

BIODATA PENELITI



1. Data Pribadi

Nama : Aviva Handini

Tempat, tanggal lahir : Balikpapan, 17 Februari 1997

Alamat asal : PERUM GRAHA INDAH blok w, rt 09 Balikpapan Utara

Alamat di Samarinda : Jalan Juanda 7f, no 55 rt 04 kec Samarinda Ulu

2. Riwayat Pendidikan

Pendidikan formal

Tamat SD Tahun : 2009 di SDN 002 Balikpapan

Tamat SMP : 2012 di MTSN 01 Balikpapan

Tamat SMA : 2015 di SMAN 03 Balikpapan

Sedang menempuh kuliah di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, Prodi Studi Ners (2019-sekarang).

Lampiran 2

Standar Operasional Prosedur <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>	
Sesi 1	
Pengertian	Salah satu teknik yang digunakan dalam menyelesaikan tingkah laku yang ditimbulkan oleh dorongan dari dalam serta dorongan untuk memenuhi kebutuhan – kebutuhan hidup yang dilakukan melalui proses belajar agar bisa bertindak serta bertingkah laku lebih afektif dan lebih tanggap dalam menghadapi situasi dan masalah lebih efisien dan efektif.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Mengubah pikiran dari tidak logis dan negative menjadi objektif, rasional, positif2. Meningkatkan aktivitas3. Mengurangi perilaku yang tidak diinginkan (maladaptive)4. Meningkatkan ketrampilan sosial
Setting	<ol style="list-style-type: none">1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di ruang rawat inap klien2. Suasana ruangan harus tenang3. Klien duduk berhadapan dengan perawat
Tahap Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none">1. Mencuci tangan2. Memilih tempat yang tenang, yang bebas dari gangguan3. Menyiapkan alat : buku, alat tulis (pulpen)

Fase orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam, memanggil klien dengan namanya 2. Memperkenalkan diri 3. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien (kontrak waktu) 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien
Fase kerja	<ol style="list-style-type: none"> a. Membaca Basmalah, b. Atur posisi klien nyaman mungkin, untuk memudahkan klien bercerita dan perawat mendengarkan apa yang di ceritakan klien c. Perawat mendiskusikan tentang Pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri setelah mengalami kejadian traumatis, perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat pikiran negatif setelah mengalami kejadian traumatis dan mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif dalam buku kerja klien “ Pa, jadi bisa bapa sebutkan atau ceritakan pikiran negative yang timbul dikiran bapa, serta dampak dari tindakan tersebut”. d. Melatih satu pikiran otomatis negatif Pada tahap ini perawat dan pasien memilih satu pikiran negatif yang akan dilatih untuk mengatasinya, mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja klien dan melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negative “ jadi pa dari yang bapa ceritakan tadi itu tidak bisaa bapa lakukan yaa, karena bapa tau sendirikan dampak dari tindakan tersebut sperti apa, baik pa kira-kira mana yang bisa bapa lakukan di sesi 1 ini yang dapat merembet ke pikira-pikiran lainnya”.

	<p>e. Perawat memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.</p>
<p>Fase Terminasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca Hamdalah 2. Menyimpulkan dari kegiatan yang telah dilakukan 3. Mengevaluasi respon klien terhadap diskusi 4. Melakukan reinforcement positif 5. Melakukan kontrak tindak lanjut. 6. Mengakhiri pertemuan dengan baik : bersama klien membaca do'a <p>“Allāhumma rabban nāsi, adzhibil ba'sa. Isyfi. Antas syāfi. Lā syāfiya illā anta syifā'an lā yughādiru saqaman”.</p> <p>Artinya : (Yaa allah tuhan segala manusia, hilangkan segala penderitaannya, angkat penyakitnya, sembuhkan dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi), dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien.</p> 7. Salam penutup 8. Evaluasi dilakukan saat proses terapi perilaku kognitif berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

