

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA BAPAK
“S” DENGAN INTERVENSI INOVASI TERAPI PERILAKU
(BEHAVIOUR THERAPY) TERHADAP TANDA GEJALA RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG BELIBIS RSJD ATMA
HUSADA MAHAKAM SAMARINDA 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DISUSUN OLEH :
LINDA SUPRIYANTI, S.Kep
17111024120036**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU
KESEHATAN DAN FARMASI UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR
SAMARINDA
2018**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Bapak “ S ” dengan
Intervensi Inovasi Terapi Perilaku (Behaviour Therapy) terhadap
Tanda Gejala Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belibis RSJD
Atma Husada Mahakam Samarinda 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners Keperawatan



DISUSUN OLEH :

Linda Supriyanti, S.Kep

17111024120036

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU
KESEHATAN DAN FARMASI UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR
SAMARINDA2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

**“ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA BAPAK S DENGAN
INTERVENSI INOVASI TERAPI PERILAKU (*BEHAVIOUR THERAPY*)
TERHADAP TANDA GEJALA DI RUANG BELIBIS RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA 2018”**

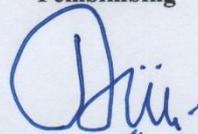
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**DISUSUN OLEH:
Linda Supriyanti, S.Kep**

17111024120036

**Disetujui Untuk Diujikan
Pada Tanggal, 25 Juli 2018**

Pembimbing



**Ns. Dwi Rahmah F, M.Kep
NIDN: 1119097601**

**Mengetahui,
Koordinator MK. Elektif**



**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Kep., M.Kep
NIDN : 1115017703**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA BAPAK S DENGAN
INTERVENSI INOVASI TERAPI PERILAKU (*BEHAVIOUR THERAPY*) TERHADAP
TANDA GEJALA RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG BELIBIS RSJD
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

Linda Supriyanti, S.Kep

17111024120036

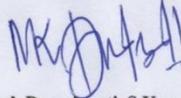
**Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, 25 Juli 2018**

Penguji 1



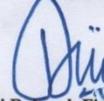
**Ns. Eko Rianto.,S.Kep
NIP. 196605201991031010**

Penguji 2



**Ns. Mukhrifah Damaivanti.,S.Kep.,MNS
NIDN : 1110118003**

Penguji 3



**Ns. Dwi Rahmah Fitriani.,M.Kep
NIDN : 1119097601**

**Mengetahui,
Ketua**

Program Studi S1 Keperawatan



**Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep
NIDN : 1119097601**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Bapak“S” dengan Intervensi
Inovasi Terapi Perilaku (*Behaviour Therapy*) terhadap Tanda Gejala
Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belibis RSJD Atma
Husada Mahakam Samarinda 2018**

Linda Supriyanti¹, Dwi Rahmah F²

ABSTRAK

Latar Belakang : Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat merugikan baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan klien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga keperawatan yang professional. Jika di lihat dari definisinya maka perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Utomo dk, 2009). Menghadapi masalah tersebut, maka dibutuhkan suatu tehnik dalam upaya membantu mengurangi perilaku kekerasan pada pasien resiko perilaku kekerasan diantaranya adalah terapi perilaku (*behavior therapy*). Terapi perilaku adalah pengobatan yang bertujuan untuk mengubah perilaku negatif yang dapat membahayakan pasien serta menangani pikiran dan perasaan yang dapat menyebabkan perilaku yang membahayakan diri sendiri. Tujuan dari terapi perilaku adalah mengubah tingkah laku seseorang dari yang maladaptive menjadi adaptif.

Tujuan : Karya Ilmiah Akhir Ners bertujuan untuk menganalisa terapi perilaku yang diterapkan secara kontinyu pada pasien perilaku kekerasan.

Kata kunci : Terapi Perilaku, Resiko Perilaku Kekerasan,

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Dosen Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Analysis of Mental Nursing Clinic Practice on Mr. S with Innovated Intervention of
Behaviour Therapy to Symptom of Violence Behaviour in Belibis Room of
RSJD AtmaHusada Mahakam Samarinda in 2018**

Linda Supriyanti¹, Dwi Rahmah F²

ABSTRACT

Background : Violence was one of anger respond which was expressed by doing harmful threat to other person, and or damage the environment. That respond usually appeared because of stressor. This respond could cause loss to themselves, other person, even environment. Seeing the impact from its loss which was caused, then violence patient handling need to be done fast and corretly by professional officers. By seeing from definition, violence behaviour was a formed of behaviour which aim to hurt someone physically or psychologically (Utomo dll, 2009). To deal with that matter, then it was needed a technique in helping effort to reduce violence behaviour risk on violence behaviour risk patient which was behviour therapy. Behaviour therapy was medication which aimed to change negative behaviour which could endanger patient also to handle mind and feeling which could cause behaviour which endangered themselves. Aim of behaviour therapy was to change someone's behaviour from maladaptive became adaptive.

Aim : Nurse End Scientific Work aimed to analyze behaviour therapy which was applied continually on violence behaviour patient.

Keywords : Behaviour Therapy, Violence Behaviour Risk

¹Student of Profesi Ners Program, Muhammadiyah Medical Collage, Samarinda

²Lecturer Of Nursing Program, Muhammadiyah Collage, Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan kesehatan jiwa bukan seperti penyakit lain, yang bisa datang secara tiba-tiba tetapi lebih ke arah permasalahan yang terakumulasi dan belum dapat di adaptasi atau terpecahkan. Dengan demikian akibat pasti atau sebab yang melatar belakangi timbulnya suatu gangguan. Pengetahuan dan pengalaman yang cukup dapat membantu seseorang untuk menangkap adanya gejala-gejala tersebut. Semakin dini kita menemukan adanya gangguan maka akan semakin mudah penanganannya. Dengan demikian deteksi dini masalah kesehatan jiwa anak usia dasar sangat membantu mencegah timbulnya masalah yang lebih berat. Masalah kesehatan jiwa yang sifatnya ringan dapat dilakukan penanganan disekolah oleh guru atau kerjasama antara guru dan orangtua anak karena penyebab permasalahan dapat berkaitan dengan masalah dalam keluarga yang tidak ingin dibicarakan oleh orang tua, mungkin pula anak mempunyai masalah dengan teman (Noviana, 2010)

Kesehatan jiwa adalah suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Kesehatan jiwa menurut UU No 23 tahun 1996 tentang kesehatan jiwa sebagai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan itu berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain. Selain dengan itu pakar lain mengemukakan bahwa

kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang sejahtera (mental wellbeing) yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dan kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia. Dengan kata lain, kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa. Tetapi merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh semua orang, mempunyai perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. (Sumiati dkk, 2009).

Semua manusia menginginkan hidup sehat, karena ada pepatah sehat itu mahal, oleh karena itu jagalah kesehatan anda dengan sebaik-baiknya agar anda selalu sehat. Karena sehat itu anugerah dari maha pencipta yang diberikan kepada umatnya. Menurut WHO Kesehatan yaitu suatu keadaan fisik, mental, dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Sedangkan dalam Piagam Ottawa mengatakan bahwa kesehatan ialah suatu sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan sebuah tujuan hidup. Kesehatan yaitu sebuah konsep positif yang menekankan pada sumber daya pribadi, sosial dan kemampuan fisik.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang respon ini dapat merugikan baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan klien dengan perilaku kekerasan perlu

dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga perawat yang profesional (keliat, 2009)

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik (Stuart, 2013). Istilah marah (anger), agresif (aggression), dan perilaku kekerasan (violence) sering digunakan bergantian dalam menguraikan perilaku yang terkait dengan kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik. Perilaku kekerasan berfluktuasi dari tingkat rendah sampai tinggi yaitu dari memperlihatkan permusuhan pada tingkat rendah sampai pada melukai dalam tingkat serius dan membahayakan.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat merugikan baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan klien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga perawat yang profesional. Sedangkan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung perilaku kekerasan atau memiliki riwayat perilaku kekerasan. Jika kita lihat dari definisi, perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Utomo dkk, 2009).

Menurut data *World Health Organization (WHO)* masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius.

WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan jiwa (Yosep, 2009). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Rikesda) Kementerian Kesehatan tahun 2007, diketahui bahwa 11.6% penduduk Indonesia di usia 15 tahun mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa. Prevalensi gangguan jiwa ansietas dan depresi sebesar 11.65% populasi (24.708.0000 orang) dan prevalensi nasional gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 0.46% (1.065.000 orang).

