungan interpersonal yang terapeutik.

Terapi suportif bertujuan untuk mengurangi stress dengan melakukan 4 prinsip intervensi yaitu:

1. Mengangkat harga diri atau dukungan internal
2. Mengaktifkan dukungan eksternal
3. Memberikan saran serta arahan dan menasehati
4. Memecahkan masalah yang ada dan yang terakhir yaitu structuring.

Berdasarkan pemahaman tujuan dari terapi suportif adalah memberikan dukungan pada pasien sehingga bisa atau mampu menyelesaikan masalah yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara pasien dan terapis, meningkatkan kekuatan dan keterampilan dalam menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan kemampuan pasien untuk mencapai kemandirian secara optimal, serta meningkatkan kemampuan untuk mengurangi distress subyektif dan respon koping yang maladaftif.

Penerapan terapi suportif dapat dimulai dengan membahas masalah-masalah yang ringan hingga masalah yang berat serta memberikan informasi yang akurat.

2.6.4 Indikasi

Menurut Stuart (2012) terapi suportif dapat diberikan pada pasien dalam keadaan-keadaan yang terbatas dalam perasaan, ansietas, pasien schizoprenia, post trauma syndrom, gangguan makan, gangguan penyalahgunaan zat serta penyakit-penyakit fisik yang dapat mempengaruhi kondisi psikologis pasien. Dari pengertian diatas dapat diartikan terapi suportif dapat digunakan untuk kontrol pada suatu kondisi. Terapi suportif ini digunakan pada pasien dengan masalah yang potensial seperti gangguan kesehatan jiwa dan juga fisik.

2.6.5 Manfaat

Manfaat dari terapi suportif itu sendiri adalah dapat saling memberikan dukungan, menyampaikan alternatif penyelesaian masalah, menciptakan kenyamanan dengan cara mengatasi masalah yang sedang dihadapi, memberikan kesempatan bagi anggota kelompok lain untuk mengembangkan cara baru, individu dapat melihat bahwa bukan dirinya saja yang mengalami hal yang dialaminya sekarang atau kesulitan yang dialami, mendapatkan harapan dan bantuan selama proses terapi, dapat saling memberikan jalan keluar atau solusi (Kyrouz dan Humphreys, 2008 dalam Wahyuningsih, 2011).

2.6.6 Kriteria, peran dan tugas terapis

Tujuan dari terapi suportif sendiri adalah untuk mengevaluasi situasi kehidupan pasien saat ini serta kekuatan dan kelemahannya dan untuk selanjutnya membantu pasien dalam melakukan perubahan realistis apa saja yang memungkinkan untuk dapat berfungsi lebih baik. Bahwasanya disini terapis berurusan dengan gejala pasien dan sedikit mengolah proses alam sadarnya dan juga tidak berupaya untuk mengubah kepribadian. Pertahankan psikologik diperkuat dan juga teknik yang digunakan antara lain dapat menenangkan, sugesti, mengeluarkan semua masalah serta manipulasi lingkungan. Disini terapis bersifat aktif dan menunjukkan minat serta dapat berempati dan mampu menjadi pendengar yang baik, membantu pasien untuk menentukan arah (Tomb, 2004).

Tahapan terapi suportif yang dikembangkan oleh Stuart dan Laraia (2012) ada empat tahapan yang terdiri dari sesi pertama mengidentifikasi system pendukung dan masalah yang ada. Sesi kedua adalah bagaimana individu menggunakan sistem pendukung internal, mengevaluasi hasil dan hambatannya. Sesi yang ketiga

adalah bagaimana individu dapat menjangkau berbagai sumber dukungan yang ada diluar, mengevaluasi hasil dan hambatannya. Sesi keempat adalah mengevaluasi hasil dalam menggunakan sumber pendukung. Peran terapis dalam terapi suportif antara lain adalah

1. Menjelaskan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam pelaksanaan suportif terapi.
2. Melatih kemampuan pasien.

Peran terapis dalam setiap sesi terapi suportif adalah sebagai berikut

1. Sesi pertama terapis mengidentifikasi system pendukung dan masalah yang ada.
2. Sesi kedua terapis mengidentifikasi bagaimana individu menggunakan sistem pendukung internal, mengevaluasi hasil dan hambatannya.
3. Sesi ketiga terapis mengidentifikasi bagaimana individu dapat menjangkau berbagai sumber dukungan yang ada diluar, mengevaluasi hasil dan hambatannya.
4. Sesi keempat terapis mengevaluasi hasil dalam menggunakan sumber pendukung.

Terapi suportif dipimpin oleh seorang terapis dengan beberapa tugasnya antara lain:

1. Memimpin jalannya diskusi
2. Menentukan lamanya pertemuan (45 menit)
3. Mempertahankan dan menciptakan suasana yang nyaman bagi kelompok
4. Memberikan kesempatan kepada kelompok untuk mengungkapkan apa yang diketahuinya gangguan jiwa dan masalah apa yang sedang dihadapi

5. Memberikan kesempatan pada kelompok untuk mengungkapkan masalahnya
6. Memberikan motivasi kepada pasien untuk mengungkapkan pendapat tentang informasi gangguan jiwa yang diketahuinya
7. Memahami pendapat yang diberikan oleh kelompok
8. Memberikan respon balik yang positif kepada kelompok tentang gangguan jiwa
9. Memberikan penjelasan dan masukan kepada kelompok dalam menghadapi dan menjalani perawatan selama di rawat.

2.6.7 Prinsip terapi suportif

Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam memberikan Terapi Suportif (Chien, Chan, & Thompson, 2006)

1. Memperlihatkan hubungan saling percaya.
2. Memikirkan mengenai ide dan alternatif untuk memecahkan masalah
3. Mendiskusikan hal yang tabu menjadi topik pembicaraan (tukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis).
4. Menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama.
5. Adanya sistem pendukung di lingkungan yang membantunya (mutual support and assistance).
6. Pemecahan masalah secara individu.
7. Menjaga kerahasiaan informasi

2.6.8 Karakteristik terapi suportif kelompok

Karakteristik terapi suportif kelompok adalah anggota kelompok berjumlah 8-10 orang (kelompok kecil). Karakteristik yang lain

1. Anggota homogen

2. Anggota berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi
3. Kepemimpinan kolektif
4. Anggota kelompok sukarela dan non politik

2.6.9 Aturan terapi suportif

Aturan dalam melakukan terapi suportif antara lain:

1. Terapis dan kelompok berperan aktif dengan komunikasi dua arah.
2. Terapi menyarankan kepada pada anggota kelompok untuk berbagi informasi serta mengekspresikan pikiran dan perasaan, pengalaman, dan mencari solusi permasalahan yang sedang dihadapi
3. Melibatkan dukungan dari Kelompok dan sosial serta tanggung jawabnya dalam pengambilan keputusan.
4. Terapis mengusahakan dapat memberikan nasehat, pendidikan kesehatan, serta memberikan dukungan serta motivasi dalam menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi anggota kelompok
5. Terapis harus berusaha menunjukkan sikap yang empati serta ketertarikan terhadap suatu masalah yang sedang dihadapi oleh anggota kelompok.
6. Terapis harus merespon pertanyaan anggota kelompok, menghindari interograsi, konfrontasi, dan interpretasi.
7. 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.
8. Kelompok harus menghargai *privacy* dan kerahasiaan dari anggota kelompoknya.

9. Selalu berperilaku jujur kepada kelompok dan selalu menceritakan setiap perkembangan yang terjadi pada kelompok.

2.6.10 Keanggotaan terapi kelompok suportif

Syarat yang harus dipenuhi dalam melibatkan anggota dalam kelompok suportif meliputi:

1. Anggota kelompok yang mempunyai kasus yang sama.
2. Berusia antara 20 sampai 60 tahun.
3. Bersedia untuk berpartisipasi/bekerja sama selama mengikuti terapi.
4. Dapat membaca dan menulis.

2.6.11 Waktu pelaksanaan terapi suportif

Waktu pelaksanaan terapi sesuai dengan kesepakatan kelompok. Pertemuan dilaksanakan seminggu dua kali dan waktu selama kegiatan 45 menit.

2.6.12 Tempat pelaksanaan terapi suportif

Pelaksanaan terapi ini dilaksanakan di masyarakat atau rumah sakit sebagai salah satu kelompok, balai pertemuan, ataupun sarana lainnya yang tersedia di masyarakat atau rumah sakit.

2.6.13 Pelaksanaan terapi suportif

Terapi Suportif Kelompok (TSK) dilaksanakan dalam 4 (empat) sesi, yakni: sesi pertama mengidentifikasi kemampuan kelompok dan sistem pendukung yang ada, sesi kedua menggunakan sistem pendukung dalam kelompok, sesi ketiga sistem menggunakan sistem pendukung di luar kelompok atau sumber kelompok yang ada diluar dan sesi keempat mengevaluasi hasil dalam menggunakan sumber pendukung.

2.7 *Assertive Acceptance and Commitment Therapy (AACT)*

Assertive Therapy merupakan latihan komunikasi mendasar untuk melatih kemampuan menyampaikan kebutuhan, hak dan pilihan tanpa menekan hak orang lain. Terapi ini melatih seseorang untuk mengungkapkan pendapat, perasaan, sikap dan hak tanpa disertai adanya kecemasan (Satler, 1948 dalam Forkas, 1997; Hopkins, 2005). Dengan *Assertive Therapy* pasien belajar mengkomunikasikan kebutuhan, menolak permintaan dan mengekspresikan perasaan positif dan negative secara terbuka, jujur, langsung dan sesuai dengan pemahamannya.

Acceptance And Commitment Therapy (ACT) merupakan terapi yang membantu menolong pasien dengan menggunakan penerimaan psikologi sebagai strategi koping dalam situasi stres baik internal maupun eksternal yang tidak mudah untuk diatasi. ACT mengajarkan pasien menerima pikiran yang mengganggu dan tidak menyenangkan dengan menempatkan diri sesuai dengan nilai yang dianut. Dengan pemberian ACT diharapkan pasien dapat menentukan yang terbaik untuk dirinya dan berkomitmen untuk menentukan apa yang sudah dipilihnya.

Assertive Acceptance Commitment Therapy (AACT) merupakan gabungan antara *Assertive Therapi* dengan *Acceptance Commitment Therapy*. AACT bertujuan untuk melatih pasien berperilaku asertif, mempunyai penerimaan dan komitmen untuk mempertahankan perilaku yang adaptif. AACT dilaksanakan tujuh sesi, yaitu

Sesi 1: Mengidentifikasi kejadian, pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginan yang muncul, dampak perilaku dan akibatnya.

Sesi 2: Mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalamannya

Sesi 3: Melatih kemampuan pasien mengungkapkan pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginannya

Sesi 4: Melatih mengekspresikan kemarahan dengan mengatakan “tidak” untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan alasannya

Sesi 5: Melatih pasien menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih

Sesi 6: Melatih pasien berkomitmen untuk mencegah kekambuhan

Sesi 7: Mempertahankan perilaku asertif pada berbagai situasi

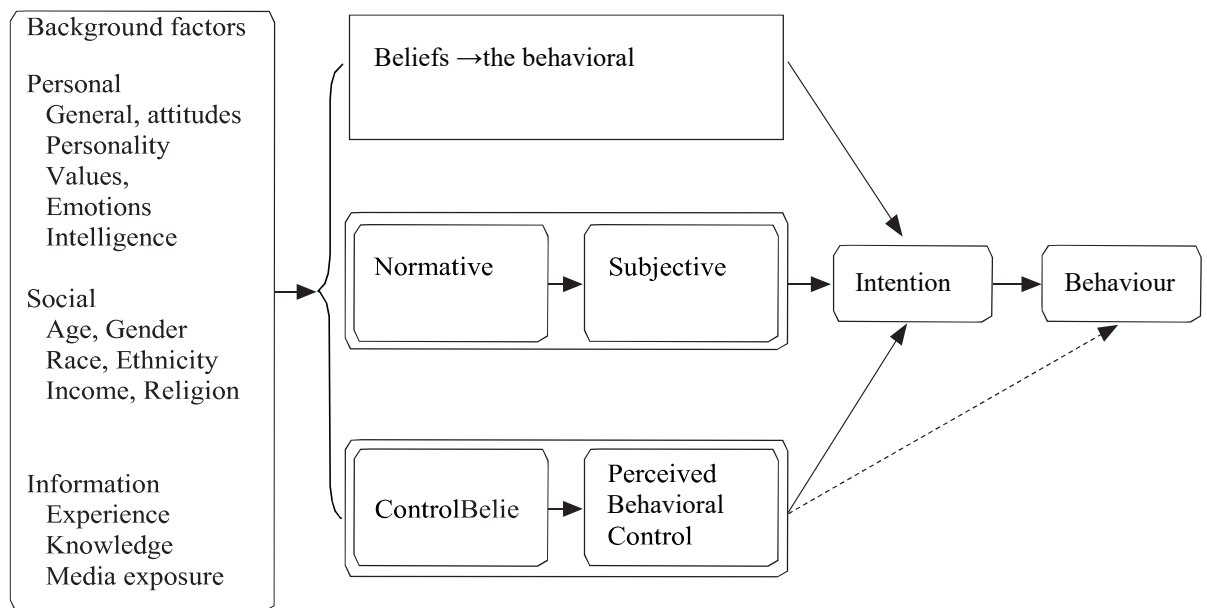
2.8 Konsep Dasar Teori Perilaku Terencana

Theory of Planned Behavior (TPB) menyampaikan bahwa perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya intensi/niat untuk berperilaku.

Sedangkan munculnya niat berperilaku ditentukan oleh 3 faktor penentu yaitu:

1. *Behavioral beliefs*, yaitu keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku (*beliefs strength*) dan evaluasi atas hasil tersebut (*outcome evaluation*),
2. *Normative beliefs*, yaitu keyakinan tentang harapan normatif orang lain (*normative beliefs*) dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*motivation to comply*), dan
3. *Control beliefs*, yaitu keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan (*control beliefs*) dan persepsinya tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilakunya tersebut (*perceived power*). Hambatan yang mungkin timbul pada saat perilaku ditampilkan dapat berasal dari dalam diri sendiri maupun dari lingkungan (Nursalam, 2015).

Secara berurutan, behavioral beliefs menghasilkan sikap terhadap perilaku positif atau negatif, *normative beliefs* menghasilkan tekanan sosial yang dipersepsikan (*Perceived Social Pressure*) atau norma subjektif (*subjective norm*) dan control beliefs menimbulkan *Perceived Behavioral Control* (TBC) atau kontrol perilaku yang dipersepsikan (Ajzen, 2002 dalam Nursalam 2017)



Gambar 2.4. Peran Faktor-Faktor Latar Belakang Pada Teori Perilaku Terencana (Ajzen, 2005 dalam Nursalam 2017)

Ajzen (2005) dalam Nursalam (2017) menjelaskan peran faktor latar belakang pada teori *planned behavior* sebagai berikut:

1. Hubungan yang langsung antara tingkah laku dan intensi. Hal ini dapat berarti bahwa intensi merupakan faktor terdekat yang dapat memprediksi munculnya tingkah laku yang akan ditampilkan individu.
2. Intensi dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu sikap individu terhadap tingkah laku yang dimaksud (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*), dan persepsi terhadap kontrol yang dimiliki (*Perceived Behavioral Control*).

3. Masing-masing faktor yang memengaruhi intensi di atas (sikap, norma subjektif dan PBC) dipengaruhi oleh anteseden lainnya, yaitu *beliefs*. Sikap dipengaruhi oleh *behavioral beliefs*, norma subjektif dipengaruhi oleh *normative beliefs*, dan PBC dipengaruhi oleh *beliefs* tentang kontrol yang dimiliki yang disebut *control beliefs*. Baik sikap, norma subjektif dan PBC merupakan fungsi perkalian dari masing-masing *beliefs* dengan faktor lainnya yang mendukung.
4. PBC (*Perceived Behavioral Control*) merupakan ciri khas teori ini dibandingkan dengan TRA (*Theory of Reasoned Action*). Pada bagan di atas dapat dilihat bahwa ada 2 cara yang menghubungkan tingkah laku dengan PBC. Cara pertama diwakili oleh garis penuh yang menghubungkan PBC dengan tingkah laku secara tidak langsung melalui perantara intensi. Cara kedua adalah hubungan secara langsung antara PBC dengan tingkah laku yang digambarkan dengan garis putus-putus, tanpa melalui intensi (Ajzen, 2005 dalam Nursalam 2017).

2.9 Keaslian Penelitian

No	Penulis/ Tahun	Judul	Variabel		Metode	Temuan
			Independent	Dependen		
1	Hidayati. Eni (2012)	Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia	<i>Suportif terapi</i>	Perilaku kekerasan	<i>Quasi exsperimental, pre-post test without control group</i> Sampel 42 pasien dengan PK	Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang signifikan kemampuan pasien mengatasi perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi kelompok suportif dengan $p > 0,05$

No	Penulis/ Tahun	Judul	Variabel		Metode	Temuan
			Independen	Dependen		
2	Khusnul Aini (2011)	Pengaruh <i>assertive training therapy</i> terhadap kemampuan asertif suami dan risiko perilaku kekerasan dalam rumah tangga di kota Bogor tahun 2011	<i>Assertive Training Therapy</i>	Risiko Perilaku Kekerasan	<i>“Quasi Experiment Pre-Post Test With Control Group”</i> . Sampel 60 orang dengan resiko perilaku kekerasan	Pengaruh terapi asertif training terhadap kemampuan asertif suami sebesar 67,4% dengan peningkatan yang bermakna p-value < 0,05. Sedangkan perilaku risiko kekerasan dalam rumah tangga mengalami penurunan sebesar 29,6 % dengan penurunan yang bermakna p-value < 0,05.
3	Jek Amidos Pardede, Budi Anna Keliat, Ice Yulia (2015)	Kepatuhan dan komitmen pasien skizofrenia meningkat setelah diberikan <i>acceptance and commitment therapy</i> dan pendidikan kesehatan kepatuhan minum obat	1. <i>Acceptance and commitment therapy</i> 2.Pendidikan kesehatan kepatuhan minum obat	Resiko perilaku kekerasan	<i>Quasi eksperimental pre-posttest with control group</i>	Hasil penelitian ini ditemukan penurunan gejala risiko perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah serta peningkatan kemampuan menerima dan berkomitmen pada pengobatan dan kepatuhan pasien skizofrenia yang mendapatkan ACT dan pendidikan kesehatan kepatuhan minum obat lebih besar secara bermakna dibandingkan kelompok yang hanya mendapatkan terapi ACT

No	Penulis/ Tahun	Judul	Variabel		Metode	Temuan
			Independen	Dependnet		
4	Ni Made Dian Sulistiowati, Anna Keliat, Ice Yulia Wardani (2014)	Pengaruh <i>Acceptance And Commitment Therapy</i> terhadap gejala dan kemampuan pasien dengan resiko Perilaku kekerasan	<i>Acceptance and commitment therapy</i>	Gejala dan kemampuan pasien dengan resiko Perilaku kekerasan	<i>Quasi eksperimen Pre-post test with control group</i>	Hasil Penelitian menunjukkan penurunan gejala perilaku kekerasan secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan terapi ACT dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi ACT
5	Jane Harley, (2015)	<i>Bridging the Gap between Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	<i>Cognitive Therapy</i>	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>	<i>Current views about the theoretical and technical similarities and differences</i>	<i>The therapy may be viewed as a family of evolving therapy approaches which have differing behavioural and cognitive orientation</i>
6	Jiaxi Lin, Marianne Lüking, David Daniel Ebert, Monica Buhrman, Gerhard Andersson, Harald Baumeister (2015)	<i>Effectiveness and cost-effectiveness of a guided and unguided internet-based Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: Study protocol for a three-armed randomised controlled trial</i>	<i>Internet-based Acceptance and Commitment Therapy</i>	<i>People with chronic pain</i>	<i>Study protocol for a three-armed randomised controlled trial.</i>	<i>Pain interventions and provide valuable information about the treatment success and cost-effectiveness regarding the intervention's level of guidance (self-help only vs. guided self-help).</i>
7	Eiko Matsuda, Kikuo Uchiyama (2006)	<i>Assertion training in coping with mental disorders with psychosomatic disease</i>	<i>Effectiveness of Assertive Training</i>	<i>Mental disorders with psychosomatic diseases</i>	<i>Case Study</i>	<i>Assertive training has been effectively applied to prevent and alleviate the cases of mental disorders</i>