Format evaluasi proses terapi perilaku	No	Aspek yang dinilai	Nilai	
			Tanggal	Tanggal
	1	Memperkenalkan diri dengan		
	2	Mengungkapkan pikiran		
	3	Mengungkapkan perasaan dan perilaku negatif yang		
	4	Memilih satu pikiran		
	5	Menyebutkan aspek positif yang dimiliki untuk		
	6	Melatih satu cara mengatasi pikiran otomatis negatif		
	Jumlah			
<p>* : nilai 1 apabila perilaku dilakukan dan 0 apabila tidak dilakukan</p> <p>** : apabila nilai ≥ 4 : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya. Apabila nilai ≤ 3 : klien harus mengulangi sesi</p> <p>9. Dokumentasi</p> <p>Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi perilaku kognitif pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 1, klien mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien, memilih satu pikiran negatif, mengidentifikasi hal positif dan latihan satu pikiran negatif otomatis, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 1, klien belum mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).</p>				
Standar Operasional Prosedur <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>				

Sesi 2	
Pengertian	Salah satu teknik yang digunakan dalam menyelesaikan tingkah laku yang ditimbulkan oleh dorongan dari dalam serta dorongan untuk memenuhi kebutuhan – kebutuhan hidup yang dilakukan melalui proses belajar agar bisa bertindak serta bertingkah laku lebih afektif dan lebih tanggap dalam menghadapi situasi dan masalah lebih efisien dan efektif.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengubah pikiran dari tidak logis dan negative menjadi objektif, rasional, positif 2. Klien mampu mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran negative yang kedua 3. Mengurangi perilaku yang tidak diinginkan (maladaptive) 4. Meningkatkan ketrampilan sosial
Setting	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di ruang rawat inap klien 2. Suasana ruangan harus tenang 3. Klien duduk berhadapan dengan perawat
Tahap Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Memilih tempat yang tenang, yang bebas dari gangguan 3. Menyiapkan alat : buku, alat tulis (pulpen)

<p>Fase orientasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, memanggil klien dengan namanya 2. Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini 3. Menjelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada pasien di tahap ke dua ini. 4. Menanyakan apakah pikiran otomatis negative yang pertama masih sering muncul dan mengevaluasi kemampuan klien terkait latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama 5. Menanyakan apakah klien sudah memilih pikiran otomatis negatif yang kedua untuk hari ini.
<p>Fase kerja</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca Basmalah, 2. Atur posisi klien nyaman mungkin, untuk memudahkan klien bercerita dan perawat mendengarkan apa yang di ceritakan klien 3. Perawat mendiskusikan tentang Pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri setelah mengalami kejadian traumatis, perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat pikiran negatif setelah mengalami kejadian traumatis dan mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif dalam buku kerja klien “ Pa, jadi bisa bapa sebutkan atau ceritakan pikiran negative yang timbul dikiran bapa, serta dampak dari tindakan tersebut”. 4. Melatih satu pikiran otomatis negatif Pada tahap ini perawat dan pasien memilih satu pikiran negatif yang akan dilatih untuk mengatasinya, mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja klien dan melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negative “ jadi pa dari yang bapa ceritakan tadi itu tidak bisaa bapa lakukan yaa, karena bapa tau sendirikan dampak dari

	<p>tindakan tersebut seperti apa, baik pa kira-kira mana yang bisa bapa lakukan di sesi 1 ini yang dapat merembet ke pikira-pikiran lainnya”.</p> <p>5. Perawat memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.</p>
<p>Fase Terminasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca Hamdalah 2. Menyimpulkan dari kegiatan yang telah dilakukan 3. Mengevaluasi respon klien terhadap diskusi 4. Melakukan reinforcement positif 5. Melakukan kontrak tindak lanjut. 6. Mengakhiri pertemuan dengan baik : bersama klien membaca do'a <p>“Allāhumma rabban nāsi, adzhibil ba'sa. Isyfi. Antas syāfi. Lā syāfiya illā anta syifā'an lā yughādiru saqaman”.</p> <p>Artinya : (Yaa allah tuhan segala manusia, hilangkan segala penderitaannya, angkat penyakitnya, sembuhkan dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi), dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien.</p> 7. Salam penutup 8. Evaluasi dilakukan saat proses terapi perilaku kognitif berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