Menurut data rekam medik di Rumah Sakit jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2018 dari bulan Januari sampai bulan Mei jumlah pasien masuk sebanyak 843 orang. Tinjauan disalah satu ruang rawat inap kelas III yaitu Belibis pada tahun 2018 dari bulan Januari sampai dengan bulan Mei, jumlah pasien masuk dengan presentase 39 mengalami Halusinasi, 7,3 mengalami Harga diri rendah, 2,4 mengalami Waham, 9,8 mengalami Defisit perawatan diri dan yang terbanyak presentasinya adalah Resiko perilaku kekerasan yaitu sebanyak 31,7.

Agar intervensi untuk klien dengan perilaku kekerasan lebih optimal maka perlu adanya suatu terapi yang mengarah pada perilaku. Adapun terapi yang dapat dilakukan untuk itu adalah Terapi Perilaku (Behaviour Therapy) (Fajar Rinawati, 2015).

Adapun tujuan evaluasi yang ingin dicapai oleh penulis dengan pelaksanaan intervensi Terapi Perilaku ini adalah adanya perubahan pada perilaku klien. Hal ini didasarkan pada data observasi yang diperoleh penulis pada minggu awal praktik dari tanggal 25 sampai 29 Juni 2018 bahwa ada satu klien yang masuk IGD RSJD Atma Husada Mahakam

Samarinda dengan masalah perilaku kekerasan diperoleh tanda dan gejala yang paling dominan terlihat adalah respon perilaku. Pada respon perilaku seperti ada perilaku melukai diri sendiri atau orang lain, merusak rumah, melempar barang, meludahi orang lain, klien mengamuk, klien menantang untuk berkelahi dan nada perilaku mengancam serta mata melotot.

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan analisis praktik keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan dengan intervensi inovasi terapi perilaku (*behavior therapy*) terhadap perilaku di ruang belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2018.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada karya ilmiah akhir-Ners (KIA-N) ini yaitu “Bagaimanakah analisis praktik klinik keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan dengan intervensi inovasi terapi perilaku (*behavior therapy*) terhadap perilaku di ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2018.

C. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Penulisan karya ilmiah akhir-ners (KIA-N) ini adalah untuk melakukan “analisis praktik klinik keperawatan jiwa pada Bapak S dengan intervensi inovasi terapi perilaku (*behavior therapy*) terhadap tanda gejala resiko perilaku kekerasan di ruang belibis RSJD atma husada samarinda 2018”

2. Tujuan khusus
 - a. Menganalisis kasus kelolaan pada klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan melalui pengkajian sampai dengan dokumentasi
 - b. Menganalisis intervensi terapi perilaku (behavior therapy) yang diterapkan secara kontinyu pada klien kelolaan dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat penulisan

1. Manfaat aplikasi

Bagi perawat agar karya ilmiah akhir ners ini dapat menambah pilihan intervensi keperawatan bagi perawat diruangan berupa penerapan terapi perilaku dalam upaya pemberian asuhan keperawatan professional bermutu dan ilmiah.

2. Manfaat bagi keilmuan keperawatan

- a. Manfaat bagi penulis

Meningkatkan ilmu dan pengalaman bagi penulis khususnya tentang penanganan klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan melalui penerapan intervensi terapi perilaku.

- b. Manfaat bagi institusi pendidikan

Karya ilmiah akhir ners sebagai evidence based dalam mengembangkan tindakan keperawatan sehingga dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa dan acuan dalam penulisan selanjutnya terkait penanganan klien perilaku kekerasan.

c. Manfaat bagi rumah sakit

Karya ilmiah akhir ners ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam program pelayanan asuhan keperawatan berupa peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan pikiran, emosi dan keyakinan yang maladaptive melalui penerapan intervensi terapi perilaku (behavior therapy).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Resiko Perilaku Kekerasan

a. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu. (Damaiyanti, 2012).

Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. (Stuart dan Sundeen, 1991, dalam Ah. Yusuf 2015). Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Keliat, 1991, dalam Ah. Yusuf 2015).

Perilaku kekerasan sukar diprediksi. Setiap orang dapat bertindak keras tetapi ada kelompok tertentu yang memiliki resiko tinggi yaitu pria berusia 15-25 tahun, orang kota, kulit hitam, atau subgroup dengan

budaya kekerasan, peminum alkohol (Tomb, 2003 dalam Purba, dkk, 2008).

Perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditujukan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut (Purba dkk, 2008).

Marah merupakan emosi yang memiliki ciri-ciri aktivitas sistem saraf parasimpatik yang tinggi dan adanya perasaan tidak suka yang sangat kuat biasanya ada kesalahan, yang mungkin nyata-nyata kesalahannya atau mungkin juga tidak. Pada saat marah ada perasaan ingin menyerang, meninju, menghancurkan atau melempar sesuatu dan biasanya timbul pikiran yang kejam. Bila hal ini disalurkan maka akan terjadi perilaku agresif (Purba dkk, 2008).

Perasaan marah normal bagi tiap individu. Namun, pada pasien perilaku kekerasan mengungkapkan rasa kemarahan secara fluktuasi sepanjang rentang adaptif dan maladaptif. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan/kebutuhan yang tidak terpenuhi yang tidak dirasakan sebagai ancaman (Stuart & Sundeen, 2008).

Perilaku kekerasan adalah akibat dari kemarahan yang ekstrim atau kecemasan. Alasan spesifik dari perilaku agresif berbeda-beda untuk setiap orang (Stuart, 2013).

Dari beberapan pengertian diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa perilaku kekerasan atau tindak kekerasan merupakan ungkapan perasaan marah dan bermusuhan yang mengakibatkan

hilangnya kontrol diri dimana individu bisa berperilaku menyerang atau melakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan,

b. Penyebab kemarahan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan menurut teori biologic, teori psikososial dan teori sosiokultural yang dijelaskan oleh Townsend (1996) dalam Purba dkk (2009)

1) Faktor biologis

a) Neurobiologic

Ada 3 area pada otak yang berpengaruh terhadap proses impuls agresif, system limbic, lobus frontal, dan hypothalamus. Neurotransmitter juga mempunyai peranan dalam memfasilitasi atau menghambat proses impuls agresif. System limbik merupakan sistem informasi, ekspresi emosi, perilaku, dan memori. Apabila ada gangguan pada sistem ini maka akan meningkatkan atau menurunkan potensial perilaku kekerasan. Adanya gangguan pada lobus frontal maka individu tidak mampu membuat keputusan, kerusakan pada penilaian, perilaku tidak sesuai, dan agresif. Beragam komponen dari sistem neurologis mempunyai implikasi memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbic terlibat dalam menstimulus timbulnya perilaku agresif. Pusat

otak atas secara konstan berinteraksi dengan pusat agresif (Goldstein dikutip dari Purba dkk, 2009)

b) Biokimia

Goldstein (dikutip dari Purba dkk, 2009) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epinephrine, norepinephrine, dopamine, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi atau menghambat impuls agresif. Teori ini sangat konsisten dengan fight yang dikenalkan oleh Selye dalam teorinya tentang respon stress.

c) Genetic

Penelitian membuktikan adanya hubungan langsung antara perilaku kekerasan dengan genetic karyotype XYY

d) Gangguan otak

Sindroma otak organic terbukti sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindak kekerasan. Tumor otak, khususnya yang menyerang sistem limbik dan lobus temporal, trauma otak, yang menimbulkan perubahan serebral, dan penyakit seperti ensefalitis, dan epilepsy, khususnya lobus temporal, terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

2) Faktor psikologis

a) Frustrasi terjadi bila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal sehingga dapat menyebabkan suatu keadaan

yang akan mendorong individu untuk berperilaku agresif
contohnya kehilangan pekerjaan

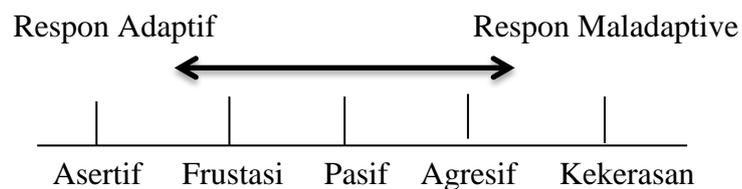
- b) Respon belajar yang dapat dicapai bila ada fasilitas/ situasi/ yang mendukung
 - c) Kebutuhan yang tidak dipenuhi lewat hal positif
- 3) Faktor social cultural
- a) Lingkungan social akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma kebudayaan dapat mendukung individu untuk berespon asertif/ kasar
 - b) Perilaku agresif dapat dipelajari secara langsung maupun imitasi dari proses sosialisasi contohnya mengejek
- 4) Faktor prespitasi

Secara umum terjadi karena adanya tekanan/ancaman yang unik atau berbeda-beda seperti :

- a) Stressor external yang berupa serangan fisik kehilangan dan kematian
 - b) Stressor internal dapat berupa putus cinta, kehilangan pekerjaan, dan ketakutan pada penyakit yang diderita
- c. Rentang Respon

Perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan unjuk kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa “tidak setuju,

tersinggung, merasa tidakdianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang responkemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif sampai padarespon sangat tidak normal (maladaptif) (Yosep, 2010).