N O	Penulis/ Tahun	Judul	Variabel		Metode	Temuan
			Independent	Dependent		
8	Lance M. McCracken, Ayana Sato, Gordon J. Taylor (2013)	<i>A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results</i>	<i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	<i>People with Chronic Pain</i>	<i>A pilot randomized controlled trial</i>	<i>Significant treatment effects for disability, depression, and pain acceptance may be achievable, including perhaps medium-sized effects after a short follow-up interval of 3month</i>
9	Moslem Parto (2011)	<i>Problem solving, self-efficacy, and mental health in adolescents: Assessing the mediating role of assertiveness</i>	<i>Role of Assertiveness</i>	<i>Mental Health in Adolescents</i>	<i>A descriptive analysis study</i>	<i>The findings of this study provided evidence for the mediating mechanisms through which assertiveness mediated the relationships between self efficacy and problem solving with mental health</i>
10	Khamida (2013)	<i>Terapi Kelompok Suportif Asertif Menurunkan Nilai Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Berdasarkan Model Keperawatan Interaksi King</i>	<i>Pengaruh terapi kelompok suportif asertif</i>	<i>Perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia</i>	<i>Pre-post test control group desain</i>	<i>Terapi kelompok suportif asertif berdasarkan model keperawatan Interaksi King dapat menurunkan perilaku kekerasan pasien dengan cara mengoptimalkan system personal dan secara interpersonal saling memberikan dukungan dalam kelompok</i>

N O	Penulis/ Tahun	Judul	Variabel		Metode	Temuan
			Independen	Dependen		
11	Louise C.Johns, et., al (2015)	<i>The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study</i>	<i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	<i>People with psychosis</i>	<i>a randomized controlled trial (RCT)</i>	<i>This preliminary study showed that brief group ACT interventions for people with psychosis are feasible and acceptable</i>
12	H.R. Trompetter, (2017)	<i>Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy</i>	<i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	<i>Depression anxiety</i>	<i>Randomized Controlled Trial (RCT)</i>	<i>The findings support the dual-factor model and suggest that it is important to systematically implement measures of both psychopathology and positive mental health in mental health care and therapy evaluations.</i>
13	Kastner, et al (2015)	<i>Clinical and functional outcome of assertive outreach for patients with schizophrenic disorder : Results of a quasi-experimental controlled trial</i>	<i>Assertive outreach (AO)</i>	<i>Skizofrenia</i>	<i>Quasi-experimental controlled trial</i>	<i>Dari perspektif klinik, pasien dalam kelompok AO mempunyai hasil yang lebih baik karena adanya integrasi layanan dan dukungan melalui kunjungan rumah, layanan klinis dan psiko edukasi. Model AO menunjukkan efek yang baik untuk mereduksi gejala umum dan negatif tapi juga gejala positif pada fase akut psikosis</i>

N O	Penulis/ Tahun	Judul	Variabel		Metode	Temuan
			Independen	Dependen		
14	Eslami, et al (2016)	<i>The effectiveness of assertiveness training on the levels of stress, anxiety and depression of high school student</i>	<i>Assertiveness training</i>	<i>Stress, anxiety and depression</i>	<i>Quasi-experimental</i>	Skor depresi pada kelompok eksperimen dan kontrol, perbedaannya tidak signifikan ($p=0.09$), Namun jumlah subyek dengan moderate depresi berkurang dari 31 orang menjadi 23 orang setelah dilakukan latihan asertif selama 2 bulan
15	Fauziah Rahmi & Sholihahb Qomariatus (2013)	<i>Reassurance supportive therapy for reducing depression in paraplegic patients due to Bantul earthquake</i>	<i>Supportive therapy</i>	<i>Depresi</i>	<i>Perancangan subyek ABAB tunggal</i>	Pengukuran tingkat depresi yang dilakukan pada pasien setelah pemberian terapi supportif menunjukkan penurunan yang sangat signifikan dengan menggunakan alat ukur Beck Depression Inventory (BDI) sebelum dan sesudah intervensi selama 4 minggu
16	Abdul Gowi, et al (2012)	Penurunan perilaku kekerasan orang tua pada anak usia sekolah melalui latihan asertif	Latihan asertif	Perilaku kekerasan	<i>Quasi-experimental</i>	Latihan asertif membantu orang tua menurunkan perilaku kekerasan pada anak melalui komunikasi asertif
17	Dyah Wahyuningsih, Budi Anna Keliat, Sutanto Priyo Hastono (2011)	Penurunan Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia dengan <i>Assertiveness Training (AT)</i>	Pengaruh Asertif Training	Perilaku Kekerasan pada pasien Skizofrenia	Quasi Eksperimen dengan <i>pre post test with control group</i>	<i>Assertiveness Training</i> terbukti dapat menurunkan perilaku kekerasan pasien Skizofrenia

N O	Penulis/ Tahun	Judul	Variabel		Metode	Temuan
			Independen	Dependen		
18	Sarah V. Curtis and John S. Wodarski, (2015)	<i>The east tennessee assertive adolescent family treatment program: a three-year evaluation</i>	<i>Assertive therapy</i>	<i>Adolescent family</i>	<i>A-Meta analysis</i>	Pemberian terapi asertif dapat menurunkan penggunaan obat-obatan terlarang, konsumsi alkohol, aktivitas kriminal, perilaku kekerasan, perilaku seksual dan meningkatkan kemampuan kognitif serta interaksi peserta dengan teman dan keluarga
19	Ulla A Bothal, et al, 2014	<i>The rise of assertive community interventions in south africa: a randomized control trial assessing the impact of a modified assertive intervention on readmission rates; a three year follow-up</i>	<i>Assertive community interventions</i>	<i>Skizofrenia</i>	<i>Randomized into two groups</i>	<i>Patients in the intervention group had significantly less readmissions ($p = 0.007$) and spent less days in hospital compared to the patients in the control group ($p = 0.013$).</i>
20	Hossein Ebrahimi, et al (2014)	<i>Effect of supportive nursing care on self esteem of patients receiving electroconvulsive therapy: a randomized controlled clinical trial</i>	<i>Supportive nursing care</i>	<i>Electro convulsive therapy</i>	<i>Randomized controlled clinical trial</i>	<i>Supportive nursing care can have positive effect on self esteem of patients receiving ECT</i>

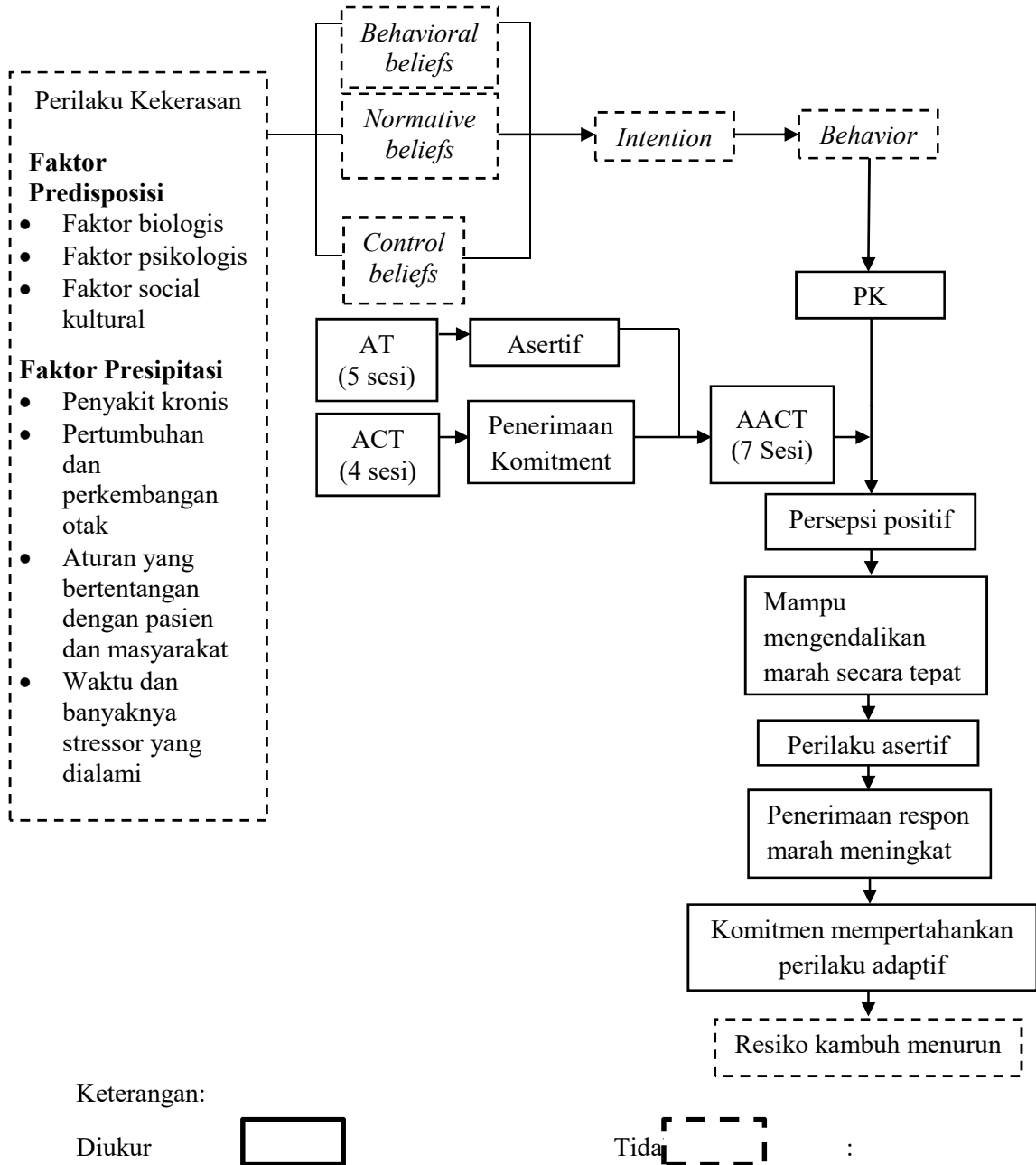
N O	Penulis/ Tahun	Judul	Variabel		Metode	Temuan
			Independen	Dependen		
21	Mochamad Ali Sodikin, et al (2015)	Pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang <i>intensive psychiatric care unit (ipcu)</i> RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang	Latihan asertif	Perilaku kekerasan	<i>Quasi Eksperimen Pre-Post test With control Group</i>	Latihan asertif dapat memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan pasien oleh karena itu direkomendasikan untuk diterapkan di ruang perawatan intensif psikiatri.
22	Sayedeh Monireh Azadeh, et al (2016)	<i>Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder</i>	<i>Acceptance and commitment therapy</i>	<i>Social anxiety disorder</i>	<i>Quasi-experimental pre-posttest control group</i>	<i>Acceptance and Commitment Therapy can influence interpersonal problems and their six dimensions and psychological flexibility as well.</i>
23	Tae-Won Kim, et al, 2015	<i>Fifteen-month follow up of an assertive community treatment program for chronic patients with mental illness</i>	<i>Assertive community treatment</i>	<i>Mental illness</i>	<i>Quasi-experimental</i>	<i>ACT (assertive community treatment) was significantly better at improving the GAF than case management and that participation in ACT was associated with a significant decrease in BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) scores</i>

N O	Penulis/ Tahun	Judul	Variaebel		Metode	Temuan
			Independen	Dependen		
24	Amie Zarling, Sarah Bannon, and Meg Berta, (2017)	<i>Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders</i>	<i>Acceptance and commitment therapy</i>	<i>Domestic violence offenders</i>	<i>A-Meta analysis</i>	<i>ACTV was significantly less likely to be arrested for any charge, domestic assault charges, and any violent charges.</i>

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1. Kerangka Konseptual Pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia

Definisi Konseptual

Perilaku Kekerasan merupakan salah satu gejala dari Skizofrenia. Perilaku kekerasan adalah perilaku yang dapat mengakibatkan pencederaan bagi diri pasien sendiri, orang lain maupun lingkungan. Perilaku kekerasan muncul karena adanya faktor predisposisi (faktor biologis, faktor psikologis, faktor sosio kultural) dan presipitasi (penyakit kronis, pertumbuhan dan perkembangan otak, aturan yang bertentangan dengan pasien dan masyarakat serta waktu dan banyaknya stressor yang dialami).

Konsep TPB (*Theory of Planned Behaviour*) menjelaskan bahwa perilaku yang ditampilkan individu ditentukan oleh intensi atau niat individu untuk berperilaku. Sementara munculnya niat untuk berperilaku ditentukan oleh tiga faktor yaitu *behavioral beliefs*, *normative beliefs* dan *control beliefs*. *Behavioral beliefs* adalah keyakinan individu dari hasil suatu perilaku (*beliefs strength*) dan evaluasi dari hasil tersebut (*outcome evaluation*). *Normative beliefs* keyakinan terhadap harapan normatif (*normative beliefs*) dan motivasi untuk memenuhi harapan (*motivation to comply*). *Control beliefs* keyakinan tentang hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku (*Control beliefs*) dan persepsi tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilaku tersebut (*perceived power*).

Intervensi keperawatan yang sering diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah Standar Pelaksanaan (SP) Perilaku Kekerasan. Terapi lain yang bisa diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan antara lain *Assertive Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT). Dalam penelitian ini penulis mengintegrasikan *Assertive Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment*

Therapy (ACT) menjadi *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT). Sebelum diberikan intervensi AACT, pasien akan diberikan Standar Pelaksanaan (SP) Perilaku Kekerasan sesuai dengan standar yang ada di rumah sakit. Pelaksanaan AACT diberikan dalam 7 (tujuh) sesi. Sesi pertama mengidentifikasi kejadian, pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginan, dampak dan akibatnya. Sesi kedua mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman. Sesi ketiga melatih mengungkapkan pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginan. Sesi keempat melatih mengekspresikan marah. Sesi kelima melatih menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih. Sesi keenam melatih berkomitmen untuk mencegah kekambuhan. Sesi ketujuh mempertahankan perilaku asertif.

AACT yang diberikan pada pasien perilaku kekerasan akan membentuk persepsi positif dengan berperilaku asertif sehingga pasien akan mampu mengendalikan marah secara tepat, penerimaan respon marah meningkat, komitmen pasien terhadap perilaku adaptif dapat mencegah resiko kekambuhan.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dirancang dengan menggunakan *quasi-experimental pretest-posttest with control group*. Menurut Nursalam (2017) rancangan penelitian *quasi-experimental* bertujuan untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimental.

Pada desain penelitian ini, kelompok eksperimen diberikan *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT), *Assertive Therapi* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT). Sedangkan kelompok kontrol diberikan intervensi standar yang ada di rumah sakit (standar pelaksanaan untuk pasien dengan perilaku kekerasan). Kedua kelompok dilakukan observasi perilaku kekerasan sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

Tabel 4.1. Rancangan Penelitian Pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia

Subjek	Observasi 1	Perlakuan	Observasi 2
K – A	O	IA	OI – A
K – B	O	IB	OI – B
K – C	O	IA+IB	OI – A+B
K – D	O	ID	OI – D
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

K – A : Subyek sebelum diberi *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT)

K – B : Subyek sebelum diberi *Assertive Therapy* (AT)

- K – C : Subyek sebelum diberi *Acceptance Commitment Therapy* (ACT)
- K – D : Subyek kelompok kontrol sebelum diberikan terapi standart pasien perilaku kekerasan di rumah sakit menggunakan standar pelaksanaan
- O : Perilaku kekerasan sebelum diberikan intervensi
- IA : Subyek diberikan *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT)
- IB : Subyek diberikan *Assertive Therapy* (AT)
- IA+B : Subyek diberikan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT)
- ID : Subyek kelompok kontrol diberikan terapi standart pasien perilaku kekerasan di rumah sakit menggunakan standar pelaksanaan
- OI-A : Perilaku kekerasan setelah diberikan *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT)
- OI-B : Perilaku kekerasan setelah diberikan *Assertive Therapy* (AT)
- OIA+B : Perilaku kekerasan setelah diberikan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT)
- OI-D : Perilaku kekerasan kelompok kontrol setelah diberikan standar pelaksanaan

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi penelitian

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017). Dalam setiap penelitian, populasi yang dipilih erat kaitannya dengan masalah yang ingin dipelajari. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Populasi pasien perilaku kekerasan pada bulan Februari sebanyak 80 pasien.

4.2.2 Sampel dan besar sampel penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan yang dirawat di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

1. Pasien berjenis kelamin laki-laki
2. Usia 25 – 55 tahun
3. Diagnosa medis skizofrenia
4. Tidak melakukan tindakan agresif destruktif dengan skor RUFA III dengan skor 21 – 30
5. Tidak ada penyakit fisik
6. Pasien dapat berkomunikasi verbal dengan baik, bisa membaca dan menulis
7. Bersedia menjadi responden dengan menandatangani persetujuan menjadi responden yang diwakili oleh keluarga pasien

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

1. Pasien melakukan tindakan agresif destruktif dengan skor RUFA < 21
2. Pasien perilaku kekerasan disertai dengan gangguan proses pikir dan gangguan persepsi sensori halusinasi

Perhitungan besar sampel minimal berdasarkan hasil perhitungan menggunakan uji perbedaan antara dua rata-rata dengan derajat kemaknaan 5%, kekuatan uji 95% dan uji hipotesis dua sisi dihitung berdasar rumus besar sampel sebagai berikut (Lemeshow, dkk, 1997):

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_1 - \alpha + Z_1 - \beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)}$$

Keterangan:

n : Besar sampel

σ : Standar deviasi 2

μ_1 : Rata-rata setelah dilakukan intervensi

μ_2 : Rata-rata sebelum dilakukan intervensi

$\mu_1 - \mu_2$: Selisih rata-rata setelah dan sebelum dilakukan intervensi adalah 1,5

$Z_1 - \alpha$: Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ($\alpha:5\%=1,96$)

$Z_1 - \beta$: Nilai z pada kekuatan uji $1 - \beta$ adalah 0,84

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_1 - \alpha + Z_1 - \beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)}$$

$$n = \frac{2 \times 2^2 [(1,96 + 0,84)]^2}{1,5^2} = 27,9 = 28$$

Mengantisipasi adanya *drop out*, *loss to follow up* atau subyek yang tidak taat dalam proses penelitian *quasi-experimental*, dilakukan dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian menggunakan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2011):

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

Keterangan:

n' : Ukuran sampel setelah di revisi

n : Ukuran sampel asli

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

Maka:

$$n = \frac{28}{1-0,1} = \frac{28}{0,9} = 31,11 \text{ dibulatkan menjadi } 32$$

Berdasarkan rumus di atas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 32 responden yang dibagi dalam empat kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 8 responden. Hal ini sesuai dengan karakteristik kelompok. Menurut Hernawaty, dkk (2011) karakteristik kelompok kecil berjumlah 8 – 10 orang.