Format evaluasi proses terapi perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memilih pikiran negatif yang kedua		
2	Mengungkapkan keinginan untuk mengatasi pikiran		
3	Menggunakan metode 3 (tiga) kolom untuk mengubah		
4	Menulis pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif		
5	Melatih cara untuk mengatasi pikiran otomatis negatif		
	Jumlah		

* : nilai 1 apabila perilaku dilakukan dan 0 apabila tidak dilakukan

** : apabila nilai Bila nilai ≥ 4 : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya. Apabila nilai ≤ 3 : klien harus mengulangi sesi

11. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi perilaku kognitif pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 2, klien mampu mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif serta cara penyelesaian masalah. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 2, klien belum mampu mereview pikiran negatif serta cara penyelesaian masalah, dianjurkan klien untuk melatih diri di mandiri /mengulangi sesi 2(buat jadwal).

Mampu mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis

	<p>yang negatif serta cara penyelesaian masalah. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 2, klien belum mampu mereview pikiran negatif serta cara penyelesaian masalah, dianjurkan klien untuk melatih diri di mandiri /mengulangi sesi 2(buat jadwal).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Retno Yuli Hastuti, Setianingsih (2016) Pengaruh <i>Cognitif Behaviour Therapy</i> pada klien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan dan halusinasi di RSJD DR. RM SOEDJARWADI KLATEN. - Fauziah, Hamid, A. Y.(2009): Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku pada Klien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di RS Marzoeki Mahdi Bogor. - Sudiatmika, I.K, Keliat, B.A., Wardani, IY., (2011). Efektifitas <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dan <i>Rational Emotive Behaviour Therapy</i> terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan praktek komunikasi pada masalah keperawatan jiwa : Resiko Perilaku kekerasan

Tujuan khusus

Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu melakukan praktek komunikasi dengan Sp 1 p pada masalah keperawatan jiwa : Resiko Perilaku Kekerasan

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (Sp 1p)

Element	Kritreria Untuk Kerja
Tahap Prainteraksi Pengkajian	Kondisi Klien: Pasien tampak mondar-mandir, berbicara kasar dengan mengatakan "bajingan...!"
Diagnosa Keperawatan	Resiko Perilaku Kekerasan
Perencanaan	Sp.1 p <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi penyebab perilaku2. Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan3. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan4. Identifikasi akibat perilaku kekerasan5. Sebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan Fisik 1 dan 2, secara verbal, secara spiritual dan minum obat)6. Bantu pasien memasukkan cara mengontrol PK secara fisik 1 ke dalam7. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol PK secara fisik 1 ke dalam jadwal harian

<p>Pelaksanaan Tahap Orientasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik "Assalamualaikum, A... selamat pagi ?" 2. Memvalidasi keadaan/kondisi klien "Bagaimana Perasaannya saat ini ? Masih ada perasaan kesal atau marah ?" 3. Mengadakan kontrak (tempat, waktu, topic) "Bagaimana kalau sekarang kita berbincang-bincang tentang perasaan marah mbak..... berapa lama mbak mau ?....Bagaimana kalau 10 menit ? Dimana anaknya kita duduk ?" 4. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan "Apa yang menyebabkan A marah ?....apakah sebelumnya A pernah marah ? Apa yang di rasakan sebagai sebagai penyebab A marah ? O....seperti saat A pulang kerumah istri belum menyediakan makanan...."
<p>Tahap Kerja</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan "Apa yang A rasakan marah ? Apakah A merasakan kesal kemudian dada berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat dan tangan mengempal ?" 6. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan "Setelah itu apa yang A lakukan ? O....jadi A membanting piring atau kendang memukul anak ? apakah dengan cara ini, makanan cepat terhidang ? Iya.... betul, tentu tidak...." 7. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan "Kira-kira apa kerugian cara yang A lakukan ? Betul....piring jadi pecah dan anak menjadi sakit sehingga menangis...." 8. Menyebutkan cara mengontrol perilaku "Menurut A, adakah cara yang lebih baik ? Maukah A belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian ?Ada beberapa cara mengungkapkan kemarahan A....bagaimana kalau belajar satu cara dulu ya ? Salah satunya adalah dengan cara fisik, jadi secara fisik dapat disalurkan rasa marah yang mbak rasakan...." 9. Membantu pasien mempraktekan latihan cara mengontrol secara baik fisik I "Begini A, kalau tanda-tanda marah tadi sudah A rasakan, maka A berdiri lalu tari nafas dari hidung, lalu tahan sebentar lalu tiup perlahan-lahan melalui..."