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Keterangan:

- 1) Asertif : mengungkapkan kemarahan tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain serta memberikan kelegaan. Perilaku asertif adalah menyampaikan suatu perasaan diri dengan pasti dan merupakan komunikasi untuk menghormati orang lain. (Stuart, 2013).
- 2) Frustrasi : respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- 3) Pasif : respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, tidak berdaya dan menyerah. Individu yang pasif sering menyampingkan hak nya dari persepsinya terhadap orang lain. pola interaksi seperti ini dapat menyebabkan gangguan perkembangan (Stuart, 2013).
- 4) Agresif : perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau

mengetahui hak orang lain. dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.

- 5) Amuk : rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri dan amuk. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain serta lingkungan.

Rentang respon individu terhadap kemarahan yang dialami dapat dikelompokkan berdasarkan respon yang ditunjukkan, seperti yang dapat dilihat pada tabel berikut ini :

**Tabel 2.1 RENTANG RESPON RESIKO PERILAKU
KEKERASAN**

Respon	Asertif	Pasif	Frustasi	Agresif	Amuk
Rentang Respon					
Kognitif	Berfikir rasional berbicara dengan jujur dan jelas	Mengenyampingkan haknya daripada persepsinya terhadap hak orang lain	Berfikir kurang rasional karena memiliki tujuan yang kurang realitas	Berfikir irrasional dan kurang percaya diri. Menilai dan mengkritik tingkah laku orang lain	Kehilangan control diri
		Merasa tertekan	Merasa gagal, merasa tidak bersemangat dan kurang motivasi	Merasa marah, merasa bersaing dan merasa malu	Merasa marah dan bersaing yang kuat
Fisiologi	Tidak ada perubahan pada fisiologis	Tidak ada perubahan pada fisiologis	Terjadi perubahan fisiologis namun belum	Tekanan darah meningkat, frekuensi denyut jantung meningkat,	Tekanan darah meningkat, frekuensi

			mengganggu	wajah tegang, tidak bisadiam, mengempalkan tanagn atau memukulkan tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan.	denyut jantung meningkat, peningkatan pernafasan, dan pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urin meningkat wajah merah dan tegang serta rahang mengencang
Perilaku	Saat berbicara kontak mata langsung tapi tidak mengganggu, intonasi suara dalam berbicara tidak mengancam	Menghindari masalah dan menutupi kemarahannya	Menghindar dari masalah	Tidak menghargai hak orang lain, bermusuhan perilaku megarah pada kekerasan verbal dan fisik	Bermusuhan, perilaku mencederai diri sendiri dan orang lain dan lingkungan
Sosial	Klien dapat berinteraksi dengan baik dan menghargai orang lain	Menghindar dari orang lain	Menghindar dari orang lain	Hubungan interpersonal berkurang dan cenderung menyakiti orang lain	Hubungan ineterpersoanal berkurang dan cenderung menyakiti

					orang lain
--	--	--	--	--	------------

d. Proses Marah

Stress, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stress dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam. Kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui tiga cara, yaitu mengungkapkan secara verbal, menekan dan menentang. Kemarahan yang diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal maupun eksternal. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ledakan, cacian, makian, hilangnya benda berharga, tertipu, penggusuran, bencana dan sebagainya, hal tersebut akan mengakibatkan kehilangan atau gangguan pada system individu. Terpenting adalah bagaimana seseorang individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut. (Videbeck, 2008)

e. Tanda Dan Gejala

Menurut Yosep, (2010) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan :

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/ pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Jalan mondar-mandir

- 6) Bicara kasar
- 7) Suara tinggi, menjerit, dan berteriak
- 8) Mengancam secara verbal dan fisik
- 9) Melempar atau memukul benda/orang lain
- 10) Merusak barang/benda
- 11) Tidak memiliki kemampuan mencegah / mengendalikan perilaku kekerasan

Pada klien dengan perilaku kekerasan terlihat adanya gejala positif dari empat dimensi utama gejala skizofrenia. Ketika individu mendapatkan stressor dan factor predisposisi maupun presipitasi yang berasal dari biologis, psikologis, maupun sosiokultural akan berlanjut pada proses penilaian terhadap stressor tersebut. Penilaian stressor adalah proses dari situasi stress yang komprehensif yang berada pada beberapa tingkatan. Secara spesifik proses ini melibatkan respon kognitif, respon afektif, respon fisiologis, respon perilaku dan respon social (Stuart, 2013)

Sebagai berikut :

- 1) Respon kognitif

Bentuk yang berbeda dari agresi dapat dihubungkan dan berhubungan dengan psikologis seperti permusuhan, kemarahan, dan keyakinan yang irasional. Hubungan pemikiran dan emosi ini berperan penting dalam menerjemahkan marah menjadi perilaku agresif.

Pada individu dengan perilaku agresif atau perilaku kekerasan berpikir secara irrasional akan tercermin dari kata-kata yang digunakan. Kata-kata yang tidak logis menunjukkan cara berfikir yang salah dan kata-kata yang tepat menunjukkan cara berfikir yang tepat. Perasaan dan pikiran negative serta penolakan diri harus dilawan dengan cara berfikir yang rasional menjadi logis, yang dapat diterima menurut akal sehat, serta menggunakan cara verbalisasi rasional.

Sebagian besar pengalaman hidup seseorang melalui proses intelektual. Peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi pada lingkungan, selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Oleh karena itu perlu diperhatikan cara seorang marah, mengidentifikasi keadaan yang menyebabkan marah, bagaimana informasi diproses, diklarifikasikan dan diintegrasikan. Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara kognitif yaitu akan ditemukan tekanan atau gangguan pada pikiran.

2) Respon Afektif (Emosi)

Marah sebagai suatu emosi yang mempunyai ciri-ciri aktivitas saraf simpatik yang tinggi (Davidoff, 1991 dalam Triantoro, 2009). Bagaimanapun pengalaman emosional dari marah tidak selalu mengarahkan pada respon antagonis. Kekerasan adalah merupakan salah satu dari respon afektif (emosi) marah yang maladaptive. Seseorang yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya,

jengkel, merasa ingin berkelahi, mengamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahkan, menuntut, mudah tersinggung, euphoria yang berlebihan atau tidak tepat, dan afek labil (Stuart, 2013). Tanda dan gejala perilaku kekerasan diketahui secara afektif yaitu akan ditemukan iritabilitas, depresi, marah, kecemasan, dan apatis.

3) Respon fisiologis

Menurut Beck, respon fisiologis marah timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, frekuensi denyut jantung meningkat, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urin meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti tangan dikepal, tubuh kaku dan reflek yang cepat, hal ini disebabkan karena energy yang dikeluarkan saat marah bertambah (Purwanto, 2006 dalam Triantoro 2009).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara fisiologi yaitu akan ditemukan gangguan tidur, sakit kepala, sakit perut dan peningkatan tekanan darah. Menurut Stuart dan Laraia (2013), perilaku kekerasan dapat dilihat dari wajah tegang, tidak bisa diam, mengempal tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan, dan kadang tiba-tiba seperti kataton.