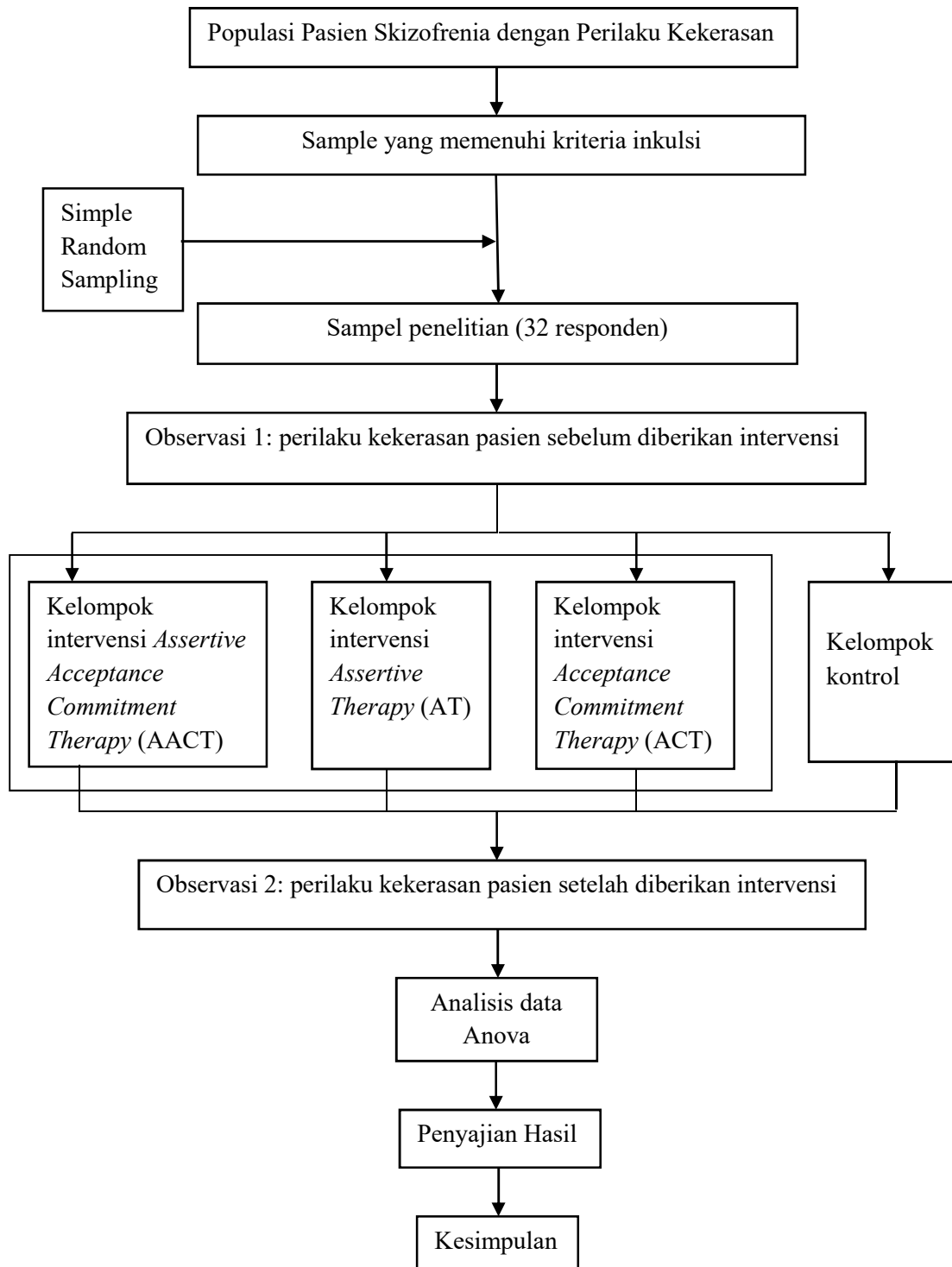
4.2.3 Teknik sampling

Teknik sampling adalah cara pengambilan sampel. Penelitian ini menggunakan teknik pengambilam sampling dengan *probability sampling* dengan *simple random sampling* dimana setiap elemen diseleksi secara acak (Nursalam, 2017).

Mekanisme pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut

1. Pada saat penelitian ini berlangsung pasien perilaku kekerasan di Ruang Gelatik sebanyak 26 orang sedangkan di Ruang Kenari sebanyak 23 orang.
2. Peneliti memilih pasien perilaku kekerasan yang sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 21 orang di Ruang Gelatik dan 19 orang di Ruang Kenari.
3. Pasien perilaku kekerasan yang sesuai kriteria inklusi diambil secara random sebanyak 16 orang di Ruang Gelatik dan 16 orang di Ruang Kenari. Masing-masing dibagi menjadi dua kelompok dengan anggota kelompok sebanyak 8 orang. Memindahkan lokasi tempat tidur pasien masing-masing kelompok pada blok yang berbeda.
4. Kelompok pasien di Ruang Gelatik mendapatkan intervensi AACT dan AT, sedangkan di Ruang Kenari mendapatkan terapai ACT dan SP.

4.3 Kerangka Operasional



Gambar 4.1. Kerangka Operasional Pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel *independen* (bebas)

Variabel *independen* adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Variabel independen (bebas) biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain. Dalam ilmu keperawatan, variabel bebas biasanya merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien untuk mempengaruhi tingkah laku pasien (Nursalam, 2017). Variabel independen dalam penelitian ini adalah *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT), *Assertive Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT)

4.4.2 Variabel *dependen* (tergantung)

Variabel *dependen* adalah variabel yang dipengaruhi nilainya oleh variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku kekerasan.

4.4.3 Definisi Operasional

Tabel 4.2. Definisi operasional penelitian pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1	Independen: <i>Assertive Acceptance Commitment Therapy</i> (AACT)	Suatu bentuk latihan mengkomunikasikan pikiran dan mengekspresikan perasaan secara terbuka, jujur, langsung tanpa disertai perasaan cemas, menerima kejadian yang tidak diinginkan serta membangun komitmen dalam mempertahankan perilaku adaptif	Sesi 1: mengidentifikasi kejadian, pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginan yang muncul, dampak perilaku dan akibatnya. Sesi 2: mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalamannya Sesi 3: melatih kemampuan pasien mengungkapkan pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginannya Sesi 4: melatih mengekspresikan kemarahan dengan mengatakan “tidak” untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan alasannya Sesi 5: melatih pasien menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih Sesi 6: melatih pasien berkomitmen untuk mencegah kekambuhan	Observasi (buku catatan harian pasien) dan hasil evaluasi pelaksanaan <i>Assertive Acceptance Commitment Therapy</i> (AACT)	Nominal	1= dilakukan 2= tidak dilakukan

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
			Sesi 7: mempertahankan perilaku asertif pada berbagai situasi			
2	Independen: <i>Assertive Therapy</i> (AT)	Suatu bentuk latihan mengkomunikasikan kebutuhan, menolak permintaan dan mengekspresikan perasaan positif dan negatif secara terbuka, jujur, langsung tanpa disertai perasaan cemas	Sesi 1: melatih kemampuan mengungkapkan pikiran dan perasaan Sesi 2: melatih kemampuan mengungkapkan kebutuhan dan keinginan Sesi 3: mengekspresikan kemarahan Sesi 4: mengatakan "tidak" untuk permintaan yang tidak rasional dan menyampaikan alasan Sesi 5: mempertahankan perilaku asertif dalam berbagai situasi	Observasi (buku catatan harian pasien) dan hasil evaluasi pelaksanaan <i>Assertive Therapy</i> (AT)	Nominal	1= dilakukan 2= tidak dilakukan
3	Independen: <i>Acceptance Commitment</i> Therapy (ACT)	Suatu bentuk terapi yang membantu pasien menerima kejadian yang tidak diinginkan, menentukan apa yang terbaik bagi dirinya dan berkomitmen	Sesi 1: mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perasaan yang muncul serta dampak dan akibat yang muncul dari pikiran dan perasaan	Observasi (buku catatan harian pasien) dan hasil evaluasi pelaksanaan <i>Acceptance Commitment</i>	Nominal	1= dilakukan 2= tidak dilakukan

		melakukan apa yang sudah dipilihnya	Sesi 2: mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman pasien Sesi 3: melatih menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih Sesi 4: komitmen untuk mencegah	<i>Therapy</i> (ACT)		
No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
4	Dependent: Perilaku kekerasan	Perilaku yang ditampilkan pasien berupa kekerasan verbal maupun fisik yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan	a. Perilaku kekerasan verbal: ucapan keras, kasar, nada tinggi dan ancaman mencederai b. Perilaku kekerasan fisik: agitasi motorik, tidak mampu duduk diam, mengepalkan tangan, membentuk aktivitas motorik tiba-tiba c. Perilaku kekerasan pada diri sendiri: gerakan memukul atau mencederai diri sendiri d. Perilaku kekerasan pada orang lain: memukul atau	Diukur dengan menggunakan lembar observasi	Interval	Skor 4= sering (S) Skor 3= kadang-kadang (K) Skor 2= jarang (J) Skor 1= tidak pernah (T)

mencederai
orang lain
e. Perilaku
kekerasan pada
lingkungan:
pengerusakan
pada lingkungan
dan atau
fasilitas rumah
sakit

4.5 Alat dan Bahan Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat tulis, lembar observasi pengukuran skala perilaku kekerasan, lembar observasi evaluasi pelaksanaan *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT), *Assertif Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT).

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam variabel independen *Assertif Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) menggunakan panduan evaluasi pelaksanaan *Assertif Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) yang diadopsi dari Modul Keperawatan Jiwa FIK UI (2016). Instrumen penelitian *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) menggunakan panduan evaluasi pelaksanaan yang dimodifikasi oleh peneliti dengan mempertimbangkan kebutuhan data dalam penelitian ini.

Instrumen penelitian perilaku kekerasan, dilakukan dengan cara observasi menggunakan skala pengukuran perilaku kekerasan dari Keliat (2003) yang merupakan adopsi dari Morison (1994) dengan uji validitas *pearson product*

moment dengan nilai $r = 0.75$ (lebih besar dari 0.30) yang artinya valid digunakan. Untuk uji reliabilitasnya menggunakan teknik *Alfa Cronbach* dengan hasil 0.90 (Keliat, 2013). Instrumen penelitian tersebut terdiri dari

1. Perilaku kekerasan pada diri sendiri terdiri dari lima perilaku yang diobservasi, yaitu nomor 2, 6, 9, 13 dan 17
2. Perilaku kekerasan pada orang lain terdiri dari empat perilaku yang diobservasi, yaitu nomor 4,5, 8 dan 12
3. Perilaku kekerasan pada lingkungan terdiri dari lima perilaku yang diobservasi, yaitu nomor 3, 7, 11, 14 dan 18
4. Perilaku kekerasan secara verbal terdiri dari empat perilaku yang diobservasi, yaitu nomor 1, 10, 15 dan 16

Instrumen ini merupakan instrument observasi perilaku kekerasan dengan kriteria nilai sebagai berikut

1. Nilai 4 jika pasien Sering (S) melakukan perilaku (lebih dari 3 kali sehari)
2. Nilai 3 jika pasien Kadang-Kadang (K) melakukan perilaku (2 – 3 kali sehari)
3. Nilai 2 jika pasien Jarang (J) melakukan perilaku (satu kali sehari)
4. Nilai 1 jika pasien Tidak pernah (T) melakukan perilaku

Lembar observasi untuk mengukur perilaku kekerasan responden diisi oleh peneliti dibantu oleh perawat di instalasi rawat inap dimana responden dirawat selama 3 x 24 jam (3 shift sehari). Jumlah nilai respon perilaku kekerasan didapatkan dengan mengambil rata-rata nilai yang ada di lembar observasi perilaku kekerasan selama 3 hari dengan nilai minimal 18 dan nilai maksimal 72.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Pengambilan data dan pelaksanaan intervensi dilakukan pada bulan Januari 2018 sampai dengan Februari 2018.

4.8 Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data berupa kuesioner dan observasi dengan menyertakan lembar observasi. Dalam pengumpulan data penulis melakukan beberapa tahapan antara lain

1. Persiapan

Tahap ini meliputi penyusunan proposal, penyusunan instrument penelitian dan penyusunan pedoman untuk pelaksanaan intervensi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pedoman pelaksanaan *Assertif Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) menggunakan pedoman yang diadopsi dari Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia, pedoman pelaksanaan *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT) dibuat oleh peneliti dengan mengintegrasikan pedoman pelaksanaan AT dan ACT. Instrumen pedoman pelaksanaan intervensi pada kelompok kontrol (SP) menggunakan pedoman pelaksanaan yang diberlakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur.

2. Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan ada beberapa prosedur yang dilakukan peneliti terkait dalam penelitian ini

1) Membentuk tim penelitian yang terdiri dari yaitu peneliti, co-peneliti dan co-observer.

a. Peneliti

Peneliti melakukan intervensi *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT), *Assertif Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) pada responden sesuai dengan pedoman yang ada. Peneliti juga melakukan observasi perilaku kekerasan pasien pada shif pagi sebelum dan setelah diberikan intervensi.

b. Co-peneliti

Co-peneliti adalah perawat ruang rawat inap dengan pendidikan S1 keperawatan, sebagai ketua tim atau penanggung jawab jaga, mempunyai pengetahuan tentang pedoman pelaksanaan dari masing-masing intervensi yang diberikan pada responden. Co-peneliti sebagai pendamping peneliti mempunyai peran sebagai berikut

- Membantu memilih responden sesuai dengan kriteria inklusi
- Membantu peneliti mengisi lembar evaluasi saat responden diberikan intervensi.
- Membantu melakukan observasi perilaku kekerasan pasien di ruangan sebelum dan sesudah pemberian intervensi pada shif pagi.

c. Co-observer

Co-observer adalah perawat pelaksana dengan pendidikan S1/D III Keperawatan yang melaksanakan tugas shif pada saat penelitian ini berlangsung. Co-observer membantu peneliti melakukan observasi

perilaku kekerasan sebelum dan sesudah pemberian intervensi pada shift pagi, siang dan malam.

- 2). Melakukan sosialisasi pelaksanaan penelitian dan instrument penelitian kepada perawat ruangan, co-peneliti dan co-observer. Peneliti menjelaskan isi dan cara pengisian lembar evaluasi pada masing-masing intervensi yaitu *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT), *Assertif Therapy* (AT) dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) serta lembar observasi perilaku kekerasan.
- 3) Meminta kesediaan responden terpilih untuk ikut serta dalam penelitian dengan memberikan surat persetujuan berupa *informed consent* yang diberikan kepada keluarga pasien dengan saksi perawat di ruang rawat inap dimana pasien dirawat.
- 4) Responden yang terpilih dilakukan observasi pertama sebelum diberikan intervensi dengan lembar observasi perilaku kekerasan menggunakan skala pengukuran perilaku kekerasan dari Keliat (2003) yang merupakan adopsi dari Morison (1994) selama 3 hari (3 x 24 jam atau 3 shift).
- 1) Kelompok perlakuan KA diberikan intervensi *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT), kelompok perlakuan KB diberikan intervensi *Assertif Therapy* (AT), kelompok perlakuan KC diberikan intervensi *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) dan kelompok KD sebagai kelompok kontrol diberikan intervensi standar pelaksanaan perilaku kekerasan sesuai dengan standar rumah sakit.
- 2) Intervensi AACT, AT dan ACT dilakukan melalui metode kelompok dimulai dengan fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi.

- 3) Intervensi diberikan di ruang rawat inap dimana responden dirawat, setiap hari secara berturut-turut pada jam 09.00-12.00 (masing-masing intervensi selama 45 menit - 1 jam). Pelaksanaan *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT) terdiri dari tujuh sesi, *Assertif Therapy* (AT) terdiri dari lima sesi dan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) terdiri dari empat sesi. Pada akhir sesi ada evaluasi untuk melihat kemampuan responden.
- 4) Pada akhir kegiatan, peneliti melakukan observasi ke dua untuk melihat kemampuan responden dalam mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan skala pengukuran perilaku kekerasan dari Keliat (2003) yang merupakan adopsi dari Morison (1994) selama 3 hari berturut-turut dalam 3 shift jaga.

3. Pengolahan data

Setelah semua data terkumpul, data diolah dan disajikan dalam bentuk tabel.

4.9 Analisis Data

Tahap yang dilakukan setelah pengolahan data adalah analisis data. Analisis data pada penelitian ini meliputi analisis univariat dan analisis bivariat.

1. Analisis deskriptif

Analisis univariat (deskriptif) adalah menganalisis variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya, yang dilakukan pada setiap variabel penelitian dengan tujuan untuk memberikan deskripsi data karakteristik responden dan variabel yang disajikan dalam bentuk tabel.

2. Analisis bivariat (uji signifikansi)

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen, menggunakan statistik inferensial untuk menguji signifikansi variabel penelitian dengan bantuan analisis statistik software.

Langkah pertama adalah melakukan uji normalitas dengan menggunakan *Kolmogrov-Sminrnov*. Konsep uji normalitas *Kolmogrov-Sminrnov* adalah dengan membandingkan distribusi data (yang akan diuji normalitasnya) dengan distribusi normal baku. Distribusi normal baku adalah data yang telah ditransformasikan ke dalam bentuk Z-Score dan diasumsikan normal. Jika data terdistribusi normal menggunakan uji Anova. Anova merupakan metode statistik untuk mengeksplorasi hubungan beberapa variabel independen yang berjenis katagorikal (nominal/ordinal) dengan variabel dependen yang berjenis metrik (ordinal/rasio).

4.9 Ethical Clearance

Penelitian ini sudah melalui proses uji etik di Rumah Sakit Jiwa Menur berdasarkan surat keterangan kelaikan etik No. 070/173/305/2018 tertanggal 5 Januari 2018. Beberapa prinsip etik yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini antara lain adalah

1. *Respect for human* (menghormati harkat dan martabat manusia)

Peneliti mempertimbangkan hak-hak responden sebagai subyek penelitian untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan penelitian. Penelitian ini menggunakan subyek penelitian pasien dengan gangguan jiwa. Sesuai dengan ketentuan maka yang berhak menandatangani *informed consent*

pada pasien gangguan jiwa adalah orang tua, keluarga, wali atau induk semangnya. Apabila pasien yang berada dibawah tanggung jawabnya diijinkan mengikuti penelitian maka mereka menandatangani *informed consent*. Dalam penelitian ini *informed consent* diberikan peneliti saat pasien masih berada di ruang PICU (*Psychiatric Intensive Care Unit*) Rumah Sakit Jiwa Menur. Karena di ruang tersebut peneliti bisa bertemu dengan keluarga atau penanggung jawab pasien untuk memberi penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan dan meminta persetujuan dengan memberikan lembar persetujuan berupa *informed consent*.

2. *Beneficence and Nonmaleficence* (Berbuat Baik dan Tidak Merugikan)

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasi di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmaleficence*).

Peneliti memperhatikan hal-hal sebagai berikut 1) meminimalkan risiko penelitian agar sebanding dengan manfaat yang diterima subyek, 2) desain penelitian dirancang sedemikian rupa dengan mematuhi persyaratan ilmiah dan berdasarkan referensi terkait, 3) peneliti memperhatikan kesejahteraan subyek dengan selalu waspada selama pengambilan data dan menghentikan jika terjadi gangguan kesejahteraan subyek dan 4) peneliti memberikan kesempatan kepada subyek untuk memutuskan apakah melanjutkan dalam proses penelitian atau menunda.

Peneliti memberi motivasi kepada responden untuk menerapkan intervensi yang sudah diajarkan. Apabila responden menemukan kesulitan untuk

mempratekkan intervensi yang telah diajarkan, responden bisa berdiskusi dengan peneliti pada pertemuan berikutnya.