<p>Tahap Terminasi</p>	<p>Mulut,A biasa lihat saya mempraktekan dulu.....(saudara praktekkan)...Ayo..coba kita praktekkan...Ayo coba tarik dari hidung....bagus...tahan dan tiup melalui mulut...nah, lakukan 5 kali...Bagus sekali A sudah bias melakukannya...Bagaimana perasaannya?”</p> <p>10. Mengajukan pasien memasukkan latihan kedalam kegiatan harian “Sebaliknya A melakukan secara rutin latihan ini sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul..A sudah terbiasa melakukannya...bagaimana kalau kita jadwalkan setiap pukul 8 pagi dan pukul 4 sore ?...ya bagus”</p> <p>11. Mengevaluasi pertemuan dengan pasien “bagaimana perasaan A setelah berbincang-bincang tentang kemarahan A....?...iya... jadi penyebab A marah..(sebutkan) dan yang A rasakan...(sebutkan) dan yang A lakukan.... (sebutkan) serta akibatnya...(sebutkan)...”</p> <p>12. Merencanakan tindak lanjut “Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah A yang lalu yang belum kita bahas dan apa yang A lakukan kalau marah ...Jangan lupa latihan nafas dalamnya ya... sekarang kita buat jadwal latihannya....beberapa kali sehari A mau latihan nafas dalam ? Jam berapa saja ?</p> <p>13. Mengadakan kontrak pertemuan selanjutnya tempat, waktu, topic) “ Baik...bagaimana kalau besok kita bertemu lagi dan kita latihan cara main untuk mengontrol marah... Tempatnya disi aja ya.. Baiklah....bagaimana kalau sekarang kita berdo’a bersama :</p> <p>Allāhumma rabban nāsi, adzhibil ba'sa. Isyfi. Antas syāfi. Lā syāfiya illā anta syifā'an lā yughādiru saqaman</p> <p>Artinya : (Yaa allah tuhan segala manusia, hilangkan segala penderitaannya, angkat penyakitnya, sembuhkan dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi), dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien.</p> <p>14. Mengucapkan salam terapeutik</p>
------------------------	---