4) Respon perilaku

Respon perilaku masuk menarik perhatian dan timbulnya konflik pada diri sendiri perlu dikaji, seperti melarikan diri, bolos kerja, atau penyimpangan seksual (Purwanto, 2006 dalam Triantoro 2009). Marah selalu dihubungkan dengan perilaku agresif dan bentuk perilaku kekerasan lainnya. Perilaku agresif tidak selalu menjadi dalam pengalaman marah, bentuk yang berbeda dan agresif dapat dihubungkan dan berhubungan dengan psikologis seperti permusuhan, kemarahan, dan keyakinan yang irrasional.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan secara perilaku akan ditemukan penurunan interaksi social. Menurut Morison (1993, dalam Keliat, 2009) perilaku kekerasan terdiri perilaku kekerasan pada orang lain berupa seragama fisik, memukul, melukai, perilaku kekerasan sendiri seperti ancaman melukai, melukai diri sendiri, perilaku kekerasan pada lingkungan berupa merusak perabotan rumah tangga, merusak harta benda, membanting pintu, perilaku kekerasan verbal berupa kata-kata kasar, nada suara tinggi dan permusuhan.

5) Respon sosial

Menurut Beck, emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Sebagian orang menyalurkan kemarahan dengan menilai dan mengkritik tingkah laku orang lain sehingga orang lain merasa sakit hati. Proses tersebut dapat menyebabkan seseorang menarik diri dari orang lain. Dalam memenuhi kebutuhan

seseorang memerlukan saling berhubungan dengan orang lain. Pengalaman marah dapat mengganggu hubungan interpersonal. Cara seseorang mengungkapkan marah, merefleksikan latar belakang budayanya (Purwanto, 2006 dalam Trianto, 2009).

Keyakinan, nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah seseorang. Aspek ini dapat mempengaruhi hubungan seseorang dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma dapat menimbulkan kemarahan dan dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa (Purwanto, 2006 dalam Triantoro, 2009)

Tanda dan gejala perilaku kekerasan secara social akan ditemukan penurunan interaksi social. Tanda dan gejala perilaku kekerasan lainnya menurut Stuart dan Laraia (2013) adalah verbalisasi yaitu menggunakan ancaman verbal secara langsung atau dengan membahayakan hal yang membuat kita marah, perhatian mudah beralih, bicara kasar dan tinggi serta riwayat delusi atau pikiran paranoid dan tingkat kesadaran yaitu kebingungan, terjadinya perubahan status mental, disorientasi, gangguan daya ingat dan tidak mau diarahkan.

Dengan menemukan dan melihat adanya tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh klien perilaku kekerasan melalui respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosialnya maka tingkat perilaku kekerasan yang dialami klien dapat diukur dengan berpedoman kepada lima respon yang ditunjukkan tersebut. Kondisi adaptif dan maladaptive dapat dilihat atau diukur dari respon yang

ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnose skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) yang dibuat berdasarkan diagnose keperawatan yang ditemukan pada klien. Sehingga setiap diagnose keperawatan memiliki criteria skor RUFA tersendiri.

f. RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)

Pada keperawatan katagori pasien dibuat dengan skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)/GAF (*General Adaptive Function Response*) yang merupakan modifikasi dari skor GAF karena keperawatan menggunakan pendekatan respon yang adaptif. Keperawatan meyakini bahwa kondisi manusia selalu bergerak pada rentang adaptif dan maladaptive. Ada data individu tersebut berada pada titik yang paling maladaptive. Kondisi adaptif dan maladaptive ini dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa skor RUFA dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri.

Tabel 2.2 RUFA RESIKO PERILAKU KEKERASAN

NO.	RESPON	SKOR		
		1-10	11-20	21-30
1.	Perilaku	<input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri/orang lain. <input type="checkbox"/> Merusak lingkungan. <input type="checkbox"/> Mengamuk <input type="checkbox"/> Menentang	<input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang

		<input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot		
2.	Verbal	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi tinggi <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Berdebat
3.	Emosi	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Marah-marah <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman
4.	Fisik	<input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Nafas pendek <input type="checkbox"/> Keringat (+) <input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan Darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun.

Berdasarkan prinsip tindakan intensif segera, maka penanganan kedaruratan dibagi dalam:

1) Fase intensif I (24 Jam pertama)

Klien dirawat dengan observasi, diagnose, tritmen dan evaluasi yang ketat. Berdasarkan evaluasi klien memiliki tiga

kemungkinan yaitu dipulangkan, dilanjutkan ke fase intensif II atau dirujuk kerumah sakit jiwa.

2) Fase intensif II (24-72 jam pertama)

Perawatan klien dengan observasi kurang ketat sampai dengan 72 jam. Berdasarkan hasil evaluasi maka klien pada fase ini memiliki empat kemungkinan yaitu dipulangkan, dipindahkan ke ruang fase intensif II atau kembali ke ruang fase I.

3) Fase intensif III (72 jam-10 hari)

dikondisikan sudah mulai stabil, sehingga observasi sudah mulai berkurang dan tindakan keperawatan diarahkan kepada tindakan rehabilitasi. Merujuk kepada hasil evaluasi maka klien pada fase ini dapat dipulangkan, dirujuk kerumah sakit jiwa atau unit psikiatri di rumah sakit umum ataupun kembali ke ruang fase intensif I atau II.

g. Asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan

1) Pengkajian keperawatan

Pada dasarnya pengkajian pada klien dengan perilaku kekerasan kemarahan menunjukkan pada aspek biopsikososial-kultural-spiritual (Yosep, 2010).

(a) Aspek biologi

Respon fisiologis timbul kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin, sehingga tekanan darah meningkat, takhikardia, wajah merah, pupil melebar dan

frekuensi urine meningkat ada gejala yang sama dengan kecemasan meningkatnya kewaspadaan , ketegangan otot seperti rahang mengatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan reflek cepat. Hal ini disebabkan energy yang dikeluarkan saat marah bertambah.

(b) Aspek emosional

Individu yang marah tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin berkelahi, mengamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahgunakan dan menuntut. Perilaku menarik perhatian dan timbulnya konflik pada diri sendiri perlu dikaji seperti melarikan diri, bolos dari sekolah, mencuri, menimbulkan kebakaran, dan penyimpangan seksual.

(c) Aspek intelektual

Pengalaman kehidupan individu sebagian besar didapatkan melalui proses intelektual;. Peran panca indera sangat penting untuk beradaptasi pada lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman.

(d) Aspek sosial

Meliputi interaksi social, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan dari orang lain. Menimbulkan penolakan dari orang lain, sebagian klien menyalurkan kemarahan dengan nilai dan mngkritik tingkah laku orang lain, sehingga orang lain merasa

sakit hati. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri menjauh dari orang lain.

(e) Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah individu. Aspek tersebut mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal ini bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa. Individu yang percaya kepada Tuhan, selalu meminta kebutuhan dan bimbingan kepada-Nya.

2) Pohon Masalah

Resiko Perilaku Kekerasan

(diri sendiri, orang lain dan lingkungan)

Effect



Perilaku Kekerasan

Core Problem



Harga diri Rendah

Causa

(sumber : Damaiyanti dan Iskandar, 2014)

3) Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan sesuai kondisi klien, keamanan klien dan orang lain harus selalu menjadi prioritas dalam menghadapi klien dengan perilaku kekerasan. Diagnosis keperawatan hanya dapat ditegakkan pada kondisi tersebut menurut Varcarolis, et. Al (2006) diantaranya : resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan orang lain dan koping tidak efektif. Diagnosa keperawatan lainnya klien perilaku kekerasan adalah risiko membahayakan diri sendiri, risiko membahayakan orang lain, sindroma pasca trauma, harga diri rendah kronis, harga diri rendah situasional, dan kerusakan interaksi social.