3. *Otonomy and freedom* (otonomi dan kebebasan)

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Peneliti memberi kebebasan responden untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian. Jika responden bersedia mengikuti penelitian, responden dapat menandatangani *informed consent*.

4. *Veracity and fidelity* (kejujuran dan ketaatan)

Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Kebenaran adalah dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

Peneliti memberikan informasi yang sebenar-benarnya tentang pelaksanaan penelitian sehingga hubungan antara peneliti dengan subyek penelitian dapat terjalin dengan baik sesuai dengan tujuan penelitian. Ada kesepakatan antara peneliti dan subyek penelitian terkait dengan proses penelitian, waktu penelitian, jenis perlakuan atau intervensi dan durasi pelaksanaan intervensi.

Pelaksanaan intervensi disepakati dilakukan setiap hari mulai pukul 09.00 di ruang perawatan dimana responden dirawat.

5. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Etik dalam penelitian menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi dari subyek penelitian yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

Confidentiality dalam etika keperawatan memberikan jaminan pada subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya penulisan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil yang disajikan.

6. *Justice* (keadilan)

Penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berprikemanusiaan dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta religious subyek penelitian. Peneliti mempertimbangkan aspek keadilan dan hak subyek untuk mendapatkan perlakuan yang sama baik sebelum, selama maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti memberikan perlakuan yang sama pada semua responden selama melakukan intervensi.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan data dan analisis pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapi* (AACT) terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia. Pengumpulan data dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur pada tanggal 24 Januari – 10 Maret 2018. Responden dalam penelitian ini berjumlah 32 orang. Penyajian hasil penelitian ini meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan data umum responden.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang beralamat di Jl. Menur 120 Surabaya. Rumah Sakit Jiwa Menur sebagai salah satu rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur merupakan Rumah Sakit Khusus Kelas A.

Rumah Sakit Jiwa Menur berdiri di atas tanah seluas 50.570 m², luas bangunan 21.416 m² dengan kapasitas 300 tempat tidur. Fasilitas pelayanan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Menur terdiri dari Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, NAPZA dan Instalasi Penunjang. BOR rata-rata 98% dengan ALOS 29 hari. Penelitian ini dilakukan di Ruang Kenari dan Ruang Gelatik. Ruang Kenari dan Ruang Gelatik adalah ruang rawat inap kelas III untuk pasien laki-laki dengan kapasitas 55 tempat tidur yang terbagi dalam dua blok bangsal perawatan masing-masing terdiri dari 28 dan 27 tempat tidur. Pasien di kedua blok masing-masing

ruangan dapat melakukan interaksi secara bersama-sama di ruang makan atau ruang sosialisasi.

Ketenagaan di Ruang Kenari terdiri dari 1 orang dokter spesialis jiwa, 2 dokter umum, 1 kepala ruangan dengan pendidikan S1 keperawatan, 2 perawat pelaksana dengan pendidikan S1 keperawatan, 13 perawat pelaksana dengan pendidikan D3 keperawatan, 1 nutrisionist, 1 tenaga medical record dan 1 orang tenaga administrasi ruangan. Ketenagaan di Ruang Gelatik tidak jauh berbeda dengan Ruang Kenari yaitu terdiri dari 1 orang dokter spesialis jiwa, 2 dokter umum, 1 kepala ruangan dengan pendidikan S1 keperawatan, 2 perawat pelaksana dengan pendidikan S1 keperawatan, 14 perawat pelaksana dengan pendidikan D3 keperawatan, 1 nutrisionist, 1 tenaga medical record dan 1 orang tenaga administrasi ruangan.

Standar Prosedur Operasional (SPO) tindakan keperawatan pasien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur menggunakan RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) saat pasien dirawat di ruang PICU (*Psychiatric Intensive Care Unit*) dan Standar Pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan saat pasien dirawat di ruang intermediet.

Responden yang berada di Ruang Kenari dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok perlakuan (ACT) dan kelompok kontrol (SP). Responden yang berada di Ruang Gelatik dibagi dalam dua kelompok perlakuan AACT dan AT. Masing-masing kelompok meskipun pada ruang yang sama, responden berada pada blok yang berbeda. Namun demikian, responden masih bisa saling berinteraksi dengan pasien lain yang tidak digunakan sebagai subyek penelitian pada saat makan, nonton TV atau mengikuti kegiatan terapi aktivitas lainnya di ruangan tersebut.

Tidak jarang responden saling berbagi tentang kegiatan yang telah diikuti meskipun mereka berasal dari kelompok yang berbeda.

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini diuraikan berdasarkan data umum dan data khusus sebagai berikut:

5.2.1 Data umum

Penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 32 responden yang terdiri dari tiga kelompok perlakuan (AACT, AT dan ACT) dan satu kelompok kontrol. Masing-masing kelompok terdiri dari 8 responden.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Januari – Maret 2018.

No	Karakteristik Responden	AACT		AT		ACT		Kontrol		Nilai p
		f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Umur									
	a. 25-40 tahun	5	62,5	4	50	5	62,5	5	62,5	0.943
	b. 41-56 tahun	3	37,5	4	50	3	37,5	3	37,5	
	c. Total	8	100	8	100	8	100	8	100	
2.	Pendidikan									
	a. Dasar	1	12,5	1	12,5	1	12,5	2	25	0.505
	b. Pertama	0	0	1	12,5	3	37,5	1	12,5	
	c. Menengah	7	87,5	6	75	4	50	5	62,5	
	Total	8	100	8	100	8	100	8	100	
3.	Riwayat Pekerjaan									
	a. Bekerja	2	25	2	25	3	37,5	1	12,5	0.721
	b. Tidak Bekerja	6	75	6	75	5	62,5	7	87,5	
	Total	8	100	8	100	8	100	8	100	
4.	Status Perkawinan									
	a. Tidak kawin/Duda	6	75	4	50	4	50	7	87,5	0.291
	b. Kawin	2	25	4	50	4	50	1	12,5	
	Total	8	100	8	100	8	100	8	100	

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan sebagian besar responden kelompok AACT, ACT dan kelompok kontrol berada pada rentang umur 25-40 tahun. Sedangkan kelompok AT setengah responden berada pada rentang umur 25-40 tahun.

Pada data demografi pendidikan, hampir seluruh responden kelompok AACT berpendidikan menengah, sebagian besar dari kelompok AT dan kelompok kontrol berpendidikan menengah sedangkan kelompok ACT setengah responden berpendidikan menengah.

Hampir seluruh responden kelompok AACT tidak bekerja, sedangkan pada kelompok AT, ACT dan kelompok kontrol sebagian besar tidak bekerja. Sebagian responden kelompok AACT tidak kawin, setengah responden kelompok AT dan ACT tidak kawin, sedangkan kelompok kontrol hampir seluruh responden tidak kawin.

Hasil uji statistik homogenitas, secara keseluruhan responden mempunyai nilai $p > 0.05$ yang artinya karakteristik responden seluruh kelompok adalah setara.

5.2.2 Data khusus

1. Pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapi* (AACT), *Assertive Therapy* (AT), *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) dan Standar Pelaksanaan (SP) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia

Perilaku kekerasan pasien skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan *Assertive Acceptance Commitment Therapi* (AACT), *Assertive Therapy* (AT), *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) dan Standar Pelaksanaan (SP) dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.2 Uji *Paired T-test* Sebelum (*Pre Test*) dan Sesudah (*Post Test*) Intervensi Kelompok Perlakuan (AACT, AT, ACT) dan Kontrol (SP)

Kelompok	Pre test		Post test		p value
	Mean	SD	Mean	SD	
AACT	60,25	2,550	52,25	2,605	0.001
AT	62,75	4,367	59,25	4,062	<0.0001
ACT	64,88	6,621	61,00	6,141	< 0.0001
Kontrol (SP)	59,50	1,414	58,25	1,282	0.020

Hasil analisis dari tabel 5.2 didapatkan ada pengaruh yang signifikan sebelum dan sesudah diberikan intervensi baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dengan nilai signifikansi intervensi kelompok perlakuan AACT $p = 0.001$, AT $p < 0.0001$ dan ACT $p < 0.0001$, sedangkan kelompok kontrol (SP) dengan $p = 0.020$. Nilai p kelompok perlakuan dan kelompok kontrol $p < 0.05$ artinya terdapat perbedaan yang bermakna perilaku kekerasan pasien sebelum dan setelah dilakukan intervensi baik pada kelompok perlakuan yang diberikan intervensi AACT, AT dan ACT maupun kelompok kontrol yang diberikan SP.

Uji homogenitas sebelum dan sesudah intervensi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan nilai delta $p = 0.218$. Karena nilai $p > 0.05$ maka data mempunyai varian yang sama (homogen). Langkah berikutnya adalah melakukan uji *Anova*. Uji *Anova* untuk mengetahui perbedaan perilaku kekerasan pasien skizofrenia (sebagai variabel dependen) antar anggota grup intervensi perlakuan (AACT, AT, ACT) dan kontrol (SP).

2. Perbedaan Pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapi*(AACT) Dibandingkan Dengan *Assertive Therapi* (AT), *Acceptance Commitment Therapi* (ACT) dan Kelompok Kontrol (SP) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia

Uji perbedaan pengaruh intervensi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan dengan melihat nilai delta perilaku kekerasan pada masing-masing kelompok.

Tabel 5.3 Uji Beda Anova Antar Kelompok Intervensi

Intervensi	Delta		Nilai P
	Mean	Std. Deviation	
AACT	-8.000	0.962	
AT	-3.500	0.535	
ACT	-3.887	0.641	0.002
Kontrol (SP)	-1.250	0.886	

Tabel 5.3 menunjukkan uji beda delta antar kelompok perlakuan (AACT, AT, ACT) dan kelompok kontrol (SP) sebesar $p < 0.05$. Artinya ada perbedaan yang signifikan intervensi antar kelompok perlakuan dan kelompok kontrol untuk mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

3. Pengaruh Intervensi Kelompok Perlakuan (AACT, AT, ACT) Dibandingkan Dengan Kelompok Kontrol (SP) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia

Intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mempunyai pengaruh yang signifikan dalam mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia. Untuk mengetahui mana intervensi yang mempunyai pengaruh

paling signifikan dalam mengendalikan perilaku kekerasan dilakukan uji *Anova*. Hasil uji *Anova* ditampilkan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.4 Nilai Delta Perilaku Kekerasan Uji Anova

<i>Study Group I</i>	<i>Study Group J</i>	<i>Mean Difference I -J</i>	<i>Nilai p</i>
AACT	ACT	-4.125	0.022
	AT	-4.500	0.015
	Kontrol (SP)	2.625	0.038
AT	ACT	0.375	0.089
	AACT	4.500	0.015
	Kontrol (SP)	-2.250	0.046
ACT	AT	-0.375	0.089
	AACT	4.125	0.022
	Kontrol (SP)	-2.625	0.038
Kontrol (SP)	ACT	2.625	0.038
	AT	2.250	0.046
	AACT	6.750	0.003

Pada tabel 5.4 uji *Anova* didapatkan bahwa intervensi (AACT, AT, ACT) yang diberikan pada kelompok perlakuan mempunyai pengaruh yang lebih baik dalam mengendalikan perilaku kekerasan dibandingkan dengan kelompok kontrol (SP). Perbedaan Uji Anova antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan (AACT, AT dan ACT) menunjukkan nilai delta *p value* pada masing-masing intervensi kelompok perlakuan adalah sebagai berikut AACT $p = 0.003$, AT $p = 0.046$ dan ACT $p = 0.038$. Dari nilai delta *p value* dapat disimpulkan bahwa yang paling

berpengaruh terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia berurut-turut adalah AACT, ACT dan AT.

Bila dilihat nilai *mean difference*, intervensi ACT lebih baik daripada intervensi AT dalam mengendalikan perilaku kekerasan. Bila dilihat dari nilai signifikansi $p = 0.089$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara intervensi ACT dengan AT.

4. Karakteristik perilaku kekerasan pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi kelompok perlakuan (AACT, AT, ACT) dan kelompok kontrol

Pemberian intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mempunyai pengaruh terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia. Pengaruh masing-masing intervensi terhadap karakteristik perilaku kekerasan pasien dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 5.5 Distribusi Perilaku Kekerasan Sebelum dan Sesudah Diberikan *Assertive Acceptance Commitment Therapy (AACT)*

Komponen Perilaku Kekerasan	Sebelum (<i>Pre Test</i>) Sesudah (<i>Post Test</i>) %		Penurunan
	Jumlah Respon	Jumlah Respon	
a. Diri sendiri	3	0	100
b. Orang lain	11	0	100
c. Lingkungan	8	1	87.5
d. Verbal	12	1	91.67
Total	34	2	94.12

Tabel 5.5 menunjukkan hampir seluruh komponen perilaku kekerasan pasien menurun setelah diberikan AACT. Seluruh perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain menurun. Hampir seluruh perilaku kekerasan secara verbal dan perilaku kekerasan pada lingkungan menurun setelah diberikan AACT.

Tabel 5.6 Distribusi Perilaku Kekerasan Sebelum dan Sesudah Diberikan *Assertive Therapy* (AT)

Komponen Perilaku Kekerasan	Sebelum (<i>Pre Test</i>)	Sesudah (<i>Post Test</i>)	% Penurunan
	Jumlah Respon	Jumlah Respon	
a. Diri sendiri	1	0	100
b. Orang lain	7	1	85.71
c. Lingkungan	11	3	72.73
d. Verbal	20	11	45
Total	39	15	61.54

Tabel 5.6 menunjukkan sebagian besar perilaku kekerasan pasien menurun setelah diberikan AT. Perubahan terbesar ada pada perilaku kekerasan pada diri sendiri yang menurun seluruhnya. Hampir seluruh perilaku kekerasan pada orang lain menurun dan perilaku kekerasan pada lingkungan sebagian besar menurun. Hampir setengah perilaku kekerasan secara verbal menurun.

Tabel 5.7 Distribusi Perilaku Kekerasan Sebelum (*Pre Test*) dan Sesudah (*Post Test*) Diberikan *Acceptance Commitment Therapy* (ACT)

Komponen Perilaku Kekerasan	Sebelum (<i>Pre Test</i>)	Sesudah (<i>Post Test</i>)	% Penurunan
	Jumlah Respon	Jumlah Respon	
a. Diri sendiri	3	1	66.67
b. Orang lain	6	3	50
c. Lingkungan	9	3	33.33
d. Verbal	20	10	50
Total	38	17	55.26

Tabel 5.7 menunjukkan sebagian besar perilaku kekerasan pada diri sendiri menurun setelah diberikan ACT. Perilaku kekerasan pada lingkungan dan perilaku kekerasan secara verbal menurun setengahnya. Sebagian besar perilaku kekerasan pada diri sendiri menurun sedangkan perilaku kekerasan pada lingkungan menurun hampir setengah.

Tabel 5.8 Distribusi Perilaku Kekerasan Sebelum (*Pre Test*) dan Sesudah (*Post Test*) Diberikan Standar Pelaksanaan (SP)

Komponen Perilaku Kekerasan	Sebelum (<i>Pre Test</i>)		Sesudah (<i>Post Test</i>)	% Penurunan
	Jumlah Respon		Jumlah Respon	
a. Diri sendiri	3		1	66.67
b. Orang lain	10		3	70
c. Lingkungan	2		2	0
d. Verbal	12		14	-14.29
Total	37		20	45.95

Pada tabel 5.8 didapatkan hasil sebagian besar perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain menurun setelah diberikan standar pelaksanaan pada kelompok kontrol. Tetapi perilaku kekerasan pada lingkungan tidak ada penurunan sedangkan perilaku kekerasan secara verbal malah cenderung meningkat.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan dibahas bagaimana pengaruh AACT terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia. AACT merupakan kombinasi dari dua intervensi yang sudah ada sebelumnya yaitu AT dan ACT. Dari hasil uji anova pada bab lima didapatkan bahwa AACT mempunyai pengaruh yang lebih signifikan bila dibandingkan dengan dua intervensi pada kelompok perlakuan AT dan ACT maupun kelompok kontrol yang menggunakan intervensi standar yang ada di rumah sakit dimana penelitian ini dilakukan.

Pada bab ini juga membahas bagaimana setiap intervensi kelompok perlakuan (AACT, AT dan ACT) dan kelompok kontrol mempunyai pengaruh terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

6.1 Pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Hebefrenik

AACT sebagai salah satu intervensi yang dilakukan selama tujuh sesi dalam penelitian ini, mengintegrasikan dua intervensi yang sudah ada sebelumnya yaitu AT (lima sesi) dan ACT (empat sesi). Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh AACT terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

Kategori perilaku kekerasan terbesar sebelum diberikan intervensi AACT secara berurutan ada pada kategori perilaku kekerasan secara verbal, perilaku

kekerasan pada orang lain, lingkungan dan diri sendiri. Setelah diberikan intervensi AACT perilaku kekerasan turun di semua katagori.

Perilaku kekerasan pada diri sendiri sebelum diberikan AACT, pasien menyatakan perasaan dan menunjukkan keinginan untuk tidak hidup (seperti “saya berharap saya mati”). Secara verbal pasien mengancam dan mempunyai rencana untuk melukai diri sendiri serta mencoba mencederai diri tanpa membahayakan (seperti menyayat permukaan kulit). Setelah diberikan AACT perilaku kekerasan pasien pada diri sendiri sudah tidak ada lagi.

Perilaku kekerasan pada orang lain yang dominan sebelum intervensi adalah menyentuh orang lain dengan mengancam tanpa melukainya, mendekati orang lain dengan mengancam saja tanpa menyentuh serta melukai fisik orang lain tapi tidak serius dan tidak membutuhkan perawatan medis. Setelah diberikan intervensi AACT, pasien sudah tidak melakukan perilaku kekerasan yang diarahkan pada orang lain.

Perilaku kekerasan pada lingkungan yang terbanyak sebelum diberikan AACT adalah menggunakan harta benda dengan cara yang membahayakan tanpa merusak harta benda tersebut (seperti membanting pintu, mendorong kursi) sampai merusak harta tanpa mengabaikan harta benda milik pribadi atau milik rumah sakit sehingga barang tersebut rusak. Setelah diberikan intervensi AACT perilaku kekerasan pada lingkungan masih ada yaitu menggunakan harta benda dengan cara membahayakan tanpa merusak harta benda tersebut (misalnya membanting pintu dan mendorong kursi). Disamping itu frekwensi perilaku kekerasannya setelah diberikan AACT berkurang.

Perilaku kekerasan secara verbal merupakan nilai yang paling besar sebelum intervensi dimana pasien terlibat dalam argumentasi verbal yang keras menggunakan kata-kata penghinaan atau kutukan, pasien mengancam secara verbal untuk melukai orang lain tanpa ada rencana melakukannya atau sekedar menunjukkan permusuhan ringan (menggunakan gurauan yang menunjukkan permusuhan). Setelah diberikan intervensi hanya ada satu komponen perilaku kekerasan verbal pasien yang muncul dengan frekwensi satu kali yaitu menunjukkan permusuhan ringan (menggunakan gurauan yang menunjukkan permusuhan).

AACT diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan secara bersama-sama dalam suatu kelompok yang terdiri dari delapan responden, sehingga pasien dapat saling memberikan dukungan dalam berperilaku asertif dan mempunyai penerimaan terhadap kejadian yang menyebabkan munculnya pikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan untuk dapat menjalani kehidupan lebih bermakna dengan berkomitmen melakukan perilaku yang lebih baik.