	<p>“Ya... Kalau begitu sampai jumpa besok pagi...Assalamu’alaikum...”</p>																																																																														
<p>Evaluasi</p>	<p>15. Penilaian kemampuan pasien</p> <table border="1" data-bbox="699 625 1536 1262"> <thead> <tr> <th data-bbox="699 625 794 762">No</th> <th data-bbox="794 625 1110 762">Kemampuan</th> <th colspan="7" data-bbox="1110 625 1536 690">Tanggal</th> </tr> <tr> <td data-bbox="699 690 794 762"></td> <td data-bbox="794 690 1110 762">Sp 1</td> <td colspan="7" data-bbox="1110 690 1536 762"></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="699 762 794 846">1</td> <td data-bbox="794 762 1110 846">Menyebutkan penyebab PK</td> <td data-bbox="1110 762 1166 846"></td> <td data-bbox="1166 762 1221 846"></td> <td data-bbox="1221 762 1276 846"></td> <td data-bbox="1276 762 1331 846"></td> <td data-bbox="1331 762 1386 846"></td> <td data-bbox="1386 762 1442 846"></td> <td data-bbox="1442 762 1497 846"></td> <td data-bbox="1497 762 1536 846"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 846 794 930">2</td> <td data-bbox="794 846 1110 930">Menyebut tanda dan gejala PK</td> <td data-bbox="1110 846 1166 930"></td> <td data-bbox="1166 846 1221 930"></td> <td data-bbox="1221 846 1276 930"></td> <td data-bbox="1276 846 1331 930"></td> <td data-bbox="1331 846 1386 930"></td> <td data-bbox="1386 846 1442 930"></td> <td data-bbox="1442 846 1497 930"></td> <td data-bbox="1497 846 1536 930"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 930 794 1014">3</td> <td data-bbox="794 930 1110 1014">Menyebutkan PK yang dilakukan</td> <td data-bbox="1110 930 1166 1014"></td> <td data-bbox="1166 930 1221 1014"></td> <td data-bbox="1221 930 1276 1014"></td> <td data-bbox="1276 930 1331 1014"></td> <td data-bbox="1331 930 1386 1014"></td> <td data-bbox="1386 930 1442 1014"></td> <td data-bbox="1442 930 1497 1014"></td> <td data-bbox="1497 930 1536 1014"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1014 794 1098">4</td> <td data-bbox="794 1014 1110 1098">Menyebutkan akibat PK</td> <td data-bbox="1110 1014 1166 1098"></td> <td data-bbox="1166 1014 1221 1098"></td> <td data-bbox="1221 1014 1276 1098"></td> <td data-bbox="1276 1014 1331 1098"></td> <td data-bbox="1331 1014 1386 1098"></td> <td data-bbox="1386 1014 1442 1098"></td> <td data-bbox="1442 1014 1497 1098"></td> <td data-bbox="1497 1014 1536 1098"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1098 794 1182">5</td> <td data-bbox="794 1098 1110 1182">Menyebutkan cara mengontrol PK</td> <td data-bbox="1110 1098 1166 1182"></td> <td data-bbox="1166 1098 1221 1182"></td> <td data-bbox="1221 1098 1276 1182"></td> <td data-bbox="1276 1098 1331 1182"></td> <td data-bbox="1331 1098 1386 1182"></td> <td data-bbox="1386 1098 1442 1182"></td> <td data-bbox="1442 1098 1497 1182"></td> <td data-bbox="1497 1098 1536 1182"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1182 794 1262">6</td> <td data-bbox="794 1182 1110 1262">Memperaktek-kan cara mengontrol fisik 1</td> <td data-bbox="1110 1182 1166 1262"></td> <td data-bbox="1166 1182 1221 1262"></td> <td data-bbox="1221 1182 1276 1262"></td> <td data-bbox="1276 1182 1331 1262"></td> <td data-bbox="1331 1182 1386 1262"></td> <td data-bbox="1386 1182 1442 1262"></td> <td data-bbox="1442 1182 1497 1262"></td> <td data-bbox="1497 1182 1536 1262"></td> </tr> </tbody> </table> <p>16. Mencatat pada status pasien tentang pencapaian kemampuan pasien</p>	No	Kemampuan	Tanggal								Sp 1								1	Menyebutkan penyebab PK									2	Menyebut tanda dan gejala PK									3	Menyebutkan PK yang dilakukan									4	Menyebutkan akibat PK									5	Menyebutkan cara mengontrol PK									6	Memperaktek-kan cara mengontrol fisik 1								
No	Kemampuan	Tanggal																																																																													
	Sp 1																																																																														
1	Menyebutkan penyebab PK																																																																														
2	Menyebut tanda dan gejala PK																																																																														
3	Menyebutkan PK yang dilakukan																																																																														
4	Menyebutkan akibat PK																																																																														
5	Menyebutkan cara mengontrol PK																																																																														
6	Memperaktek-kan cara mengontrol fisik 1																																																																														

STRATEGI PELAKSANAAN KEDUA PADA PASIEN (Sp2P)

Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan praktek komunikasi pada masalah keperawatan jiwa : Resiko Perilaku Kekerasan

Tujuan Khusus

Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu melakukan praktek komunikasi dengan Sp2 p pada masalah keperawatan jiwa : Resiko Perilaku Kekerasan