- 4) Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan
 - a) SP 1P Latihan Menarik Nafas Dalam
 - (1) Membina hubungan saling percaya
 - (2) Identifikasi penyebab, tanda, gejala, dan akibat serta perilaku kekerasan yang dilakukan dan akibatnya
 - (3) Latih cara fisik I : tarik nafas dalam
 - (4) Memasukkan dalam jadwal harian klien
 - b) SP 2P Memukul bantal atau kasur
 - (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1)
 - (2) Latih cara fisik 2 : pukul kasul/bantal
 - (3) Memasukkan dalam jadwal harian klien
 - c) SP 3P Menolak, mengungkapkan dan meminta
 - (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP, 1 & 2)

- (2) Latih secara social / verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan dengan baik
 - (3) Memasukkan dalam jadwal harian klien
- d) SP 4P Beribadah
- (1) Evaluasi jadwal kegiatan lalu (SP, 1, 2, & 3)
 - (2) Latih secara spiritual Berdoa dan Sholat
 - (3) Memasukkan dalam kegiatan harian klien
- e) SP 5P Patuh Obat
- (1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3, & 4)
 - (2) Latih patuh obat
 - Minum obat secara teratur dengan prinsip 5B
 - Susun jadwal minum obat secara teratur
 - (3) Memasukkan dalam jadwal harian klien

Intervensi Keperawatan Harga Diri Rendah

- a) SP 1P Melatih Kemampuan
- (1) Meidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien
 - (2) Menilai kemampuan yang data klien lakukan
 - (3) Memilih kemampuan klien
- b) SP 2P
- (1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
 - (2) Memilih kemampuan pasien yang kedua
 - (3) Melatih kemampuan pasien yang dipilih
 - (4) Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien
- c) SP 3P

- (1) Mengevaluasi jadwal kegiatan yang lalu (SP 2P)
- (2) Memilih kemampuan klien yang ketiga (SP 1 dan 2)
- (3) Melatih kemampuan yang dipilih
- (4) Memasukkan dalam jadwal harian klien

B. Konsep Intervensi Inovasi

1. Terapi behavior adalah penerapan aneka ragam teknik dan prosedur yang berakar pada berbagai teori tentang belajar. Ia menyatakan penerapan yang sistematis prinsip-prinsip belajar pada perubahan tingkah laku kearah cara-cara yang lebih adaptif. Pendekatan ini telah memberikan sumbangan-sumbangan yang berarti baik kepada bidang-bidang klinis maupun pendidikan.

Berlandaskan teori belajar, modifikasi tingkah laku dan terapi tingkah laku adalah pendekatan-pendekatan terhadap konseling dan psikoterapi yang berurusan dengan pengubahan tingkah laku. Penting untuk dicatat bahwa tidak ada teori tunggal tentang belajar yang mendominasi praktek tingkah laku. Sejumlah teori belajar yang beragam memberikan andil kepada pendekatan terapeutik umum yang satu ini. Ketimbang memandang terapi tingkah laku sebagai pendekatan terapi yang dipersatukan dan tunggal, lebih tepat menganggapnya sebagai terapi-terapi tingkah laku yang mencakup berbagai prinsip dan metode yang belum dipadukan kedalam suatu sistem yang dipersatukan.

Salah satu aspek yang paling penting dari gerakan modifikasi tingkah laku adalah penekanannya pada tingkah laku yang bisa didefinisikan secara operasional, diamati dan diukur. Para tokoh menyajikan suatu

indikasi objektif tentang aktivitas-aktivitas mereka sendiri. Perubahan tingkah laku sebagai kriteria yang spesifik memberikan kemungkinan bagi evaluasi langsung atas keberhasilan kerja dan kecepatan bergerak kearah tujuan-tujuan terapeutik yang bisa dispesifikasi dengan jelas.

2. Pandangan Tentang Manusia

Pendekatan behavioristik tidak menguraikan asumsi-asumsi filosofis tertentu

tentang manusia secara langsung. Setiap orang dipandang memiliki kecenderungan kecenderungan positif dan negatif yang sama. Manusia pada dasarnya dibentuk dan ditentukan oleh lingkungan sosial budayanya. Segenap tingkah laku manusia itu dipelajari. Meskipun berkeyakinan bahwa segenap tingkah laku pada dasarnya merupakan hasil dari kekuatan-kekuatan lingkungan dan faktor-faktor genetik, para behavior memasukkan pembuatan putusan sebagai salah satu tingkah laku.

Pendekatan behavioral didasarkan pada pandangan ilmiah tentang tingkah laku manusia yang menekankan pada pentingnya pendekatan sistematis dan terstruktur pada konseling.

Proses belajar tingkah laku adalah melalui kematangan

dan belajar. Selanjutnya tingkah laku lama dapat diganti dengan tingkah laku baru.

Manusia dipandang memiliki potensi untuk berperilaku tepat atau salah.

Manusia

mampu melakukan refleksi atas tingkah laku baru atau dapat mempengaruhi perilaku orang lain.

3. Ciri-Ciri dan Tujuan Terapi Behavior

Terapi tingkah laku, berberda dengan sebageian besar pendekatan terapi

lainnya, ditandai oleh :

- a. Pemusatan perhatian kepada tingkah laku yang tampak dan spesifik.
- b. Kecermatan dan penguraian tujuan-tujuan treatment.
- c. Perumusan prosedur treatment yang spesifik yang sesuai dengan masalah.
- d. Penafsiran objektif atas hasil-hasil terapi.

Terapi tingkah laku tidak berlandaskan sekumpulan konsep yang sistematis, juga tidak berakar pada suatu teori yang dikembangkan dengan baik. Sekalipun memiliki banyak teknik, terapi tingkah laku hanya memiliki sedikit konsep. Ia adalah suatu pendekatan induktif yang berlandaskan eksperimen-eksperimen, dan menerapkan metode eksperimental pada proses terapeutik.

Ciri-ciri terapi behavior antara lain, memusatkan perhatian pada tingkah laku yang nampak dan lengkap, harus cermat dalam penguraian tujuan treatment, menggunakan prosedur treatment yang sesuai dengan masalah dan hasil terapi dijabarkan sesuai dengan proses terapi.

Pada dasarnya terapi behavioral diarahkan pada tujuan-tujuan memperoleh tingkah laku baru, penghapusan tingkah laku yang maladaptif, serta memperkuat dan mempertahankan tingkah laku yang diinginkan.⁶ Tujuan terapi behavioral juga

berorientasi pada perubahan atau modifikasi perilaku konseli, yang diantaranya

untuk :

- a. Menciptakan kondisi-kondisi baru bagi proses belajar.
- b. Penghapusan hasil belajar yang tidak adaptif.
- c. Memberi pengalaman belajar yang adaptif namun belum dipelajari.
- d. Membantu konseli membuang respon-respon yang lama yang merusak diri atau maladaptif dan mempelajari respon-respon yang baru yang lebih sehat dan sesuai.
- e. Konseli belajar perilaku baru dan mengeliminasi perilaku yang maladaptif, memperkuat serta mempertahankan perilaku yang diinginkan.
- f. Penetapan tujuan dan tingkah laku serta upaya pencapaian sasaran dilakukan bersama antara konseli dan konselor.

Dalam perumusan tujuan konseling, terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu:

- a. Tujuan konseling dirumuskan sesuai keinginan konseli.
- b. Konselor harus bersedia membantu konseli mencapai tujuan konseli.
- c. Harus mempertimbangkan kemampuan konseli untuk mencapai tujuan.

Tujuan konseling behaviour adalah mencapai kehidupan tanpa mengalami perilaku simtomatik, yaitu kehidupan tanpa mengalami

kesulitan atau hambatan perilaku, yang dapat membuat ketidakpuasan dalam jangka panjang atau mengalami konflik dengan kehidupan sosial.

Tujuan konseling behaviour adalah untuk membantu klien membuang respon-respon yang lama yang merusak diri, dan mempelajari respon-respon yang baru yang lebih sehat.

Jadi tujuan konseling behaviour adalah untuk memperoleh perilaku baru, mengeliminasi perilaku yang maladaptif dan memperkuat serta mempertahankan perilaku yang diinginkan dalam jangka waktu lama. Adapun tujuan umumnya yaitu menciptakan kondisi baru untuk belajar. Dengan asumsi bahwa pembelajaran dapat memperbaiki masalah perilaku.

Untuk mencapai tujuan tersebut, karakteristik konselor adalah sebagai berikut:

- a. Konselor harus mengutamakan keseluruhan individual yang bertanggung jawab, yang dapat memenuhi kebutuhannya.
- b. Konselor harus kuat, yakin, dia harus dapat menahan tekanan dari permintaan klien untuk simpati atau membenarkan perilakunya tidak pernah menerima alasan-alasan dari perilaku irrasional klien.
- c. Konselor harus sensitif terhadap kemampuan untuk memahami perilaku orang

lain.

d. Konselor harus dapat bertukar pikiran dengan klien tentang perjuangannya

dapat melihat bahwa seluruh individu dapat melakukan secara bertanggung

jawab termasuk pada saat yang sulit.

4. Fungsi dan Peran Konselor

Terapis tingkah laku harus memainkan peran aktif dan direktif dalam pemberian treatment, yakni terapis menerapkan pengetahuan ilmiah pada pencarian pemecahan-pemecahan bagi masalah-masalah manusia, para kliennya. Terapi tingkah laku secara khas berfungsi sebagai guru, pengarah dan ahli dalam mendiagnosis tingkah laku yang maladaptif dan dalam menentukan prosedur-prosedur penyembuhan yang diharapkan mengarah kepada tingkah laku yang baru dan adjustive.