Penurunan perilaku kekerasan pasien yang diberikan AACT meliputi aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Perubahan kognitif terkait dengan perkembangan kemampuan dan keterampilan intelektual. Aspek kognitif pada intervensi ini adalah mengajak pasien mampu mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perasaan yang muncul serta dampak akibat pikiran dan perasaan (sesi 1) dan mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalamannya (sesi 2). Perubahan afektif terkait dengan perubahan minat, sikap, nilai-nilai dan kemampuan menyesuaikan diri pasien setelah diberikan intervensi. Aspek afektif dilakukan dengan melatih pasien mengungkapkan pikiran, perasaan, kebutuhan dan keinginannya (sesi 3),

mengeksplorasi kemarahan dengan menyatakan “tidak” untuk sesuatu yang tidak rasional beserta alasannya (sesi 4) dan menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih pasien (sesi 5). Perubahan psikomotor dilakukan dengan melatih pasien melakukan perubahan perilaku yaitu melatih pasien mempertahankan perilaku asertif pada berbagai situasi (sesi 6) dan melatih pasien berkomitmen untuk mencegah kekambuhan (sesi 7). Hal ini sesuai dengan pernyataan Bloom dalam As'ari Djohar (2003) dimana ada tiga kategori dalam perubahan domain perilaku individu yaitu kognitif, afektif dan psikomotor.

Bloom dalam As'ari Djohar (2003) menyatakan bahwa kemampuan kognitif seperti pengetahuan dan keterampilan berpikir serta kemampuan afektif yang berfokus pada perasaan dan emosi sangat membantu pasien untuk menyadari bahwa perilaku yang dilakukan merugikan dirinya sendiri sehingga ketika pasien menyadari dan menerima dirinya harus berubah menjadi lebih baik lagi maka gejala perilaku kekerasan yang ditimbulkan akan menurun seiring meningkatnya kesadaran diri klien.

Kemampuan secara kognitif dapat dilihat bagaimana pasien mampu menjelaskan, menguraikan kejadian yang tidak menyenangkan yang menjadi stressor. Secara afektif pasien mampu menilai kejadian dan menerima kondisi yang dapat menjadikan stressor menjadi lebih buruk. Secara psikomotor klien memilih kegiatan atau perilaku yang dapat memperbaiki kondisinya dan melakukan kegiatan yang dipilihnya.

Kemampuan yang diajarkan kepada pasien yang diberikan AACT berdampak pada penurunan perilaku kekerasan pasien. AACT bertujuan untuk melatih pasien berperilaku asertif, mempunyai penerimaan terhadap kejadian yang menyebabkan

terjadi pikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan untuk dapat menjalani kehidupan lebih bermakna dan berkomitmen mempertahankan perilaku yang adaptif.

Evaluasi kemampuan pasien dilakukan dengan cara pengamatan langsung pada saat pasien mengikuti sesi terapi yang didokumentasikan pada lembar observasi tiap sesi dan setelah pemberian terapi dilakukan dengan pengamatan menggunakan lembar observasi respon perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 (tiga) hari berturut-turut pada 3 shif jaga.

Teknik yang digunakan dalam intervensi AACT ini adalah *modeling* dan *role play*. Teknik *modeling* dilakukan agar responden mengerti mengenai perilaku adaptif dengan cara melihat contoh terlebih dahulu agar dapat ditiru oleh responden, sedangkan *role play* dilakukan agar responden bukan hanya mengerti mengenai perilaku adaptif tetapi juga memahami dan dapat mempraktekkan atau menerapkan perilaku tersebut dalam kehidupan sehari-hari. Peneliti menjelaskan tujuan tiap sesi, kemudian mencontohkan perilaku yang diharapkan dan memberi kesempatan responden untuk mempraktekkan dalam kelompok. Masukan kelompok dijadikan bahan untuk perbaikan. Kemudian peneliti melakukan tindak lanjut dengan memberi kesempatan kepada responden untuk mempraktekkan perilaku adaptif yang didapat dalam tiap sesi kegiatan dalam kehidupan sehari-hari. Teknik *modeling* dan *role play* sangat efektif dalam pemberian intervensi karena responden tidak hanya mngerti, tapi tahu apa yang harus dilakukan kemudian mencoba untuk mempraktekkan.

AACT dalam penelitian ini diberikan sebanyak tujuh sesi selama tujuh hari berturut-turut. Hal ini sesuai dengan pernyataan Stuart&Laraia (2005) bahwa

perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan oleh pasien.

6.2 Pengaruh *Assertive Therapy* (AT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia

AT merupakan salah terapi dasar yang digunakan peneliti pada intervensi AACT untuk mengendalikan perilaku kekerasan pasien. Hasil analisis dan interpretasi data yang dilakukan pada kelompok perlakuan AT sebelum dan setelah intervensi mempunyai pengaruh terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

Perilaku kekerasan terbesar sebelum diberikan intervensi secara berurutan ada pada katagori perilaku kekerasan secara verbal, perilaku kekerasan pada lingkungan, orang lain dan diri sendiri. Setelah diberikan intervensi perilaku kekerasan turun di semua katagori. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dimana pasien menyatakan keinginannya untuk tidak hidup seperti “saya berharap saya mati” sudah tidak ada lagi.

Perilaku kekerasan pada orang lain yang dominan sebelum intervensi adalah menyentuh orang lain dengan mengancam, melukai fisik orang lain yang tidak serius (memukul pasien lain tanpa meninggalkan cedera) maupun mendekati orang lain dengan mengancam saja tanpa menyentuh. Setelah intervensi perilaku kekerasan pasien pada orang lain hanya dengan mengancam tanpa menyentuh mereka.

Perilaku kekerasan pada lingkungan yang terbanyak adalah mengancam, merusak barang-barang dengan atau tanpa rencana melakukannya, menggunakan

harta benda dengan cara yang membahayakan tanpa merusak harta benda tersebut sampai merusak harta benda tersebut. Setelah diberikan intervensi masih ada pasien yang melakukan perilaku kekerasan pada lingkungan dengan merusak barang-barang dan menggunakan harta benda dengan cara membahayakan tanpa merusak harta benda tersebut (misalnya membanting pintu dan mendorong kursi).

Perilaku kekerasan secara verbal merupakan nilai yang paling besar sebelum intervensi dimana pasien terlibat dalam argumentasi verbal yang keras menggunakan kata-kata penghinaan atau kutukan, pasien mengancam secara verbal untuk melukai orang lain tanpa ada rencana melakukannya atau sekedar menunjukkan permusuhan ringan (menggunakan gurauan yang menunjukkan permusuhan). Setelah diberikan intervensi seluruh komponen perilaku kekerasan verbal pasien masih ada seperti sebelum diberikan intervensi namun intensitasnya berkurang.

Latihan asertif (*Assertiveness Training*) merupakan komponen dari terapi perilaku dimana individu belajar mengkomunikasikan kebutuhan, menolak permintaan dan mengekspresikan perasaan positif dan negatif secara terbuka, jujur, langsung dan sesuai dengan pemahaman (Fortinas, 2003). Tujuan AT salah satunya adalah pasien dapat mengekspresikan sesuatu secara verbal dan non verbal, mengekspresikan kebutuhan dan hak dengan mempelajari prosedur kognitif, afektif dan perilaku untuk meningkatkan kemampuan interpersonal (Kaplan & Sadock, 2008).

Terapi asertif melatih individu menerima diri sebagai orang yang mengalami marah dan membantu mengeksplorasi diri dalam menemukan alasan marah. Penurunan perilaku kekerasan pada pasien yang diberikan intervensi AT lebih

banyak pada aspek perilaku dan emosi. Hal ini disebabkan karena AT merupakan salah satu jenis terapi yang khusus melatih perubahan perilaku. Perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga lebih mudah dilakukan oleh pasien (Stuart&Laraia, 2005).

Terapi asertif diberikan dalam lima sesi selama lima hari berturut-turut. Pada sesi pertama pasien dilatih untuk dapat mengungkapkan pikiran dan perasaan, sesi kedua pasien dilatih untuk mengungkapkan kebutuhan dan keinginannya serta cara memenuhinya, sesi ketiga pasien dilatih untuk mengekspresikan, sesi keempat pasien dilatih untuk mengatakan “tidak” untuk permintaan yang tidak rasional dengan menyampaikan alasan dan sesi ke lima pasien dilatih untuk dapat mempertahankan perubahan perilaku asertif dalam berbagai situasi.

Mengenali diri akan membuat seseorang mempunyai kesadaran akan dirinya sendiri, mempunyai motivasi dan kendali terhadap dorongan emosi. Pasien diharapkan mempunyai kecerdasan emosi dimana pasien akan mempunyai kemampuan memahami orang lain, membina hubungan dengan orang lain, mempunyai kemampuan berkomunikasi secara efektif dan bekerjasama. Sikap asertif yang dimiliki pasien akan membantu pasien untuk mempunyai kemampuan mengungkapkan pikiran dan perasaannya secara langsung dan jujur serta menerima apa yang menjadi kebutuhan, pikiran dan perasaan orang lain.

Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan bahwa AT mempunyai pengaruh dalam mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia. Hasil penelitian ini sejalan dengan pernyataan Albery dalam Gunarsah (2011) yang menyatakan bahwa latihan asertif yang diberikan pada pasien berguna untuk melatih penyesuaian sosial dalam mengekspresikan sikap, perasaan, pendapat dan

haknya. Latihan asertif merupakan salah satu teknik yang dapat dilakukan perawat untuk membantu seseorang yang kesulitan mengekspresikan perasaan dan membedakan sikapnya ke dalam perilaku baik atau buruk. Duckworth dan Mercer (2006) mengatakan bahwa latihan asertif adalah metode yang efektif diterapkan pada individu yang berperilaku agresif, karena latihan asertif menekankan pada *modeling* dan *role play* yang dimana terapis mencontohkan terlebih dahulu perilaku asertif yang dipelajari diiringi dengan penjelasan mengenai perilaku tersebut (*modeling*), kemudian mempraktekkan kembali perilaku tersebut dengan bermain peran dalam kelompoknya mengenai apa yang telah dicontohkan terapis (*role play*).

Penurunan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia setelah diberikan AT pada penelitian ini tidak lepas dari teknik *modeling* dan *role play* yang dilakukan peneliti selama intervensi berlangsung. Teknik *modeling* dan *role play* yang dilakukan pada intervensi AT sama dengan yang dilakukan peneliti sebelumnya. Dimana peneliti menjelaskan terlebih dahulu, memberi contoh dan memberi kesempatan responden untuk mempraktekkan perilaku asertif yang diajarkan dalam kehidupan sehari-hari.

Pemahaman mengenai sikap asertif dan kemampuan mempraktekkan perilaku asertif dapat menurunkan perilaku kekerasan pasien. AT merupakan salah satu terapi yang mendasari AACT sebagai intervensi utama yang dilakukan pada penelitian ini.

6.3 Pengaruh *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Hebefrenik

Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan perilaku kekerasan pasien sebelum dan setelah intervensi ACT. ACT merupakan salah satu intervensi yang mendasari AACT.

Perilaku kekerasan terbesar sebelum diberikan intervensi secara berurutan ada pada katagori perilaku kekerasan secara verbal, perilaku kekerasan pada lingkungan, orang lain dan diri sendiri. Setelah diberikan intervensi perilaku kekerasan turun di semua katagori. Penurunan perilaku kekerasan terbanyak secara berurutan ada pada katagori perilaku kekerasan pada diri sendiri, lingkungan, orang lain dan perilaku kekerasan secara verbal.

Perilaku kekerasan pada diri sendiri menunjukkan penurunan yang paling besar dimana pasien secara verbal mengancam melukai diri sendiri tanpa atau dengan rencana untuk melakukannya. Pasien tersebut masih tetap dalam observasi ketat terkait dengan adanya resiko bunuh diri. Hal ini terkait dengan salah satu Rumah Sakit Jiwa Menur dimana kejadian pasien bunuh diri adalah 0%.

Perilaku kekerasan pada orang lain yang dominan sebelum intervensi adalah menyentuh orang lain dengan mengancam tanpa melukainya dan mendekati orang lain dengan mengancam saja tanpa menyentuh. Setelah intervensi, perilaku kekerasan pasien pada orang lain masih pada jenis yang sama tetapi frekwensinya yang menurun.

Perilaku kekerasan pada lingkungan yang terbanyak adalah mengancam merusak barang-barang tanpa rencana melakukannya, menggunakan harta benda dengan cara yang membahayakan tanpa merusak harta benda tersebut sampai

merusak harta benda tersebut. Setelah diberikan intervensi perilaku kekerasan pada lingkungan masih ada yaitu menggunakan harta benda dengan cara membahayakan tanpa merusak harta benda tersebut (misalnya membanting pintu dan mendorong kursi).

Perilaku kekerasan secara verbal merupakan nilai yang paling besar sebelum intervensi dimana pasien terlibat dalam argumentasi verbal yang keras menggunakan kata-kata penghinaan atau kutukan, pasien mengancam secara verbal untuk melukai orang lain tanpa ada rencana melakukannya atau sekedar menunjukkan permusuhan ringan (menggunakan gurauan yang menunjukkan permusuhan). Setelah diberikan intervensi seluruh komponen perilaku kekerasan verbal pasien masih ada seperti sebelum diberikan intervensi namun intensitasnya berkurang.

ACT merupakan terapi yang membantu pasien mengendalikan perilaku dengan menggunakan penerimaan psikologi sebagai strategi koping dalam situasi stres internal maupun eksternal yang tidak mudah diatasi (Hayes, et al. 2005). Terapi ini bertujuan mengajarkan penerimaan terhadap pikiran dan perasaan yang tidak diinginkan dan melatih pasien untuk berkomitmen mempertahankan perilaku adaptif berdasarkan nilai yang dipilih oleh pasien (Hayes, et al. 2005).

ACT dilakukan empat sesi selama empat hari berturut-turut. Pada sesi satu pasien diajak untuk dapat mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perasaan yang muncul serta dampak perilaku dan perasannya. Sesi ke dua pasien diajak untuk mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman yang dimiliki pasien. Sesi ketiga pasien dilatih untuk menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang telah

dipilih. Pada sesi ke empat pasien diajari untuk mempunyai komitmen untuk mempertahankan perilaku adaptif.

ACT yang diberikan pada pasien kelompok perlakuan mempunyai pengaruh terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Dian (2014) yang menyatakan ACT dapat menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan. Pada penelitiannya, Dian mengajari pasien skizofrenia untuk melakukan perubahan perilaku yang maladaptif. Pasien dibantu menjalani kehidupan lebih bermakna dengan menghilangkan perilaku yang kurang menyenangkan atau mengganggu dengan menerima kondisinya kemudian berkomitmen untuk mempertahankan perilaku adaptif melalui proses komunikasi terapeutik (Vascolaris, 2010; Stuart, 2012).

Komitmen adalah apa yang penting untuk individu dan ketika melakukan komitmen maka pasien akan menggarisbawahi pilihan yang sudah dibuat (Stuart & Sundeen, 1991). Komitmen akan mempengaruhi respon emosi dan koping individu untuk beraksi terhadap adanya stressor. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Savender (2007) yang menyatakan terapi ACT pada 15 orang dengan perilaku marah didapatkan hasil adanya penurunan perilaku marah yang signifikan sebesar 53.49%. Pada penelitian ini, kemampuan yang dinilai adalah kemampuan pasien secara kognitif, afektif dan psikomotor selama mengikuti terapi. Bloom dalam As'ari Djohar (2003) mengatakan ada tiga kategori dalam domain perilaku individu yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Domain kognitif berkenaan dengan perkembangan kecakapan dan keterampilan intelektual. Domain afektif berkenaan dengan perubahan minat, sikap, nilai-nilai,

perkembangan apresiasi dan kemampuan menyesuaikan diri. Domain psikomotor berkenaan dengan keterampilan gerak. Cara mengevaluasi kemampuan pasien setelah pemberian terapi dengan pengamatan menggunakan lembar observasi yang dilakukan langsung oleh peneliti.

Hasil penelitian tersebut selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan peneliti. Pada ACT peneliti mengajarkan pasien untuk secara kognitif mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perasaan yang muncul serta dampak atau akibat pikiran dan perasaan tersebut pada sesi satu dan mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalamannya pada sesi dua. Pada sesi tiga secara psikomotor pasien dilatih untuk menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih. Pada sesi terakhir (sesi empat) pasien diajak untuk mempunyai komitmen mencegah perilaku buruk berulang.

Bloom dalam As'ari Djohar (2003) menyatakan bahwa kemampuan kognitif seperti pengetahuan dan keterampilan berpikir serta kemampuan afektif yang berfokus pada perasaan dan emosi sangat membantu pasien untuk menyadari bahwa perilaku yang dilakukan merugikan dirinya sendiri. Ketika pasien menyadari dan menerima dirinya harus berubah menjadi lebih baik akan menurunkan gejala perilaku kekerasan dan meningkatkan kesadaran diri klien.

Kemampuan secara kognitif dapat dilihat bagaimana pasien mampu menjelaskan, menguraikan kejadian yang tidak menyenangkan yang menjadi stressor. Secara afektif pasien mampu menilai kejadian dan menerima kondisi yang dapat menjadikan stressor menjadi lebih buruk. Secara psikomotor klien memilih kegiatan atau perilaku yang dapat memperbaiki kondisinya dan melakukan kegiatan yang dipilihnya. Serangkaian kemampuan yang diajarkan

kepada pasien pada ACT berdampak pada penurunan perilaku kekerasan pasien. Hal ini sesuai dengan tujuan dari ACT yaitu mengajarkan penerimaan terhadap kejadian yang menyebabkan terjadi pikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan untuk dapat menjalani kehidupan lebih bermakna dengan berkomitmen melakukan perilaku yang lebih baik.

Evaluasi kemampuan pasien dilakukan dengan cara pengamatan langsung saat pasien mengikuti sesi terapi yang didokumentasikan pada lembar observasi tiap sesi dan setelah pemberian terapi dilakukan dengan pengamatan perilaku kekerasannya menggunakan lembar observasi respon perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 (tiga) hari berturut-turut pada 3 (tiga) shif jaga.

Evaluasi kemampuan pasien yang dilakukan oleh peneliti sesuai dengan pernyataan Ryan (1980) yang menyatakan untuk menilai hasil belajar dilakukan melalui pengamatan langsung dan penilaian tingkah laku peserta didik selama proses pembelajaran praktik berlangsung dan beberapa waktu sesudah pembelajaran selesai.

6.4 Pengaruh Strategi Pelaksanaan (SP) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Hebefrenik

Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan perilaku kekerasan pasien kelompok kontrol yang diberikan terapi standar (SP) di rumah sakit sebelum (pre) dan setelah (post) intervensi. Standar Pelaksanaan (SP) juga berperan dalam menurunkan perilaku kekerasan, hanya saja penurunan tidak sebesar dibandingkan bila pasien diberikan terapi lanjutan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003) dimana pasien perilaku kekerasan

yang diberikan terapi generalis dapat meningkatkan kemampuan sebesar 86,6% dalam mencegah perilaku kekerasan. Tapi bila dibandingkan dengan pasien yang diberikan ACT, pasien yang diberikan Strategi Pelaksanaan (SP) sebagai kelompok kontrol penurunan gejala perilaku kekerasan hanya sebesar 23,77%.

Perilaku kekerasan terbesar sebelum diberikan intervensi secara berututan ada pada katagori perilaku kekerasan secara verbal, perilaku kekerasan pada orang lain, diri sendiri dan lingkungan. Setelah diberikan intervensi perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain turun, tapi perilaku kekerasan pada lingkungan tetap ada dan perilaku kekerasan secara verbal cenderung meningkat.

Perilaku kekerasan pada diri sendiri setelah diberikan SP adalah pasien secara verbal mengancam melukai diri sendiri tanpa atau dengan rencana untuk melakukannya. Setelah diberikan intervensi katagori perilaku kekerasan pada diri sendiri masih ada, namun frekwensinya berkurang yaitu pasien secara verbal mengancam melukai diri sendiri tanpa rencana untuk melakukannya. Pasien tetap dalam obvervasi dengan resiko bunuh diri.