Elemen	Kriteria untuik kerja
Tahap Prainteraksi Perencanaan	Sp2p 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (sp 1) 2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik II (memukul bantal) 3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol PK secara fisik 2 ke dalam jadwal kegiatan harian
Pelaksanaan Tahap Orientasi	1. Mengucapkan salam terapeutik “Assalamu’alaikum A sesuai dengan janji kita kemarin... sekarang kita bertemu lagi” 2. Memvaliditasi keadaan/kondisi klien dan mengevaluasi kegiatan harian pasien (sp1p) “Bagaimana perasaan A hari ini ? adakah hal yang masih menyebabkan A marah ? apakah cara yang kita bicarakan kemarin sudah dipraktekan kalau marahnya datang?.. wah, bagus sekali...” 3. Mengadakan kontrak (tempat, waktu, topic) “Baik... sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua... mau berapa lama ? Bagaimana kalau 15 menit? Dimana kita bicara? Bagaimana kalau diruang tamu?”

<p>Tahap kerja</p>	<p>4. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik ke 2</p> <p>“ kalau ada yang menyebabkan A marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain nafas dalam, A juga dapat memukul bantal dan kasur... sekarang mari kita latihan memukul bantal dan kasur... mana kamar A? jadi kalau A nanti kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul bantal dan kasur. Nah coba A lakukan pukul bantal dan kasurnya.. ya bagus sekali... setelah A memukul bantal dan kasur tadi kira-kira apa manfaatnya.. iya A bisa melampiaskan rasa kesal dan marah dengan tidak menyakiti orang lain.. tapi setelah itu rapikan tempat tidurnya yaa...”</p> <p>5. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol PK secara fisik 2 ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>“mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari pak.. pukul kasur dan bantal mau jam berapa ? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik jadi jam 06.00 dan jam 15.00 sore ?</p>
<p>Tahap Terminasi</p>	<p>6. Mengevaluasi pertemuan dengan pasien</p> <p>“ Bagaimana perasaan A.. setelah latihan cara menyalurkan marah tadi ? ada berapa cara yang sudah kita latih.. coba A sebutkan lagi... bagus !</p> <p>7. Merencanakan tindak lanjut</p> <p>“ Nah A.. Kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara yang telah kita pelajari...”</p> <p>8. Mengadakan kontrak pertemuan selanjutnya (tempat, waktu, topic)</p> <p>“besok pagi kita ketemu lagi.. kita akan latihan cara mengontrol marah dengan cara yang lain lagi.. mau jam berapa ? baik.. jam 10.00 pagi ya, disini aja lagi... baiklah bagaimana kalau sekarang kita berdo'a bersama :</p>

Allāhumma rabban nāsi, adzhibil ba'sa. Isyfi. Antas syāfi. Lā syāfiya illā anta syifā'an lā yughādiru saqaman

(YA Allah, Tuhan segala manusia, hilangkan segala penderitaannya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi) dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien.

9. Mengucapkan salam terapeutik

“assalamuallaikum..”

10. Penilaian kemampuan pasien

No	Kemampuan	Tanggal
	Sp2	
1	Mempraktekkan latihan cara fisik II dan memasukkan ke dalam jadwal	

Evaluasi

11. Mencatat pada status pasien tentang pencapaian kemampuan pasien

Dokumentasi	
--------------------	--

Jurnal Penelitian

Jurnal Mutiara Ners, 8-14

EFEKTIFITAS BEHAVIOUR THERAPY TERHADAP RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA**Jek Amidos Pardede¹, LauraMariati Siregar², Efendi Putra Hulu³**¹Fakultas Farmasi dan Ilmu Kesehatan Universitas Sari Mutiara Indonesia
E-mail: jek.pardede@gmail.com²Fakultas Farmasi dan Ilmu Kesehatan Universitas Sari Mutiara Indonesia
Email : laura_boregg@yahoo.co.id³Fakultas Farmasi dan Ilmu Kesehatan Universitas Sari Mutiara Indonesia
Email : efendiputrahulu@gmail.com**ABSTRACT**