Salah satu fungsi penting dalam terapi behavior adalah sebagai model bagi

klien. Menurut Bandura yang dikutip oleh Gerald Corey menunjukkan bahwa sebagian besar proses belajar yang muncul melalui pengalaman langsung juga bisa diperoleh melalui pengamatan terhadap tingkah laku orang lain. Ia mengungkapkan bahwa salah satu proses fundamental yang memungkinkan klien bisa mempelajari tingkah laku baru adalah imitasi atau pencontohan sosial yang disajikan oleh terapis. Terapis, sebagai pribadi, menjadi model yang penting bagi klien. Karena klien

sering memandang terapis sebagai orang yang patut diteladani, klien acap kali meniru sikap, nilai-nilai, kepercayaan-kepercayaan dan tingkah laku terapis. Jadi, terapis harus menyadari peranan penting yang dimainkannya dalam proses identifikasi, bagi terapis, tidak menyadari kekuatan yang dimilikinya dalam mempengaruhi dan membentuk cara berfikir dan bertindak kliennya, berarti mengabaikan arti penting kepribadiannya sendiri dalam proses terapi.

Sebagai hasil tinjauannya yang saksama atas kepustakaan psikoterapi,

menurut Krasner yang dikutip oleh Gerald Corey mengajukan argument bahwa peran terapis, terlepas dari aliansi teoretisnya, sesungguhnya adalah “mesin perkuatan”. Adapun yang dilakukannya, terapis pada dasarnya terlibat dalam pemberian perkuatan-perkuatan sosial, baik yang positif maupun yang negatif. Bahkan meskipun mempersepsikan dirinya sebagai pihak yang netral sehubungan dengan pertimbangan-pertimbangan nilai, terapis membentuk tingkah laku klien, baik melalui cara-cara langsung maupun melalui cara-cara tidak langsung. Peran terapis juga memanipulasi dan mengendalikan psikoterapi dengan pengetahuan dan kecakapannya menggunakan teknik-teknik belajar dalam suatu situasi perkuatan sosial. Menurut Goodstein yang dikutip oleh Gerald Corey peran konselor juga sebagai pemberi perkuatan, konselor menunjang perkembangan tingkah laku secara sosial layak dengan sistematis memperkuat jenis tingkah laku klien. Pemerkuat tersebut bersifat interpersonal dan melibatkan bahasa, baik verbal

maupun non verbal, serta acap kali tanpa disertai kesadaran yang penuh oleh terapis. Peran mengendalikan tingkah laku klien yang dimainkan oleh terapis melalui perkuatan menjangkau situasi diluar konselling serta dimasukkan kedalam tingkah laku klien dalam dunia nyata.

5. Tahap-Tahap Konseling Behavioral

Tingkah laku yang bermasalah dalam konseling behavioral adalah tingkah

laku yang berlebih (*excessive*) dan tingkah laku yang kurang (*deficit*). Tingkah laku yang berlebihan seperti merokok, terlalu banyak main game dan sering memberi komentar dikelas. Adapun tingkah laku yang *deficit* adalah terlambat masuk sekolah, tidak mengerjakan tugas dan bolos sekolah. Tingkah laku *excessive* dirawat dengan menggunakan teknik konseling untuk menghilangkan atau mengurangi tingkah laku, sedangkan tingkah laku *deficit* diterapi dengan menggunakan teknik meningkatkan teknik meningkatkan tingkah laku.

Konseling behavioral memiliki empat tahap yaitu : melakukan asesmen (*assessment*), menentukan tujuan (*goal setting*), mengimplementasikan teknik (*technique implementation*) dan evaluasi dan mengakhiri konseling (*evaluation termination*) menurut Rosjidan yang dikutip oleh Gantina Kumalasari, Eka Wahyuni dan Karsih yang dijabarkan sebagai berikut :

a. Melakukan Asesmen (*Assesment*)

Tahap ini bertujuan untuk menentukan apa yang dilakukan oleh konseli pada

saat ini. Asesmen dilakukan adalah aktivitas nyata, perasaan dan pikiran konseli. Menurut Kanker dan Saslow yang dikutip oleh Gantina Kumalasari, Eka Wahyuni dan Karsih mengatakan terdapat tujuh informasi yang digali dalam asesmen, yaitu :

- 1) Analisis tingkah laku yang bermasalah yang dialami konseli saat ini.
Tingkah laku yang dianalisis adalah tingkah laku yang khusus.
- 2) Analisis situasi yang didalamnya masalah konseli terjadi. Analisis ini mencoba untuk mengidentifikasi peristiwa yang mengawali tingkah laku dan mengikutinya (antecedent dan consequence) sehubungan dengan masalah konseli.
- 3) Analisis motivasional.
- 4) Analisis self control, yaitu tingkatan kontrol diri konseli terhadap tingkah laku bermasalah ditelusuri atas dasar bagaimana kontrol itu dilatih dan atas dasar kejadian-kejadian yang menentukan keberhasilan self-control.
- 5) Analisis hubungan sosial, yaitu orang lain yang dekat dengan kehidupan

konseli diidentifikasi juga hubungannya orang tersebut dengan konseli. Metode yang digunakan untuk mempertahankan hubungan ini dianalisis juga.

- 6) Analisis lingkungan fisik sosial budaya. Analisis ini atas dasar norma-norma dan keterbatasan lingkungan menurut Rosjidan yang dikutip oleh Gantina Kumalasari, Eka Wahyuni dan Karsih.

Dalam kegiatan asesmen ini konselor melakukan analisis ABC

A = Antecedent (pencetus perilaku)

B = Behavior (perilaku yang dipermasalahkan)

- Tipe tingkah laku
- Frekuensi tingkah laku
- Durasi tingkah laku
- Intensitas tingkah laku

Data tingkah laku ini menjadi data awal (baseline data) yang akan dibandingkan dengan data tingkah laku setelah intervensi.

C = Consequence (konsekuensi atau akibat perilaku tersebut).

b. Menetapkan Tujuan (Goal Setting)

Konselor dan konseli menentukan tujuan konseling sesuai dengan kesepakatan bersama berdasarkan informasi yang telah disusun dan dianalisis.

Menurut Burks dan Engelkes yang dikutip oleh Gantina Kumalasari, Eka Wahyuni dan Karsih mengemukakan fase goal setting disusun atas tiga langkah yaitu :

- 1) Membantu konseli untuk memandang masalahnya atas dasar tujuan-tujuan yang diinginkan.
- 2) Mempertahankan tujuan konseli berdasarkan kemungkinan hambatan hambatan situasional belajar yang dapat diterima dan dapat diukur.
- 3) Memecahkan tujuan kedalam sub-tujuan dan menyusun tujuan menjadi susunan yang berurutan.

c. Impelentasi Teknik

Setelah tujuan konseling dirumuskan, konselor dan konseli menentukan strategi belajar yang terbaik untuk membantu konseli mencapai perubahan tingkah laku yang diinginkan. konselor dan konseli mengimplementasikan teknik-teknik konseling sesuai dengan masalah yang dialami oleh konseli (tingkah laku excessive atau deficit). Dalam implementasi teknik konselor membandingkan perubahan tingkah laku antara baseline dengan data intervensi.

d. Evaluasi dan Pengakhiran

Evaluasi konseling behavioral merupakan proses yang berkesinambungan.

Evaluasi dibuat atas dasar apa yang konseli perbuat. Tingkah laku konseling digunakan sebagai dasar untuk mengevaluasi efektivitas konselor dan efektivitas tertentu dari teknik yang digunakan. Terminasi dari sekedar mengakhiri konseling. Terminasi meliputi :

- 1) Menguji apa yang konseli lakukan terakhir.
- 2) Eksplorasi kemungkinan kebutuhan konseling tambahan.
- 3) Membantu konseli mentransfer apa yang dipelajari dalam konseling ke tingkah laku konseli.
- 4) Memberi jalan untuk memantau secara terus menerus tingkah laku konseli.

Selanjutnya konselor dan konseli mengevaluasi implementasi teknik yang telah dilakukan serta menentukan lamanya intervensi dilaksanakan sampai tingkah laku yang diharapkan menetap.

e. Teknik-Teknik Konseling

Teknik konseling behavioral terdiri dari dua jenis, yaitu teknik untuk meningkatkan tingkah laku dan untuk menurunkan tingkah laku. Teknik untuk meningkatkan tingkah laku antara lain penguatan positif, token economy, pembentukan tingkah laku (shaping), pembuatan kontrak (contingency contracting) (Gantina Kumalasari dkk, 2011).