Perilaku kekerasan pada orang lain yang dominan sebelum intervensi adalah menyentuh orang lain dengan mengancam tanpa melukainya, mendekati orang lain dengan mengancam saja tanpa menyentuh serta melukai fisik orang lain tapi tidak serius dan tidak membutuhkan perawatan medis. Setelah diberikan intervensi, katagori perilaku kekerasan pada orang lain masih ada tetapi frekwensinya berkurang.

Katagori perilaku kekerasan pada lingkungan sebelum dan sesudah intervensi adalah menggunakan harta benda dengan cara yang membahayakan tanpa

merusak harta benda tersebut (seperti membanting pintu, mendorong kursi). Frekwensi respon perilaku kekerasan setelah diberikan intervensi tetap.

Perilaku kekerasan secara verbal merupakan nilai yang paling besar sebelum intervensi dimana pasien terlibat dalam argumentasi verbal yang keras menggunakan kata-kata penghinaan atau kutukan, pasien mengancam secara verbal untuk melukai orang lain tanpa ada rencana melakukannya atau sekedar menunjukkan permusuhan ringan (menggunakan gurauan yang menunjukkan permusuhan). Setelah diberikan intervensi komponen perilaku kekerasan verbal pasien masih sama dengan frekwensi yang lebih tinggi dibandingkan sebelum diberikan intervensi.

Standar Pelaksanaan (SP) sebagai salah satu terapi yang diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi perilaku kekerasannya, kemudian mengajarkan mengontrol perilaku kekerasannya baik secara fisik, verbal, spiritual dan penggunaan obat. SP sebagai intervensi standar yang diberikan pada pasien perilaku kekerasan mampu membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan pasien karena dilakukan secara berulang dan terus menerus. Hal ini sesuai dengan pendapat Goetz (1981) dalam penelitiannya yang melaporkan bahwa latihan yang dilakukan berulang-ulang akan memberikan pengaruh yang sangat besar pada pematangan keterampilan.

6.5 Perbedaan Kelompok Intervensi *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT), *Assertive Therapy* (AT), *Acceptance Commitment Therapy* (ACT) dan Kelompok Kontrol yang Diberikan Strategi Pelaksanaan (SP) Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia

Hasil Uji *Anova* menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan (AACT, AT dan ACT) mempunyai pengaruh yang lebih signifikan dalam mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia bila dibandingkan intervensi standar (SP) yang diberikan pada kelompok kontrol. Hal ini dapat dilihat dari nilai *mean difference* kelompok perlakuan yang bernilai positif dibandingkan kelompok kontrol. Dari ketiga intervensi pada kelompok perlakuan, AACT mempunyai pengaruh yang paling signifikan dalam mengendalikan perilaku kekerasan pasien.

Pengaruh intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol didapatkan nilai $p < 0.05$ yang artinya intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan signifikan terhadap penurunan perilaku kekerasan. AACT mempunyai nilai signifikan yang paling kecil jika dibandingkan dengan kelompok perlakuan yang lainnya.

Bila dibandingkan dengan kelompok kontrol, AT mempunyai nilai $p = 0.046$ artinya AT mempunyai pengaruh dalam mengendalikan perilaku kekerasan. AT membantu pasien mempunyai kemampuan mengungkapkan pikiran dan perasaannya secara langsung dan jujur serta menerima apa yang menjadi kebutuhan, pikiran dan perasaan orang lain.

ACT dibandingkan dengan kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0.038$ artinya ACT lebih berpengaruh dalam mengendalikan perilaku kekerasan.

ACT membantu mengajarkan penerimaan terhadap kejadian yang menyebabkan terjadi pikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan untuk dapat menjalani kehidupan lebih bermakna dengan berkomitmen melakukan perilaku yang lebih baik.

AACT dibandingkan dengan kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0.003$ artinya AACT mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia. Nilai signifikan AACT lebih kecil dibandingkan dengan AT dan ACT. Artinya AACT paling signifikan dalam mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

Semua intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan melatih kemampuan pada tiga aspek yaitu kognitif, afektif dan psikomotor untuk membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasaannya. Tapi masing-masing intervensi pada kelompok perlakuan mempunyai kelebihan dan kelemahannya. AT lebih banyak membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan pada aspek psikomotor, dimana pasien diajarkan bagaimana berperilaku asertif dalam menghadapi peristiwa yang tidak menyenangkan. Tapi pasien tidak banyak diajarkan bagaimana mempunyai penerimaan dan komitmen mempertahankan perilaku asertifnya.

ACT mempunyai pengaruh dalam mengendalikan perilaku kekerasan lebih banyak pada melatih kemampuan untuk mempunyai penerimaan dan komitmen dalam mempertahankan perilaku adaptif yang ada. ACT sangat sedikit sekali melatih kemampuan berperilaku asertif dalam menghadapi peristiwa yang tidak menyenangkan. Padahal perilaku kekerasan muncul karena pasien menampilkan perilaku destruktif dalam menghadapi masalahnya.

AACT melatih pasien berperilaku asertif dan mempunyai penerimaan terhadap kejadian yang tidak menyenangkan untuk dapat menjalani kehidupan lebih bermakna serta berkomitmen mempertahankan perilaku yang adaptif. AACT sebagai intervensi yang diberikan pada pasien perilaku kekerasan merupakan integrasi antara AT dan ACT yang diberikan dalam tujuh sesi selama tujuh hari berturut-turut. Terapi ini akan memberikan hasil yang lebih baik dalam membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasannya apabila dilakukan secara terus menerus. Hal ini sesuai dengan pendapat Leighbody (1968) menjelaskan bahwa keterampilan yang dilatih melalui praktik secara berulang-ulang akan menjadi kebiasaan atau otomatis dilakukan. Pasien diberikan terapi lanjutan agar ketrampilannya semakin meningkat dengan berperilaku asertif dan mempunyai komitmen mempertahankan perilaku yang adaptif.

6.6 Temuan Penelitian

Penulis melakukan intervensi AACT dalam penelitian ini, untuk membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasannya. AACT merupakan integrasi antara AT dan ACT. Penelitian terdahulu menyebutkan bahwa AT dan ACT masing-masing mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pengendalian perilaku kekerasan.

AT sebagai salah satu terapi dasar dalam AACT diberikan pada pasien perilaku kekerasan dengan tujuan agar pasien belajar mengungkapkan perasaan marahnya secara tepat dan asertif sehingga pasien mampu menyatakan apa yang diinginkan. Dengan perilaku asertif pasien dapat mengekspresikan emosinya dengan tepat, jujur, terus terang tanpa perasaan cemas kepada orang lain.

ACT merupakan intervensi yang juga menjadi dasar dari AACT. ACT membantu pasien menciptakan penerimaan terhadap pikiran dan perasaan yang tidak diinginkan dan melatih pasien untuk berkomitmen mempertahankan perilaku adaptif berdasarkan nilai yang dipilih oleh pasien.

AACT merupakan alternatif terapi yang bisa diterapkan pada pasien perilaku kekerasan. AACT terdiri dari tujuh sesi yang mengintegrasikan tahapan dari AT (5 sesi) dan ACT (4 sesi). Sebelum diterapkan pada pasien perilaku kekerasan, peneliti melakukan diskusi dengan pembimbing dan perawat senior praktisi di rumah sakit dimana penelitian ini dilakukan. Hasil penelitian pada pasien perilaku kekerasan didapatkan bahwa AACT mempunyai pengaruh yang paling baik dalam mengendalikan perilaku kekerasan dibandingkan dengan AT, ACT dan kelompok kontrol.

6.7 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki oleh penulis antara lain

1. Responden dalam penelitian ini seluruhnya berjenis kelamin laki-laki sehingga belum bisa membandingkan respon perilaku kekerasan pada responden perempuan.
2. Pelaksanaan intervensi dilakukan di Ruang Gelatik (kelompok perlakuan AT dan AACT) dan Ruang Kenari (kelompok perlakuan ACT dan kelompok kontrol). Masing-masing responden berada pada blok yang berbeda. Meskipun responden berada pada blok yang terpisah, responden masih bisa saling berinteraksi satu sama lain dalam ruang rawat inap.

3. Penelitian ini hanya dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, sehingga tidak bisa digeneralisasi.

BAB 7

PENUTUP

Bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran hasil penelitian tentang pengaruh *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) terhadap kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

7.1 Kesimpulan

Pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan pada penelitian ini terdiri dari tiga kelompok perlakuan dan satu kelompok kontrol mampu mengendalikan perilaku kekerasannya.

1. *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) memberikan ketrampilan kepada pasien untuk berperilaku asertif, selanjutnya pasien juga diajari bagaimana menerima masalah yang membuat pasien melakukan perilaku kekerasan berulang dan akhirnya mempunyai komitmen untuk mempertahankan perilaku asertifnya.
2. *Assertive Therapy* (AT) dapat mengendalikan perilaku kekerasan pasien dengan melatih mengekspresikan sikap, perasaan, pendapat dan haknya secara verbal dan nonverbal, meningkatkan kemampuan interpersonal untuk berperilaku asertif, memahami bahwa perilaku agresif harus dikendalikan dan mengekspresi marah secara asertif. Intervensi AT belum melatih pasien bagaimana mempunyai komitmen untuk mempertahankan perilaku adaptifnya

3. *Acceptance Commitment Therapy (ACT)* mengajarkan penerimaan terhadap pikiran dan perasaan yang tidak diinginkan dan tidak bisa dikontrol, menjalani kehidupan yang lebih bermakna tanpa harus menghilangkan pikiran-pikiran kurang menyenangkan serta melatih berkomitmen mempertahankan nilai positif dan perilaku asertif yang dipilih oleh pasien. Pasien perilaku kekerasan yang diberikan intervensi ACT tidak banyak diajarkan tentang perilaku asertif untuk mengatasi perilaku kekerasannya.
4. Kelompok kontrol dalam penelitian ini tetap diberikan intervensi standar yang biasa diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur yaitu menggunakan Standar Pelaksanaan (SP). Kelompok kontrol yang diberikan intervensi SP juga mampu mengendalikan perilaku kekerasannya karena SP mengajari pasien mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat perilaku kekerasan dan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik 1: tarik nafas dalam, fisik 2: memukul bantal, cara verbal, cara spiritual dan minum obat.
5. *Assertive Acceptance Commitment Therapy (AACT)* lebih efektif untuk mengendalikan perilaku kekerasan pasien skizofrenia dibandingkan dengan kelompok perlakuan yang lain (AT dan ACT) dan kelompok kontrol. AACT tidak hanya mengajari pasien untuk berperilaku asertif tetapi pasien juga diajari untuk mempunyai penerimaan dan komitmen mempertahankan perilaku asertifnya.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) dapat dikembangkan sebagai salah satu alternatif terapi untuk mengendalikan perilaku kekerasan dan menurunkan kekambuhan pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan. Perlu modul pelaksanaan *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) yang dapat diterapkan di tatanan pelayanan kesehatan melalui *evidence based* yang dikembangkan bekerjasama antara institusi pendidikan dan institusi pelayanan kesehatan.
2. Pengembangan penelitian *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) sebagai salah satu intervensi mengendalikan perilaku kekerasan dengan melibatkan keluarga.
3. Pengembangan penelitian *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT) di pelayanan kesehatan masyarakat dengan melakukan pelatihan pada perawat Puskesmas bekerjasama dengan perawat di rumah sakit jiwa untuk bersama-sama membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan saat pasien berada di rumah.
4. Seiring dengan perkembangan teknologi dan informasi di bidang kesehatan, AACT bisa dikembangkan menjadi intervensi berbasis komputer sehingga mudah diakses semua kalangan dengan biaya yang terjangkau.
5. Terapi yang diberikan pada pasien gangguan jiwa harus dilakukan secara berulang dan terus menerus agar pasien mempunyai kemampuan yang lebih

baik. Disamping itu perlu adanya umpan balik yang relevan dan motivasi secara terus menerus untuk memantapkan kebiasaan.

6. Keterlibatan keluarga atau orang terdekat pasien sangat diperlukan untuk mendukung perawatan pasien saat berada kembali di lingkungan keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alberti, R. dan Emmons, R., 2002. *Your Perfect Right: Panduan Praktis Hidup Lebih Ekspresif dan Jujur pada Diri Sendiri*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Aini, K., 2011. *Pengaruh Assertive Training Therapy terhadap Kemampuan Aserif Suami dan Risiko Kekerasan dalam Rumah Tangga di Bogor*. Jurnal. Jakarta: FIK-UI.
- Arikunto, S., 2006. *Prosedur penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta.
- As'ad & Sucipto., 2010. *Agresi Pasien dan Strategi Koping Perawat*. Jurnal Psikologi. 111
- Chien, W.T., Chan, S.W.C and Thompson, D.R., 2006. *Effects of a Mutual Support Group for Families Chinese People with Schizofrenia: 18-months follow up*. <http://bjp.repsych.org>. Diakses tanggal 20 Mei 2017.
- Citrome & Volavka., 2002. *Aggression Retrieval*. www.emedicine.com. Diakses tanggal 20 Mei 2017.
- Copel, Linda Carman., 2007. *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri Pedoman Klinis Perawat*. Jakarta: EGC.
- Corey, G., 2009. *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Cormier, W.H., & Cormier, L.S., 1985. *Interviewing Strategies for Helpers*. Monterey California: Brooks/Cole Publishing.
- Dharma Kelana, K., 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media
- Depkes, R.I., 2013. *Hasil Riskesdas 2013*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. [http://www.depkes .go.id/resource/download/general](http://www.depkes.go.id/resource/download/general)
- Direja, A.H.S., 2010. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P., 2005. *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. Oakland: New harbinger.
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI)., 2011. *Draf Standar Asuhan Keperawatan. Program Pendidikan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok*.
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI)., 2016. *Modul Keperawatan Jiwa. Program Magister dan Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok*.
- Fitria, N., 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Forkas, W.M., 1997. *Assertiveness Training with Individual Who Are Moderately and Midly Retarded*. University of The Pasific. Stockton. California. United Stated.
- Fontaine, K.L., 2009. *Mental Health Nursing*. 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Fortinash, K.L. 2009. *Psychiatric Mental Health Nursing*. St.Louis: Mosby
- Fransiska, 2011. *Mengenal Apa Itu Skizofrenia*. <http://m.kompasiana.com/post/medis/2012/12/02/>. Diakses tanggal 17 Mei 2017.
- Hawari, D., 2012. *Manejemen Stresd, Cemas dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hayes, S.C., & Smith, S., 2005. *Get our of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Hernawaty, T., Widiastuti, H.S., Hidayati, E., 2011. *Modul Modifikasi Terapi Kelompok Suportif pada Perilaku Kekerasan dengan Klien Skizofrenia*. Program Pendidikan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok
- Hidayati Nurul., 2012. *Bullying pada Anak: Analisa dan Altrenatif Solusi*. Insan Vol Nomor 01 hal 44-45.

- Hopkins, L., 2005. *Assertive Communication – 6 Tips for Effective Use*. <http://ErzineArticles.com/10259>. Diakses Tanggal 10 September 2017.
- <http://www.kemkes.go.id.Riskedas.Tahun2013>. Tanggal Publikasi: WEB 24 Februari 2016. Diakses Tanggal 10 Oktober 2017
- Isaacs, Ann., 2005. *Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatri*. Edisi 3. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kaplan, V.A., & Sadock, B.J., 2008. *Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 3rd Edition*. LWW; Third edition
- Khamida., 2013. *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Asertif Terhadap Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Berdasarkan Model Keperawatan Interaksi King*. Tesis. Universitas Airlangga. Tidak Dipublikasikan.
- Keliat, B.A., 2003. *Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor*. Disertasi. Universitas Indonesia.
- Keliat, B. A. & Akemat., 2006. *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B.A., 2006. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kusumawati, F. & Hartono, Y., 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lameshow, et al., 1997. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Penerjemah: Dibyong Pramono. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Loekmono, J. T., 2008. *Model-model Konseling*. Salatiga: Widya Sari.
- Maramis, W.F., 2011. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press
- Nasir, A. & Abdul, M., 2011. *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa, Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika
- Nelson, Richard & Jones., 2011. *Teori dan Praktis Konseling Dan Terapi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Nihayati, H.E. 2010. *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia yang Mengalami Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya*. Tesis. Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan
- NIM., 2011. *National Institute of Mental Health*. USA
- Nursalim, Mochammad, dkk., 2005. *Strategi Konseling*. Surabaya: Unesa University Press.
- Nursalam., 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Pendekatan Praktis. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Pitoyo., 2012. *Skizofrenia meningkat* . <http://www.poltekes-malang.ac.id/export/artikel.php?id=207&inp=print>. Diakses tanggal 17 Mei 2017
- Potter & Perry., 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktek*. Edisi 4. Alih Bahasa oleh Yasmin Asih. Jakarta: EGC
- Puri, Basant J., & Paul, J. Laking., 2011. *Buku ajar Psikiatri*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Purwanti., 2009. *Layanan Terapi Suportif Bagi Anak Tunalaras Tipe Social Withdrawal*. Jurnal Pendidikan Khusus. Volume 2. Nomor 2.
- Rahmawati, H. 2008. *Modifikasi Perilaku*. Malang: LP3 Universitas Negeri Malang.
- Rasmun., 2001. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi dengan Keluarga*. Jakarta: PT. Fajar Interpratama
- Riyadi, Sujono., & Purwanto, Teguh., 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Satroasmoro, S. & Ismail, S., 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 4. Jakarta: Sagung Seto.
- Singgih Gunarsa., 2011. *Konseling dan Psikoterapi*. Jakarta : Libri
- Stuart & Laraia., 2012. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta: EGC.

- Sudiatmika, I.K., 2011. *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy pada Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Sulistiowati Dian, N.D., Keliat, B.A & Wardani, I.Y., 2014. *Pengaruh Acceptance Commitment Therapy Terhadap Gejala dan Kemampuan Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. Jurnal Keperawatan Jiwa. Volume 2 Nomor 1. Diakses tanggal 8 November 2017.
- Sunardi., 2010. *Konsep Dasar Modifikasi Perilaku*. Makalah Modifikasi Perilaku. Bandung: PLB FIP UPI.
- Surtiningrum, A., 2011. *Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Bersosialisasi pada Klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Tesis. Universitas Indonesia.
- Susana, S.A & Hendarsih, S., 2012. *Terapi Modalitas*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Tomb., 2004. *Buku Saku Psikiatri*. Jakarta: EGC
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C., 2010. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing a Clinical Approach*. Missouri: Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.L., 2012. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Vinick, Barry Alan., 1983. *The effects of assertive training on aggression and self concept in conduct disordered adolescents Ph.D*. Dissertation. Memphis State University.
- Wahyuningsih, D., 2009. *Pengaruh Assertiveness Training (AT) terhadap Perilaku Kekerasan Klien Skozofrenia di RSUD Banyumas*. Tesis. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Wahyuningsih, D., 2011. *Modul Assertiveness Training (AT)*. Program Pendidikan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok.
- Wiyati, R., Wahyuningsih, D., Widayanti, E.D., 2010. *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Isolasi Sosial*. Jurnal Keperawatan Soedirman. 5 (2). 85-94.

Wilkinson, J.M., & Ahern, N.R., 2012. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA Intervention NIC Kriteria Hasil NOC*. Edisi Kesembilan. Jakarta: EGC

WHO., 2016. *The World Health Report 2016*. World Health Organization.

Yosep, I., 2011. *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi. Bandung: Refika Aditama.