The risk of violent behavior is a symptom in patients with schizophrenia which can be controlled through Behavior Therapy. Behavior therapy is an approach used to understand individuals' behavior which regards individuals from the point of view of physical phenomenon and tend to disregard mental aspect. This study aimed to identify the effect of behavior therapy on the changes of symptoms in violent behavior risk among patients with schizophrenia. The study employed quasi-experimental method using pre-posttest design. The total number of population in the present study was 155 people and 13 people were selected as samples through purposive sampling technique. The data were collected through questionnaire, Standard Operational Procedure, and observation sheet. This study found the mean scores of symptoms in violent behavior risk after behavior therapy applied to the patients in three different areas, namely cognitive response was 10.69, affective response was 12.00, social response was 11.92, behavior response was 9.69, and composite value was 44.3. The calculation of Paired T-test resulted p value = 0.000 p=0.05. It indicates that there is an effect of behavior therapy on the changes of symptoms in violent behavior risk before and after the implementation of behavior therapy. Therefore, it is concluded that behavior therapy has a significant effect on the symptom change in violent behavior risk among schizophrenic patients at Prof.Dr.Muhammad Idrem Psychiatric Hospital in Medan City with p value = 0.000 p= 0.05. It is suggested that the hospital should provide special area for the patients to practice behavior therapy so that schizophrenic patients may have better concentration on practicing behavior therapy.

Keywords : Behavior Therapy, Violent Behavior Risk, Schizophrenia**1. PENDAHULUAN**

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi (Isaacs, 2005 dalam Pardede, dkk 2016). Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran sehingga pikiran itu menjadi sangat aneh, juga distorsi persepsi, emosi, dan

tingkah laku yang dapat mengarah ke risiko perilaku kekerasan yang dapat berbahaya dengan diri sendiri maupun orang lain sekitar (Baradero, 2016).

Menurut WHO(2016) bahwa 21 juta orang dengan skizofrenia dengan prevalensi pasien dengan perilaku kekerasan di dunia. Data Riskesdas (2013) menunjukkan jumlah penduduk Indonesia ada sekitar 236 juta yang mengalami skizofrenia sebanyak

Jurnal Mutiara Ners

8

Januari 2020, Vol.3 No.1

Jurnal Mutiara Ners, 8-14

68% (sekitar 272.816.000 orang). Data Riskesdas (2013) melaporkan bahwa provinsi Sumatera Utara, prevalensi skizofrenia adalah 0,9 per 1.000 penduduk pada tahun 2007 dan meningkat menjadi 1,4 per 1.000 penduduk pada tahun 2013, Kota Medan 1,0 per 1.000 penduduk menjadi 1,1 per 1.000 penduduk, Serdang Bedagai 1,2 per 1.000 penduduk tahun 2007 meningkat menjadi 2,5 per 1.000 penduduk tahun 2013, Samosir 1,4 per 1.000 penduduk tahun 2007 menjadi 3,1 per 1.000

Terapi yang diberikan untuk mengatasi pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan biasanya terapi generalis keperawatan jiwa tetapi masih belum sempurna dalam menangani pasien maka perlulah terapi spesialis keperawatan untuk mempercepat kesembuhan pasien seperti *Behaviour Therapy* yang dapat mengubah perilaku maladaptif ke adaptif.

Behaviour Therapy merupakan salah satu teknik yang digunakan dalam

PENGARUH COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY PADA KLIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN DAN HALUSINASI DI RSJD DR. RM SOEDJARWADI KLATEN

Retno Yuli Hastuti, Setianingsih

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Klaten

ABSTRAK

Latar belakang : RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten mempunyai klien skizofrenia yang dirawat dengan risiko perilaku kekerasan dan halusinasi: 43,48%. Hasil penelitian sebelumnya CBT cukup efektif dalam menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia. Penelitian ini bertujuan mendapatkan gambaran pengaruh CBT terhadap perubahan gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi yang dirawat di ruang rawat map RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasi Experimental Pre-Post Test with Control Group* dengan jumlah sample 56 responden yang terbagi 28 kelompok intervensi dan 28 kelompok kontrol. Analisa data menggunakan dependen dan independent t test. Hasil penelitian ini menemukan penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi yang lebih besar untuk klien yang mendapatkan daripada yang tidak mendapatkan CBT (pvalue <0,05). Kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien yang menerima CBT meningkat secara signifikan (p nilai <0,05) Hasil penelitian ini klien penurunan gejala PK 48% pengurangan gejala halusinasi 47% dari penelitian ini juga meningkatkan kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan afektif dan perilaku dan halusinasi dengan hasil tertinggi hingga 57%. CBT direkomendasikan sebagai klien keperawatan perilaku kekerasan terapi dan halusinasi di RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten.