Sedangkan teknik konseling untuk menurunkan tingkah laku adalah penghapusan (extinction), time out, peminjiran (flooding), penjenjuran (satiation), hukuman (punishment), terapi aversi (aversive therapy) dan disensitisasi sistematis. Berikut penjelasannya :

a. Penguatan Positif

Penguatan positif adalah memberikan penguatan yang menyenangkan setelah

tingkah laku yang diinginkan ditampilkan yang bertujuan agar tingkah laku yang diinginkan cenderung akan diulang, meningkat dan menetap dimasa akan datang.

Reinforcement positif, yaitu peristiwa atau sesuatu yang membuat tingkah laku yang dikehendaki berpeluang diulang karena bersifat disenangi. Dalam memahami penguatan positif, perlu dibedakan dengan penguatan negatif (negative reinforcement) yaitu menghilangkan aversive stimulus (negatif reinforcement) yang biasa dilakukan agar tingkah laku yang tidak diinginkan berkurang dan tingkah laku yang diinginkan meningkat. Reinforcement negatif, yaitu peristiwa atau sesuatu yang membuat tingkah laku yang dikehendaki kecil peluang untuk diulang. Reinforcement dapat bersifat tidak menyenangkan atau tidak memberi dampak-dampak pada perubahan tingkah laku tujuan.

1) Prinsip-prinsip penerapan penguatan positif (Reinforcement positif)

Dalam menggunakan penguatan positif, konselor harus memperhatikan prinsip-prinsip reinforcement agar mendapatkan hasil yang maksimal.

Prinsip-prinsip reinforcement antara lain :

- a) Penguatan positif tergantung pada penampilan tingkah laku yang diinginkan.
- b) Tingkah laku yang diinginkan diberi penguatan segera setelah tingkah laku tersebut ditampilkan.
- c) Pada tahap awal, proses perubahan tingkah laku yang diinginkan diberi penguatan setiap kali tingkah laku tersebut ditampilkan.

d) Ketika tingkah laku diinginkan sudah dapat dilakukan dengan baik, penguatan

diberikan secara berkala dan pada akhirnya dihentikan.

e) Pada tahap awal, penguatan sosial selalu diikuti dengan penguatan yang berbentuk benda.

2) Hubungan penguatan (reinforcement) dan tingkah laku :

a) Reinforcement diikuti oleh tingkah laku.

b) Tingkah laku yang diharapkan harus diberi reinforcement segera setelah ditampilkan.

c) Reinforcement harus sesuai dan bermakna bagi individu atau kelompok yang

diberi reinforcement.

d) Pujian atau hadiah yang kecil tapi banyak lebih efektif dari yang besar tapi

sedikit.

3) Jenis-jenis penguatan (reinforcement)

Terdapat tiga jenis reinforcement yang dapat digunakan untuk modifikasi

tingkah laku, yaitu :

a) Primary reinforce atau uncondition reinforce, yaitu reinforcement yang langsung dapat dinikmati misalnya makanan dan minuman.

b) Secondary reinforce atau conditioned reinforce. Pada umumnya tingkah laku

manusia berhubungan dengan ini, misalnya uang, senyuman, pujian, medali, pin, hadiah dan kehormatan.

c) Contingency reinforcement, yaitu tingkah laku tidak menyenangkan dipakai

sebagai syarat agar anak melakukan tingkah laku menyenangkan, misalnya kerjakan dulu PR baru nonton TV. Reinforcement ini sangat efektif dalam modifikasi tingkah laku.

4) Langkah-langkah pemberian penguatan (reinforcement)

Adapun langkah-langkah penerapan reinforcement positif adalah sebagai

berikut :

- a) Mengumpulkan informasi tentang permasalahan melalui analisis ABC.
- b) Memilih perilaku target yang ingin ditingkatkan.
- c) Menetapkan data awal (baseline) perilaku awal.
- d) Menentukan reinforcement yang bermakna.
- e) Menetapkan jadwal pemberian reinforcement.
- f) Penerapan reinforcement positif.

b. Kartu Berharga (Token Economy)

Kartu berharga (token economy) merupakan teknik konseling behavioral yang

didasarkan pada “prinsip operant conditioning”. Token economy adalah strategi menghindari pemberian reinforcement secara langsung, token merupakan penghargaan yang dapat ditukar kemudian dengan berbagai

barang yang diinginkan oleh konseli. Kartu berharga dapat diterapkan diberbagai seting dan populasi seperti dalam seting individual, kelompok dan kelas, juga pada berbagai populasi mulai dari anak-anak hingga orang dewasa. Token economy bertujuan untuk mengembangkan perilaku adaptif melalui pemberian reinforcement dengan token. Ketika tingkah laku yang diinginkan telah cenderung menetap, pemberian token dikurangi secara bertahap.

Untuk meningkatkan efektivitas token, token economy secara bertahap dikurangi dan diganti dengan penguatan sosial, seperti pujian sebagai cara meningkatkan motivasi internal karena kehidupan nyata individu tidak menerapkan sistem token economy. Selain di institusi, token economy dapat pula diterapkan dirumah dan disekolah. Token economy dapat berbentuk hadiah dalam bentuk berharga setiap kali tingkah laku dikehendaki muncul. Misalnya memakai pakaian, makan, belajar dan mengatur tempat tidur sendiri. Reinforcement diatur dalam interval atau ratio dan dapat divariasikan dengan hukuman yaitu mengambil kembali token yang telah didapatkan bila melakukan kesalahan,. Setelah token mencapai jumlah lalu dapat ditukar dengan reinforcement primer yang disukai.

1) Langkah-langkah penerapan token economy, yaitu :

- a) Membuat analisis ABC.
- b) Menetapkan target perilaku yang akan dicapai bersama konseli.
- c) Penetapan besaran harga atau poin token yang sesuai dengan perilaku target.
- d) Penetapan saat kapan token diberikan kepada konseli.

e) Menetapkan perilaku awal program.

f) Memilih tipe token yang akan digunakan, misalnya bintang, stempel dan kartu.

g) Mengidentifikasi pihak yang terlibat dalam program seperti staf sekolah, guru, relawan, siswa, anggota token economy.

h) Menetapkan jumlah dan frekuensi penukaran token, misal 25-27 token perorang dan menurun sampai 15-30 token perhari.

i) Membuat pedoman pelaksanaan token economy (perilaku mana yang akan diberi penguatan, bagaimana cara memberi penguatan dengan token, kapan waktu pemberian, berapa jumlah token yang bisa diperoleh data apa yang harus dicatat kapan dan bagaimana data dicatat, siapa administratornya dan bagaimana prosedur evaluasinya).

j) Pedoman diberikan kepada konseli dan staf.

k) Lakukan monitoring.

c. Pembentukan (Shaping)

Shaping adalah membentuk tingkah laku yang sebelumnya belum ditampilkan dengan memberikan reinforcement secara sistematis dan langsung setiap kali tingkah laku ditampilkan. Tingkah laku diubah secara bertahap dengan memperkuat unsur-unsur kecil tingkah laku baru yang diinginkan secara berturut-turut sampai mendekati tingkah laku akhir. Pada anak autistik yang tingkah laku motorik, verbal, emosional dan sosial

kurang adaptif. Konselor membentuk tingkah laku yang lebih adaptif dengan memberi reinforcement primer maupun sekunder.

1) Langkah-langkah penerapan shaping

Langkah-langkah pembentukan tingkah laku (shaping) adalah sebagai berikut :

- a) Membuat analisis ABC.
- b) Menetapkan target perilaku spesifik yang akan dicapai bersama konseli.
- c) Tentukan bersama jenis reinforcement positif yang akan digunakan.
- d) Membuat perencanaan dengan membuat tahapan pencapaian perilaku mulai dari perilaku awal sampai perilaku akhir (misalnya bolos menjadi tidak bolos).
- e) Perencanaan dapat dimodifikasi selama berlangsungnya program shaping.
- f) Penetapan waktu pemberian reinforcement pada setiap tahap program, misal setelah beberapa kali percobaan perilaku target dalam satu tahap.

d. Pembuatan Kontrak (Contingency Contracting)

Pembuatan kontrak adalah mengatur kondisi sehingga konseli menampilkan tingkah laku yang diinginkan berdasarkan kontrak antara konseli dan konselor.