Yusuf, Ah., Rizky Fitriyasaki, P.K. & Hanik, E.N., 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mahajaya Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913757, 5913752 Website: http://www.nrc.unair.ac.id e-mail : dekan_003@fkip.unair.ac.id	
Nomor	: K62 /JUN3.1.15/PPH/S2/2017	27 Desember 2017
Lampiran	: -	
Perihal	: Permohonan Bantuan Uji Etik Penelitian Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair	
Kepada Yth. Direktur RS RS Jiwa Menur Surabaya		
Sehubungan dengan Penelitian Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan pertimbangan etik penelitian kepada mahasiswa kami di bawah ini :		
Nama	: Rustafariningsih, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614152071	
Judul Proposal	: Pengaruh AACT (<i>Assertive Acceptance Commitment Therapy</i>) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
		a/n Dekan Wakil Dekan I
		Kusnanto, S.Kp., M.Kes NIP. 196808291989031002




**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
RUMAH SAKIT JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(*ETHICAL CLEARANCE*)**

No. 070-1473/305/2018

**KOMITE KELAIKAN ETIK RSJ MENUR PROVINSI JAWA TIMUR TELAH
MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROPOSAL PENELITIAN YANG
DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN
BERJUDUL:**

"PENGARUH *ASSERTIVE ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY* (AACT) TERHADAP
KEMAMPUAN MENGENDALIKAN PERILAKU KEKERASAN PASIEN SKIZOFRENIA"

Pencipta Utama : RUSTAFARININGSIH, S.Kep., Ns.
 NIM : 131614153071
 Institusi : Program Studi Magister Keperawatan Universitas
Airlangga.
 Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Instansi Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa
Timur.

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 05 Januari 2018
DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MENUR



Dr. Endang ARI AGUSTINA ARIANDANI, M.Kes
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19600813 198503 2 005

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.uns.ac.id e-mail: dekan_ners@fkip.uns.ac.id	
Nomor	: SK. JUNI.113/PPD/S2/2017	27 Desember 2017
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Pemohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan - FKp Unair	
<p>Kepada Yth. Direktur RS Jwa Menar Surabaya</p> <p>Selubungan dengan akan dibekukannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.</p> <p>Nama : Rustafariningsih, S.Kep., Ns NIM : 131614153071 Judul Proposal : Pengaruh AACT (Assertive Acceptance Copingwace Therapy) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia</p> <p>Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.</p> <p style="text-align: right;">s.d. Dekan, Wakil Dekan I</p> <p style="text-align: right;"> Kusnanto, S.Kp., M.Kes NIP. 196808291985031002</p>		

 <p>PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR RUMAH SAKIT JIWA MENUR Jl. Raya Menur No. 120 Telp. 5021635 – 5021637 Surabaya</p>		
Surabaya, 22 Januari 2018.		
Nomor	072/654/306/2017	Kepada Yth.
Sifat	Penting	Dekan Fak.Keperawatan
Lampiran	-	UNAIR Surabaya
Perihal	<u>Ijin Penelitian</u> a/n.Rustafariningsih, S.Kep., Ns.	di <u>SURABAYA</u>

Menanggapi surat Saudara tertanggal 27 Desember 2017 nomor : /UN3.1.13/PPd/S2/2017 perihal seperti pada pokok surat, bersama ini disampaikan dapat menerima Mahasiswa saudara untuk melakukan Penelitian di RS Jawa Menur Provinsi Jawa Timur. Untuk pelaksanaan penelitian ada beberapa hal yang perlu diinformasikan sebagai berikut :

1. Wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RS Jiwa Menur;
2. Penelitian dilaksanakan setelah lulus *Uji Ethical Clearance* /Telaah proposal;
3. Besar biaya penelitian sesuai dengan tarif yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa Menur
4. Menyerahkan laporan hasil penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar.

Atas perhatian dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.


DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR

Dr. drg. SRI AGUSTINA ARIANDANI, M.Kes
 Pembina Utama Muda
 NIP.19600813 198503 2 005

	PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR	
	RUMAH SAKIT JIWA MENUR Jl. Raya Menur No. 120 Telp. 5021635 – 5021637 Surabaya	
SURAT KETERANGAN NOMOR : 423.4 / 3.000 / 305 / 2018		
Yang bertanda tangan di bawah ini :		
Nama	: Dr.drg.Sri Agustina Ariandani.,M.Kes	
Jabatan	: Direktur RSJ Menur Provinsi Jawa Timur	
Menerangkan Bahwa :		
Nama	: Rustafariningsih, S.Kep.,Ns	
NIM	: 131614153071	
Institusi	: Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga	
Telah melakukan <i>Penelitian Tesis</i> di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur dengan:		
Judul	: "Pengaruh <i>Assertive Acceptance Commitment Therapy (AECT)</i> Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia"	
Tanggal Penelitian : 24 Januari s/d 10 Maret 2018		
Surabaya, 08 Maret 2018		
 Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur  <u>Dr.drg.Sri Agustina Ariandani.,M.Kes</u> Pembina Utama NIP. 19600813 198503 2 005		

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Kepada Yth :
Bpk/Ibu/Sdr.....
Di Tempat

Assalamualaikum Warohmatuallahi Wabarokatuh
Denagn hormat,

Saya mahasiswa dari Program Studi Magister Keperawatan Minat Jiwa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga bermaksud untuk melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia”.

Tujuan utama dari penelitian ini adalah mengetahui kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dengan pemberian *Assertive Acceptance Commitment Therapy* (AACT). Penelitian ini membutuhkan beberapa responden, saya mohon kesediaan Bpk/Ibu/Sdr menjadi responden dengan menjawab pertanyaan yang kami ajukan dengan sejujurnya atau apa adanya dan ikut secara aktif dalam terapi yang kami berikan nanti.

Saya akan menjamin kerahasiaan identitas Bpk/Ibu/Sdr dan hasil penelitian ini baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Jika dalam proses penelitian Bpk/Ibu/Sdr merasa tidak berkenan, dipersilahkan untuk tidak melanjutkan partisipasi dalam penelitian ini. Sebagai bukti kesediaan, Bpk/Ibu/Sdr dipersilahkan untuk menandatangani persetujuan yang telah saya siapkan. Partisipasi Bpk/Ibu/Sdr sangat saya hargai dan kami ucapkan terima kasih.

Surabaya,.....2017

Yang memberi penjelasan
Peneliti
Responden

Rustafariningsih
(.....)

Tulis nama lengkap

Saksi

(.....)

LAMPIRAN 7

LEMBAR PENJELASAN PELAKSANAAN PENELITIAN

Assalamualaikum Warohmatuallahi Wabarokatuh

Bpk/Ibu/Sdr yang terhormat, saya Rustafariningsih mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Minat Jiwa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Saat ini saya sedang melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dengan pemberian AACT (*Assertive Acceptance Commitment Therapy*). Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai alternatif terapi bagi pasien skizofrenia dengan masalah perilaku kekerasan. Untuk itu saya membutuhkan kesediaan Bpk/Ibu/Sdr untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Sebelum Bpk/Ibu/Sdr memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai pertimbangan Bpk/Ibu/Sdr untuk ikut serta dalam penelitian ini.

1. Identitas Bpk/Ibu/Sdr akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang Bpk/Ibu/Sdr tuliskan yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.
2. Keikutsertaan Bpk/Ibu/Sdr dalam penelitian ini bersifat sukarela.
3. Jika Bpk/Ibu/Sdr bersedia ikut serta dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara dan meminta kesediaan untuk ikut dalam intervensi/terapi yang akan peneliti lakukan secara berkelompok dengan responden lainnya.
4. Pemberian intervensi sesuai dengan jenis terapi yang Bpk/Ibu/Sdr ikuti, masing-masing sesi akan dilaksanakan sekitar 45-60 menit.
5. Kegiatan ini akan dilakukan di ruangan masing-masing dimana Bpk/Ibu/Sdr dirawat.
6. Satu hari sebelum pelaksanaan kegiatan Bpk/Ibu/Sdr akan mendapatkan pemberitahuan.
7. Bpk/Ibu/Sdr berhak mengundurkan diri setiap saat dari keikutsertaan dalam penelitian ini.
8. Hal-hal yang belum jelas dapat ditanyakan kepada peneliti.

Kesediaan Bpk/Ibu/Sdr untuk berpartisipasi, sangat berarti dalam penelitian ini. Atas kerjasama yang baik saya ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Warohmatuallahi Wabarokatuh.

Surabaya,.....2017

Peneliti

Rustafariningsih

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan:

Hubungan :

Saya telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang berjudul “Pengaruh *Assertif Acceptance Commitment Therapy* (AACT) Terhadap Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia”. Saya menyatakan (bersedia / tidak bersedia)* diikutsertakan dalam penelitian ini. Lembar persetujuan ini saya tandatangani dengan sadar tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Surabaya,.....2017

Yang memberi penjelasan
Peneliti
Responden

Rustafariningsih
(.....)

Tulis nama lengkap

Saksi

(.....)

*Coret yang tidak perlu

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Petunjuk pengisian :

- 1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut
- 2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah tersedia

No Responden.....

A. Data Demografi

- 1. Umur :
.....
- 2. Jenis kelamin :
.....
- 3. Agama :
.....
- 4. Pendidikan :
.....

- 5. Pekerjaan :
.....
- 6. Status Perkawinan :
- 7. Riwayat Penyakit
 - a. Sekarang perawatan ke
 - b. Jika lebih dari 1 (satu) kali sebutkan sebelumnya.....
 Tempat
 - Waktu
 - Lama.....hari/bulan
- 8. Diagnosa medis saat ini
- 9. Riwayat kekerasan
 - Apakah pernah mengalami riwayat kekerasan?.....
 - Jika ya. Kapan?.....
 - Sebagai korban / pelaku / saksi * (pilih sesuai yang dialami)

Jenis	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Kekerasan fisik			
Kekerasan verbal			
Kekerasan seksual			
Penolakan			
Kekerasan rumah tangga			
Tindak criminal			

LEMBAR OBSERVASI PERILAKU KEKERASAN PASIEN

Inisial pasien : Tanggal observasi :
.....

Ruang : Observer :

Petunjuk Pengisian

1. Isi secara lengkap dengan menggunakan tanda √
2. Isilah (dengan tanda √) pada kolom T (tidak pernah), jika pasien tidak pernah mengalami atau melakukan perilaku kekerasan
3. Isilah (dengan tanda √) pada kolom J (jarang), jika pasien jarang mengalami atau melakukan perilaku kekerasan (satu kali perhari)

4. Isilah (dengan tanda √) pada kolom K (kadang-kadang), jika pasien kadang-kadang mengalami atau melakukan perilaku kekerasan (2-3kali perhari)
5. Isilah (dengan tanda √) pada kolom S (sering), jika pasien sering mengalami atau melakukan perilaku kekerasan (lebih dari 3 kali perhari)

No	Perilaku pasien	Tgl		Tgl		Tgl	
		P	SM	P	SM	P	SM
1	Pasien terlibat dalam argumentasi verbal yang keras dengan orang lain, mengeluarkan kata-kata penghinaan atau kutukan						
2	Pasien secara verbal mengancam, melukai diri sendiri dan mempunyai rencana untuk melakukannya						
3	Pasien merusak harta benda (seperti kursi, tempat tidur, memukul dinding, membakar)						
4	Pasien melukai fisik orang lain secara serius, yang membutuhkan perawatan medis (jahitan, mdikasi atau pengobatan, terapi)						
5	Pasien menyentuh orang lain dengan cara yang mengancam (seperti mendorong) tanpa melukai mereka						
6	Pasien membuat cedera yang serius pada dirinya (seperti melukai tubuh)						
7	Pasien mengancam untuk merusak barang-barang tanpa mempunyai rencana untuk melakukan (seperti jika kamu taruh disini, maka saya akan merusaknya)						
8	Pasien melukai fisik orang lain yang tidak serius dan tidak membutuhkan perawatan medis (benjol, memar, dsb)						
9	Pasien mendiskusikan perasaan dengan orang lain yang menunjukkan keinginan untuk tidak hidup (seperti "saya berharap saya mati)						
10	Pasien mengancam secara verbal untuk melukai orang lain tetapi tidak mempunyai rencana untuk melaksanakannya						
11	Pasien menggunakan harta benda dengan cara yang membahayakan tanpa merusak harta benda tersebut (misalnya membanting pintu, mendorong kursi)						
12	Pasien mendekati orang lain dengan cara mengancam tanpa menyentuh mereka						
13	Pasien mencederai diri tanpa membahayakan (misalnya menyayat permukaan kulit)						
14	Pasien mengancam secara verbal untuk merusak harta benda dengan rencana (seperti "saya akan mengambil						

- kursi ini dan melemparnya ke TV)
- 15 Pasien menunjukkan permusuhan ringan (seperti sarkarme, gurauan yang bermusuhan)
 - 16 Pasien mengancam secara verbal untuk melukai orang lain dan mempunyai rencana untuk melaksanakannya
 - 17 Pasien mengancam secara verbal untuk melukai diri tetapi mempunyai rencana untuk melaksanakannya
 - 18 Pasien mengabaikan harta benda pribadi atau milik rumah sakit sehingga barang tersebut rusak (misalnya pakaian, apartemen, dsb)

UJI NORMALITAS (*KOLMOGROV SMIRNOV*) SEBELUM (PRE TEST) DAN SESUDAH (POST TEST) TERAPI

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
Sebelum Intervensi	3.057	3	28	.045
Sesudah Intervensi	4.307	3	28	.013

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sebelum	Sesudah
N		32	32
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	62.0938	57.0000
	Std. Deviation	5.19528	2.67606
Most Extreme Differences	Absolute	.271	.148

	Positive	.271	.148
	Negative	-.184	-.131
Kolmogorov-Smirnov Z		1.532	.835
Asymp. Sig. (2-tailed)		.018	.489

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

UJI MANOVA

Assertive Therapy (AT)

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Sebelum – Sesudah	7.50000	4.62910	1.63663	3.62998	11.37002	4.583	7	.003

Acceptance Commitment Therapy (ACT)

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Sebelum – Sesudah	8.12500	3.97986	1.40709	4.79775	11.45225	5.774	7	.001

Assertive Acceptance Commitment Therapy (AACT)

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2- tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Sebelum – Sesudah	2.75000	4.02670	1.42365	-.61640	6.11640	1.932	7	.00095

Strategi Pelaksanaan (SP)

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Sebelum – Sesudah	2.00000	1.69031	.59761	.58687	3.41313	3.347	7	.012

Multivariate Testsc

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's	1.00	6,603.39	2.00	27.00	0.00

	Trace					
	Wilks' Lambda	0.00	6,603.39	2.00	27.00	0.00
	Hotelling's Trace	489.14	6,603.39	2.00	27.00	0.00
	Roy's Largest Root	489.14	6,603.39	2.00	27.00	0.00
Metode	Pillai's Trace	0.41	2.43	6.00	56.00	0.04
	Wilks' Lambda	0.59	2.71	6.00	54.00	0.02
	Hotelling's Trace	0.69	3.25	6.00	52.00	0.01
	Roy's Largest Root	0.69	6.35	3.00	28.00	0.00

Tests of Between-Subjects Effects						
Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	Sebelum	164.84	3.00	54.95	2.29	0.010
	Sesudah	9.00	3.00	3.00	0.39	0.007
Intercept	Sebelum	123,380.28	1.00	123,380.28	5,141.80	0.00
	Sesudah	103,968.00	1.00	103,968.00	13,667.15	0.00
Metode	Sebelum	164.84	3.00	54.95	2.29	0.010
	Sesudah	9.00	3.00	3.00	0.39	0.007
Error	Sebelum	671.88	28.00	24.00		
	Sesudah	213.00	28.00	7.61		
Total	Sebelum	124,217.00	32.00			
	Sesudah	104,190.00	32.00			
Corrected Total	Sebelum	836.72	31.00			
	Sesudah	222.00	31.00			
a. R Squared = .197 (Adjusted R Squared = .111)						
b. R Squared = .041 (Adjusted R Squared = -.062)						

Multiple Comparisons							
Scheffe	(I) Metode	(J) Metode	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable	(I) Metode	(J) Metode	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
Sebelum	ACT	AT	1.13	2.45	0.009	- 6.16	
		AACT	4.63	2.45	0.033	- 2.66	
		Sp.PK	5.38	2.45	0.021	- 1.91	
	AT	ACT	- 1.13	2.45	0.009	- 8.41	
		AACT	3.50	2.45	0.005	- 3.78	
		Sp.PK	4.25	2.45	0.004	- 3.03	
	AACT	ACT	- 4.63	2.45	0.033	- 11.91	
		AT	- 3.50	2.45	0.005	- 10.78	
		Sp.PK	0.75	2.45	0.009	- 6.53	
	Sp.PK	ACT	- 5.38	2.45	0.021	- 12.66	
		AT	- 4.25	2.45	0.041	- 11.53	
		AACT	- 0.75	2.45	0.009	- 8.03	
Sesudah	ACT	AT	0.50	1.38	0.009	- 3.60	
		AACT	- 0.75	1.38	0.009	- 4.85	
		Sp.PK	- 0.75	1.38	0.009	- 4.85	
	AT	ACT	- 0.50	1.38	0.009	- 4.60	
		AACT	- 1.25	1.38	0.008	- 5.35	
		Sp.PK	- 1.25	1.38	0.008	- 5.35	
	AACT	ACT	0.75	1.38	0.009	- 3.35	
		AT	1.25	1.38	0.008	- 2.85	
		Sp.PK	1.21	1.38	0,021	- 4.10	
	Sp.PK	ACT	0.75	1.38	0.009	- 3.35	
		AT	1.25	1.38	0.008	- 2.85	
		AACT	-1.21	1.38	0,021	- 4.10	

TABULASI DATA RESPONDEN

INTERVENSI	RESPONDEN	NILAI		Katagori		UMUR	AGAMA	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	KAWIN	MRS	RIWAYAT PK
		Pre	Post	Pre	Post							
AT	1	63	56	S	S	29	Islam	SLTA	Bekerja	Kawin	3	Pernah
	2	60	55	S	R	53	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Kawin	8	Pernah
	3	78	61	S	S	26	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	5	Pernah
	4	69	57	S	S	30	Islam	SLTP	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	11	Pernah
	5	59	55	S	R	44	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Kawin	10	Pernah
	6	59	55	S	R	32	Islam	SD	Tdk Bekerja	Kawin	2	Pernah
	7	61	55	S	R	32	Islam	SLTA	Peg. Swasta	Duda	5	Pernah
	8	61	56	S	S	40	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	3	Pernah
	1	79	65	T	S	34	Islam	SLTP	Tdk Bekerja	Kawin	5	Pernah
	2	65	54	S	R	48	Islam	SLTA	Peg. Swasta	Kawin	5	Pernah
	3	69	58	S	S	24	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	2	Pernah

ACT	4	65	57	S	S	24	Islam	SLTP	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	5	Pernah
	5	62	54	S	R	39	Islam	SLTP	Peg, Swata	Kawin	5	Pernah
	6	60	54	S	R	53	Kristen	SLTA	Tdk bekerja	Tdk Kawin	5	Pernah
	7	60	54	S	R	33	Islam	SD	Peg Swasta	Kawin	5	Pernah
	8	59	58	S	S	39	Islam	SLTA	Tdk Nekerja	Tdk Kawin	2	Pernah

TABULASI DATA RESPONDEN

INTERVENSI	RESPONDEN	NILAI		Katagori		UMUR	AGAMA	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	KAWIN	MRS	RIWAYAT PK
		Pre	Post	Pre	Post							
	1	64	54	S	R	22	Islam	SLTA	Bekerja	Tdk Kawin	5	Pernah
	2	61	54	S	R	32	Islam	SLTA	Bekerja	Tdk Kawin	5	Pernah
	3	60	55	S	R	21	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	6	Pernah

AACT	4	55	55	R	R	25	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	2	Pernah
	5	61	54	S	R	27	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	3	Pernah
	6	61	54	S	R	30	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Cerai	13	Pernah
	7	61	54	S	R	33	Islam	SD	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	2	Pernah
	8	59	54	S	R	35	Islam	SLTA	Tdk Bekerja	Tdk Kawin	5	Pernah
SP	1	62	57	S	S	50	Islam	SLTP	Tdk bekerja	Tdk Kawin	8	Pernah
	2	58	58	S	S	42	Islam	SLTA	Peg. swasta	Tdk Kawin	6	Pernah
	3	58	58	S	S	26	Islam	SLTA	Tdk bekerja	Tdk Kawin	3	Pernah
	4	60	59	S	S	32	Islam	SLTP	Peg. swasta	Tdk Kawin	1	Pernah
	5	59	57	S	S	50	Islam	SLTP	Tdk bekerja	Tdk Kawin	12	Pernah
	6	59	56	S	S	35	Kristen	SLTA	Tdk bekerja	Tdk Kawin	4	Pernah
	7	58	57	S	S	32	Islam	SD	Tdk bekerja	Tdk Kawin	5	Pernah
	8	61	55	S	R	34	Islam	SLTA	Wiraswasta	Kawin	6	Pernah

DATA PK RESPONDEN KELOMPOK AT

No OBS	Pre Test AT																							
	1			2			3			4			5			6			7			8		
	24 Jan	25 Jan	26 Jan	24 Jan	25 Jan	26 Jan	24 Jan	25 Jan	26 Jan	24 Jan	25 Jan	26 Jan	24 Jan	25 Jan	26 Jan	24 Jan	25 Jan	26 Jan	24 Jan	25 Jan	26 Jan	24 Jan	25 Jan	26 Jan
1	3	2	2	1	2	1	3	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1
11	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1

12	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2
16	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JML	22	21	20	18	23	19	27	23	20	22	25	22	18	21	20	20	20	19	20	22	19	21	20	20
TOTAL		63			60			70			69			59			59			61			61	

Post Test AT

NO OBS	1			2			3			4			5			6			7			8				
	05 Feb	06 Feb	07 Feb	05 Feb	06 Feb	07 Feb	05 Feb	06 Feb	07 Feb	05 Feb	06 Feb	07 Feb	05 Feb	06 Feb	07 Feb	05 Feb	06 Feb	07 Feb	05 Feb	06 Feb	07 Feb	05 Feb	06 Feb	07 Feb		
1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
12	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JML	19	19	18	18	18	19	18	22	21	19	18	20	18	18	19	18	18	19	18	19	18	18	20
TOTAL		56			55			61			57			55			55			55			56

DATA PK RESPONDEN KELOMPOK ACT

NO OBS	Pre Test ACT																							
	1			2			3			4			5			6			7			8		
	15 Jan	16 Jan	17 Jan	15 Jan	16 Jan	17 Jan	15 Jan	16 Jan	17 Jan	15 Jan	16 Jan	17 Jan	15 Jan	16 Jan	17 Jan	15 Jan	16 Jan	17 Jan	15 Jan	16 Jan	17 Jan	15 Jan	16 Jan	17 Jan
1	3	4	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	3	2	1	1	1	2	2	2
2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	3	2	1	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1

13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	3	2	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	1	2	1	1	2	1	3	2	2	1	2	1
16	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JML	28	26	25	21	23	21	26	22	21	23	20	22	23	20	19	20	21	19	21	20	19	20	20	19
TOTAL		79			65			69			65			62			60			60			59	

Post Test ACT

NO OBS	Post Test ACT																							
	1			2			3			4			5			6			7			8		
	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan
1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
11	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	3	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JML	20	21	24	18	18	18	19	19	20	19	19	19	18	18	18	18	18	18	18	18	18	20	20
TOTAL		65			54			58			57		54		54		54		54		58		

DATA PK RESPONDEN KELOMPOK AACT

O OBS	Pre Test AACT																									
	1			2			3			4			5			6			7			8				
	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan	29 Jan	30 Jan	31 Jan		
1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
12	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1

13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JML	21	23	20	20	20	21	21	19	20	18	19	18	19	22	20	20	21	20	20	22	19	21	19	19
TOTAL		64			61			60			55			61			61			61			59	

Post Test AACT

No OBS	1			2			3			4			5			6			7			8		
	12 Feb	13 Feb	14 Feb	12 Feb	13 Feb	14 Feb	12 Feb	13 Feb	14 Feb	12 Feb	13 Feb	14 Feb	12 Feb	13 Feb	14 Feb	12 Feb	13 Feb	14 Feb	12 Feb	13 Feb	14 Feb	12 Feb	13 Feb	14 Feb
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JML	18	18	18	18	18	18	19	18	18	18	19	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
TOTAL		54			54			55			55			54			54			54			54

DATA PK RESPONDEN KELOMPOK KONTROL (SP PK)

NO OBS	Pre Test SP.PK																									
	1			2			3			4			5			6			7			8				
	15 Feb	16 Feb	17 Feb	15 Feb	16 Feb	17 Feb	15 Feb	16 Feb	17 Feb	15 Feb	16 Feb	17 Feb	15 Feb	16 Feb	17 Feb	15 Feb	16 Feb	17 Feb	15 Feb	16 Feb	17 Feb	15 Feb	16 Feb	17 Feb		
1	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
11	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2

13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
JML	24	19	19	20	20	18	19	20	19	21	20	19	21	19	19	20	19	20	20	20	19	21	20	20
TOTAL		62			58			58			60			59			59			59			61	

Post Test SP.PK

No OBS	1			2			3			4			5			6			7			8		
	23 Feb	24 Feb	25 Feb	23 Feb	24 Feb	25 Feb	23 Feb	24 Feb	25 Feb	23 Feb	24 Feb	25 Feb	23 Feb	24 Feb	25 Feb	23 Feb	24 Feb	25 Feb	23 Feb	24 Feb	25 Feb	23 Feb	24 Feb	25 Feb
1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
10	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
15	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
JML	19	18	20	19	20	19	19	20	20	20	19	20	18	19	20	18	18	20	18	19	20	18	18	19
TOTAL		57			58			59			59		57		56		57		55					

KARAKTERISTIK PK RESPONDEN KELOMPOK AT

NO OBSERVASI	RESPONDEN PERLAKUAN																	
	PRE - TEST								POST - TEST									
	1	2	3	4	5	6	7	8	JML	1	2	3	4	5	6	7	8	JML
KEKERASAN PADA DIRI SENDIRI																		
2	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
6	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
9	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0
13	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
17	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEKERASAN PADA ORANG LAIN																		
4	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
5	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0
8	-	-	1	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0
12	-	-	1	-	1	-	1	-	3	-	-	1	-	-	-	-	1	2
JML	0	0	3	1	1	0	1	0	6	0	0	1	0	0	0	0	1	2
KEKERASAN PADA LINGKUNGAN																		
3	-	-	1	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0
7	-	1	1	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	0
11	-	-	1	1	-	-	1	-	3	-	-	1	-	-	-	-	1	2
14	1	1	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	1
18	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	1	2	3	3	0	0	1	0	10	1	0	1	0	0	0	0	1	3
KEKERASAN SECARA VERBAL																		
1	1	1	1	1	1	1	1	-	7	1	-	1	1	1	-	-	1	5
10	1	-	1	-	-	-	1	-	3	-	1	1	1	-	-	-	1	4
15	1	1	-	1	1	1	1	-	6	-	-	-	1	-	1	1	1	4

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

16	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0	
JML	3	2	3	2	2	2	3	0	17	1	1	2	3	1	1	1	3	13
TOTAL	4	5	9	6	3	2	5	0	34	2	1	3	3	1	1	2	5	18

KARAKTERISTIK PK RESPONDEN KELOMPOK ACT

NO OBSERVASI	RESPONDEN PERLAKUAN																
	PRE - TEST									POST – TEST							
	1	2	3	4	5	6	7	8	JML	1	2	3	4	5	6	7	8
KEKERASAN PADA DIRI SENDIRI																	
2	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0
6	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
9	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
13	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
17	-	1	-	-	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	1
JML	1	1	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	1
KEKERASAN PADA ORANG LAIN																	
4	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
5	1	-	1	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	1
8	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
12	1	-	1	-	1	-	-	1	4	1	-	-	-	-	-	1	2
JML	2	0	2	0	1	0	0	1	6	2	0	0	0	0	0	1	3
KEKERASAN PADA LINGKUNGAN																	
3	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0
7	1	1	-	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	0
11	1	1	1	1	1	-	-	-	5	-	1	-	1	1	-	-	3
14	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
18	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	3	2	1	2	1	0	0	0	9	0	1	0	1	1	0	0	3
KEKERASAN SECARA VERBAL																	
1	1	1	1	1	1	1	-	1	7	1	-	1	-	-	-	1	3
10	1	1	1	-	1	1	-	-	5	1	-	1	-	-	-	1	3
15	1	1	1	1	-	1	1	1	7	1	-	1	1	-	-	1	4

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

16	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0	
JML	4	3	3	2	2	3	1	2	20	3	0	3	1	0	0	0	3	10
TOTAL	10	6	6	4	4	3	1	3		6	1	3	2	1	0	0	4	

KARAKTERISTIK PK RESPONDEN KELOMPOK AACT

NO OBSERVASI	RESPONDEN PERLAKUAN																
	PRE - TEST									POST – TEST							
	1	2	3	4	5	6	7	8	JML	1	2	3	4	5	6	7	8
KEKERASAN PADA DIRI SENDIRI																	
2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0
6	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
9	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0
13	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0
17	-	-	-	-	-	2	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	0	0	0	0	0	4	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
KEKERASAN PADA ORANG LAIN																	
4	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
5	1	-	1	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	0
8	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0
12	1	1	1	-	1	1	1	1	7	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	2	1	2	0	2	1	2	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0
KEKERASAN PADA LINGKUNGAN																	
3	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
7	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
11	1	1	1	1	1	1	1	-	7	-	-	-	1	-	-	-	1
14	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
18	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	2	1	1	1	1	1	1	0	8	0	0	0	1	0	0	0	1
KEKERASAN SECARA VERBAL																	
1	1	1	1	-	1	1	1	1	7	-	-	-	-	-	-	-	0
10	1	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	0
15	-	-	1	-	1	-	-	1	3	-	-	1	-	-	-	-	1

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

16	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	2	2	2	0	2	1	1	2	12	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	6	4	5	1	5	7	6	3	37	0	0	1	1	0	0	0	2

KARAKTERISTIK PK RESPONDEN KELOMPOK KONTROL (SP PK)

NO OBSERVASI	RESPONDEN PERLAKUAN																	
	PRE - TEST									POST - TEST								
	1	2	3	4	5	6	7	8	JML	1	2	3	4	5	6	7	8	JML
KEKERASAN PADA DIRI SENDIRI																		
2	1	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0
6	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
9	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
13	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
17	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
JML	2	0	0	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1
KEKERASAN PADA ORANG LAIN																		
4	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
5	-	1	-	-	-	1	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	0
8	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0
12	-	1	1	1	-	1	1	-	5	-	-	1	1	-	-	1	-	3
JML	1	2	2	1	0	2	2	0	10	0	0	1	1	0	0	1	0	3
KEKERASAN PADA LINGKUNGAN																		
3	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
7	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
11	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	2
14	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
18	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2
KEKERASAN SECARA VERBAL																		
1	-	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	8
10	-	1	-	-	-	1	1	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	1
15	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	-	1	1	1	1	1	-	5

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0
JML	0	2	1	1	2	3	2	1	12	1	2	2	2	2	2	2	1	14
TOTAL	4	4	3	3	2	5	4	1	26	2	3	4	3	2	2	3	1	20

CROSSTABS

/TABLES=KEL BY PENDIDIKAN PEKERJAAN STATUS USIA

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kelompok * Pendidikan	32	97.0%	1	3.0%	33	100.0%
Kelompok * Pekerjaan	32	97.0%	1	3.0%	33	100.0%
Kelompok * Status Perkawinan	32	97.0%	1	3.0%	33	100.0%
Kelompok * Usia	32	97.0%	1	3.0%	33	100.0%

Kelompok * Pendidikan**Crosstab**

			Pendidikan			Total
			SD	SLTP	SMA	
Kelompok	ACT	Count	1	3	4	8
		% within Kelompok	12.5%	37.5%	50.0%	100.0%
	AT	Count	1	1	6	8
		% within Kelompok	12.5%	12.5%	75.0%	100.0%
	AACT	Count	1	0	7	8
		% within Kelompok	12.5%	0.0%	87.5%	100.0%
	SP	Count	2	1	5	8
		% within Kelompok	25.0%	12.5%	62.5%	100.0%
Total		Count	5	5	22	32
		% within Kelompok	15.6%	15.6%	68.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.309 ^a	6	.505
Likelihood Ratio	5.821	6	.444
Linear-by-Linear Association	.011	1	.917
N of Valid Cases	32		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,25.

Kelompok * Pekerjaan

Crosstab

			Pekerjaan		Total
			Bekerja	Tdk Bekerja	
Kelompok	ACT	Count	3	5	8
		% within Kelompok	37.5%	62.5%	100.0%
	AT	Count	2	6	8
		% within Kelompok	25.0%	75.0%	100.0%
AACT	Count	2	6	8	
	% within Kelompok	25.0%	75.0%	100.0%	
SP	Count	1	7	8	
	% within Kelompok	12.5%	87.5%	100.0%	
Total	Count	8	24	32	
	% within Kelompok	25.0%	75.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.333 ^a	3	.721
Likelihood Ratio	1.381	3	.710
Linear-by-Linear Association	1.163	1	.281
N of Valid Cases	32		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Kelompok * Status Perkawinan

Crosstab

			Status Perkawinan		Total
			Kawin	Tidak Kawin	
Kelompok	ACT	Count	4	4	8
		% within Kelompok	50.0%	50.0%	100.0%
	AT	Count	4	4	8
		% within Kelompok	50.0%	50.0%	100.0%
AACT	Count	2	6	8	
	% within Kelompok	25.0%	75.0%	100.0%	
SP	Count	1	7	8	
	% within Kelompok	12.5%	87.5%	100.0%	
Total	Count	11	21	32	
	% within Kelompok	34.4%	65.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.740 ^a	3	.291
Likelihood Ratio	3.977	3	.264
Linear-by-Linear Association	3.248	1	.072
N of Valid Cases	32		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,75.

Kelompok * Usia

Crosstab

			Usia		Total
			Usia 15 - 35 Tahun	Usia 36 - 60	
Kelompok	ACT	Count	5	3	8
		% within Kelompok	62.5%	37.5%	100.0%
	AT	Count	4	4	8
		% within Kelompok	50.0%	50.0%	100.0%
	AACT	Count	5	3	8
		% within Kelompok	62.5%	37.5%	100.0%
	SP	Count	5	3	8
		% within Kelompok	62.5%	37.5%	100.0%
Total		Count	19	13	32
		% within Kelompok	59.4%	40.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.389 ^a	3	.943
Likelihood Ratio	.384	3	.943
Linear-by-Linear Association	.025	1	.874
N of Valid Cases	32		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,25.

SET Printback=On.

T-TEST PAIRS=PRE_ACT PRE_AT PRE_AACT PRE_SP WITH POST_ACT POST_AT POST_AACT POST_SP (PAIRED)
 /CRITERIA=CI(.9500)
 /MISSING=ANALYSIS.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pre test ACT	64.88	8	6.621	2.341
	Post test ACT	61.00	8	6.141	2.171
Pair 2	Pre test AT	62.75	8	4.367	1.544
	Post test AT	59.25	8	4.062	1.436
Pair 3	Pre test AACT	60.25	8	2.550	.901
	Post test AACT	52.25	8	2.605	.921
Pair 4	Pre test SP	59.50	8	1.414	.500
	Post test SP	58.25	8	1.282	.453

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Pre test ACT & Post test ACT	8	.998	.000
Pair 2	Pre test AT & Post test AT	8	.995	.000
Pair 3	Pre test AACT & Post test AACT	8	.936	.001
Pair 4	Pre test SP & Post test SP	8	.788	.020

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval
					Lower
Pair 1	Pre test ACT - Post test ACT	3.875	.641	.227	3.339
Pair 2	Pre test AT - Post test AT	3.500	.535	.189	3.053
Pair 3	Pre test AACT - Post test AACT	8.000	.926	.327	7.226
Pair 4	Pre test SP - Post test SP	1.250	.886	.313	.509

Paired Samples Test

		Paired ...			
		95% Confidence ...			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	Pre test ACT - Post test ACT	4.411	17.102	7	.000
Pair 2	Pre test AT - Post test AT	3.947	18.520	7	.000
Pair 3	Pre test AACT - Post test AACT	8.774	24.440	7	.000
Pair 4	Pre test SP - Post test SP	1.991	3.989	7	.005

Tests of Normality

Study Group	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Pre test PK	ACT	.242	8	.184	.833	8	.065
	AT	.281	8	.063	.801	8	.060
	AACT	.259	8	.121	.859	8	.118
	Sp.PK	.263	8	.109	.897	8	.273
Post test PK	ACT	.265	8	.104	.761	8	.011
	AT	.298	8	.075	.685	8	.080
	AACT	.455	8	.087	.566	8	.063
	Sp.PK	.210	8	.200*	.958	8	.792
Delta PK	ACT	.172	8	.200*	.961	8	.820
	AT	.205	8	.200*	.864	8	.130
	AACT	.261	8	.116	.853	8	.102
	Sp.PK	.193	8	.200*	.913	8	.378

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Oneway

Descriptives

Delta PK

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
ACT	8	-3.88	.641	.227	-4.41	-3.34
AT	8	-3.50	.535	.189	-3.95	-3.05
AACT	8	-8.00	.926	.327	-8.77	-7.23
Sp.PK	8	-1.25	.886	.313	-1.99	-.51
Total	32	-4.16	2.579	.456	-5.09	-3.23

Descriptives

Delta PK

	Minimum	Maximum
ACT	-5	-3
AT	-4	-3
AACT	-9	-7
Sp.PK	-2	0
Total	-9	0

Test of Homogeneity of Variances

Delta PK

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.575	3	28	.218

ANOVA

Delta PK

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	189.844	3	63.281	108.206	.002
Within Groups	16.375	28	.585		
Total	206.219	31			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Delta PK

Bonferroni

(I) Study Group	(J) Study Group	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% ...
					Lower Bound
ACT	AT	-.375 [*]	.382	.089	-1.46
	AACT	4.125 [*]	.382	.022	3.04
	Sp.PK	-2.625 [*]	.382	.038	-3.71
AT	ACT	.375 [*]	.382	.089	-.71
	AACT	4.500 [*]	.382	.015	3.41
	Sp.PK	-2.250 [*]	.382	.046	-3.34
AACT	ACT	-4.125 [*]	.382	.022	-5.21
	AT	-4.500 [*]	.382	.015	-5.59
	Sp.PK	-6.750 [*]	.382	.003	-7.84
Sp.PK	ACT	2.625 [*]	.382	.038	1.54
	AT	2.250 [*]	.382	.046	1.16
	AACT	6.750 [*]	.382	.003	5.66

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Delta PK

Bonferroni

(I) Study Group	(J) Study Group	95% ...
		Upper Bound
ACT	AT	.71
	AACT	5.21
	Sp.PK	-1.54
AT	ACT	1.46
	AACT	5.59
	Sp.PK	-1.16
AACT	ACT	-3.04
	AT	-3.41
	Sp.PK	-5.66
Sp.PK	ACT	3.71
	AT	3.34
	AACT	7.84

* . The mean difference is significant at the 0.05 level.