1) Prinsip dasar kontrak :

- a) Kontrak disertai dengan penguatan.

b) Reinforcement diberikan dengan segera.

c) Kontrak harus dinegosiasi secara terbuka dan bebas serta disepakati antara

konseli dan konselor.

d) Kontrak harus fair.

e) Kontrak harus jelas (target tingkah laku, frekuensi, lamanya kontrak).

f) Kontrak dilaksanakan secara terintegrasi dengan program sekolah.

2) Langkah-langkah pembuatan kontrak :

a) Pilih tingkah laku yang akan diubah dengan melakukan analisis ABC.

b) Tentukan data awal (baseline data) tingkah laku yang akan diubah.

c) Tentukan jenis penguatan yang akan diterapkan.

d) Berikan reinforcement setiap kali tingkah laku yang diinginkan ditampilkan

sesuai jadwal kontrak.

e) Berikan penguatan setiap saat tingkah laku yang ditampilkan menetap.

e. Pencontohan (Modeling)

Modeling berakar dari teori Albert Bandura yang dikutip oleh Gantina Kumalasari, Eka Wahyuni dan Karsih dengan teori belajar sosial. Penggunaan teknik modeling (pencontohan) telah dimuali pada akhir tahun 50-an, meliputi tokoh nyata, tokoh melalui film, tokoh imajinasi (imajiner). Beberapa istilah yang digunakan adalah pencontohan (modeling), peniruan (imitation) dan belajar melalui pengamatan

(observational learning). Penokohan istilah yang menunjukkan terjadinya proses belajar melalui pengamatan (observational learning) terhadap orang lain dan perubahan terjadi melalui peniruan. Peniruan (imitation) menunjukkan bahwa perilaku orang lain yang diamati, yang ditiru, lebih merupakan peniruan terhadap apa yang dilihat dan diamati. Proses belajar melalui pengamatan menunjukkan terjadinya proses belajar setelah mengamati perilaku pada orang lain. Modeling merupakan belajar melalui observasi dengan menambahkan atau mengurangi tingkah laku yang teramati, menggeneralisir berbagai pengamatan sekaligus, melibatkan proses kognitif. Terdapat beberapa tipe modeling, yaitu modeling tingkah laku baru yang dilakukan melalui observasi terhadap model tingkah laku yang diterima secara sosial individu memperoleh tingkah laku baru.

f. Teknik perilaku (behavior teknik)

1. Exposure

Strategi perilaku biasanya yang sering digunakan dalam terapi perilaku adalah dengan melibatkan klien untuk memasuki situasi yang membuatnya takut dan biasanya klien akan menghindar. seperti “exposure” yang disengaja, direncanakan dan dibawa dengan menggunakan kognitif dan ketrampilan coping lainnya.

Tujuannya adalah :

- a. Menguji validitas ketakutan seseorang (penolakan tidak akan bertahan)
- b. De-awfulise them (dengan melihat bahwa catasphore tidak terjadi)

- c. Mengembangkan kepercayaan diri agar dapat melakukan koping
- d. Meningkatkan toleransi terhadap rasa ketidaknyamanan.

2. Shame attacking

Tipe dari exposure yang melibatkan konfrontasi terhadap rasa takut akan malu dengan bebas melakukan tindakan dengan cara mengantisipasi klien menolak peyerangan (pada saat waktu yang sama, menggunakan teknik cognitive dan emosi hanya untuk merasakan perhatian atau kekecewaan)

3. Risk taking

Tujuannya adalah untuk menantang keyakinan yang menimbulkan perilaku yang beresiko membahayakan, ketika alasan yang dikatakan dari hasil tidak ada garansinya maka mereka memiliki kesempatan berharga. Sebagai contoh seseorang yang takut akan ditolak malah mencoba untuk mengajak seseorang untuk berkencan

4. Paradoxical behavior

Ketika klien berharap untuk merubah kecenderungan disfungsi, hal ini mendorong klien secara bebas untuk bertindak dengan satu cara kontradiksi terhadap kecenderungan tersebut. Latihan untuk perilaku yang baru walaupun tidak secara spontan maka berangsur-angsur terinternalisasi menjadi kebiasaan baru

5. Stepping out of character

Merupakan salah satu tipe dari paradoxical behavior sebagai contoh seorang perfeksionis dapat melakukan segala sesuatu dengan bebas untuk yang kurang dari standar mereka biasanya

6. Postponing gratification

Biasanya digunakan untuk melawan rendahnya toleransi terhadap frustrasi dengan bebas mengurangi rokok, memakan makanan yang manis, menggunakan alcohol aktifitas seksual dan sebagainya.

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

BAB IV

ANALISA SITUASI

SILAHKAN KUNJUNGI

PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Asuhan keperawatan jiwa pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien resiko perilaku kekerasan dengan inovasi intervensiterapi perilaku (*behaviour therapy*) di Ruang Belibis RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan hasil adanya perubahan tingkah laku pada klien dari maladaptif menjadi adaptif.
2. Setelah klien dilakukan tindakan terapi perilaku (*behavior therapy*) menunjukkan bahwa ada terjadi penurunan emosi dari rentang respon kekerasan (Maladaptif) menjadi frustrasi sampai asertif (Adaptif). Hal tersebut menjadi indikator pasien dapat mengontrol emosi marah, menerima keadaan, kejadian, perasaan yang tidak menyenangkan dirasakan dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan. Penetapan SOP tindakan terapi perilaku sebagai asuhan keperawatan karena dapat dilakukan sebagai salah satu metode penurunan emosi pada klien risiko perilaku kekerasan dengan perilaku adaptif.

2. Bagi Perawat

Perawat sebagai educator dapat memberikan informasi pada klien dengan risiko perilaku kekerasan berupa perilaku maladaptive menjadi adaptif dengan tindakan terapi perilaku (*behavior therapy*).

3. Bagi Klien

Diharapkan klien dapat memahami dan menggunakan teknik terapi perilaku

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan menjadi referensi tambahan sehingga dapat menerapkan tindakan terapi perilaku (*behavior therapy*) dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan **konsep penerimaan, kesadaran, dan penggunaan nilai-nilai pribadi** pada klien risiko perilaku kekerasan.

5. Bagi Penulis

Diharapkan dapat memberikan intervensi inovasi lainnya dalam penurunan emosi pada klien risiko perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Damaiyanti, M. & Iskandar (2014) Asuhan Keperawatan Jadung Bandung : PT Refika Aditama
- Depkes RI. 2007. Keperawan Jiwa: Teori dan Tindakan Keperawatan Jiwa.: Depkes RI.
- Fajar Rinawati, Terapi Perilaku. 2015
- Hendrata. 2008. Skizofrenia. (online). <http://fkuii.org.skizofrenia.com> diakses 29 Maret 2016
- Keliat, dkk 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. Jakarta: EGC.
- Keliat & Akemat (2009). Proses Keperawatan Jiwa. Jakarta :EGC.
- Kusyanti. 2006. Manfaat Terapi Pijat. <http://www.scribd.com>. Diakses pada 7 Oktober 2010.
- Noviana, Nuryanti. 2010. Gambaran Kesehatan Jiwa Pada Anak Usia Sekolah 96-12 tahun) di sekolah dasar negeri semeru 7 kota bogor.
- Purba, dkk. (2008). Asuhan pada klien dengan masalah psikologi dan gangguan jiwa medan : usu press
- Stuart & Laraia, (2008), principles and practice of psychiatric Nursing 9th ed Missouri : Mosby, inc
- Stuart , G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa, ed 5*. EGC, Jakarta
- Sumiati, dkk. (2009), kesehatan jiwa dan remaja konseling. Jakarta : trans info media
- Townsend, (2010). Psychiatric Mental Healt Nursing : Concepts of Care I Evidence-Based practice (6th ed), Philadelphia : F.A. Davis
- Utomo, dkk (2009). PASTI (Preparedness Assesment Tools for Indonesia). Jakarta : HFI dan MCMC
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B.& Shoemaker, N.C., 2006 *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing 5th Edition*, Saunders Elsevier, USA
- Videbeck, Sheila L., (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- World Health Organisation (WHO). 2012. *The Numbers Count Mental Disorders*. Di akses tanggal 28 April 2013
- Yosep I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung Replika Aditama
- 2009, Keperawatan Jiwa, Edisi Revisi, Bandung : Revika aditama
- Yusuf. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta :salemba Medika