Kata kunci: perilaku kekerasan, halusinasi, kemampuan kognitif, terapi perilaku kognitif afektif dan perilaku

LATAR BELAKANG

Skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan jiwa berat yang paling banyak ditemukan dengan perilaku kekerasan dan halusinasi. Departemen Kesehatan RI (2003) mencatat bahwa 70% gangguan jiwa terbesar di Indonesia adalah Skizofrenia. RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten mempunyai klien yang dirawat dengan risiko perilaku kekerasan disertai halusinasi dan harga diri rendah : 27,98%, klien risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah : 28,54%, klien dengan risiko perilaku kekerasan dan halusinasi: 43,48% (Laporan dari masing-masing ruangan, 2013).

Tindakan keperawatan spesialis pada klien halusinasi dan perilaku kekerasan adalah *cognitive behavior therapy* (Vancouver, Carson & Shoemaker, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2009) terhadap 13 orang klien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan

menunjukkan bahwa CBT dapat meningkatkan kemampuan kognitif 60% dan perilaku klien 66%. Wahyuni (2010) dalam penelitiannya terhadap 28 klien skizofrenia yang mengalami halusinasi mendapatkan bahwa *cognitive behavior therapy* (CBT) dapat menurunkan gejala halusinasi sebesar 34,5%, sedangkan kemampuan mengontrol halusinasi meningkat hingga 18%. Hal ini menunjukan bahwa CBT cukup efektif dalam menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia.

METODOLOGI

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi Experimental Pre-Post Test with Control Group*" dengan intervensi *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. Responden berjumlah



Cognitive behavioural therapy for violent behaviour in children and adolescents: A meta-analysis

Nilüfer Özabacı*

Dokuz Eylül University Education Faculty Guidance and Counselling, 26480, Menekşe, Ekinciler, Turkey

ARTICLE INFO

Article history:
Received 21 March 2011
Received in revised form 16 May 2011
Accepted 16 May 2011
Available online 24 May 2011

Keywords:
Aggression
Violence
Cognitive behavioural therapy
Meta analysis

ABSTRACT

Aggressive behaviours often co-occur with other emotional, behavioural, academic, and social relationship problems. During adolescence, these children often exhibit increased rates of school dropout, depression, juvenile delinquency, substance abuse, and poor peer relationships. Some definitions focus on aggression as an emotion; according to this framework, aggressive behaviours stem from anger. Other definitions emphasise the motivational aspect of aggression, wherein intentions are thought to indicate the behavioural characteristics. Cognitive-behavioural therapy (CBT) is one of the most extensively researched forms of psychotherapy. This paper aims to review the literature on the use of CBT for treating children and adolescents who demonstrate high levels of violence. Studies were searched for using several methods. First, we used large database of literature on psychological treatments of violence in general. Studies were traced by means of several methods. A large database of 240 papers on the psychological treatment of aggression and violence in general were used. This database was developed through a comprehensive literature search (from 1987 to March 2009) in which we examined abstracts in ERIC (19 abstracts), Psycinfo (30), and Medline (23). Keywords used in computer searches were: Aggression, Violence, CBT, cognitive-behavioural therapy, cognitive therapy, behaviour therapy, and behavioural activation. The options were used in computer searches so that all relevant topics within the broader categories were searched as well. Six studies met the inclusion criteria, all of which indicated beneficial results of using CBT. A meta-analysis suggested an effect size of -0.094 for reduced violence as a result of CBT treatment; this is considered to be a medium effect. The differential effects of cognitive-behavioural therapy and affective education were variable, although they were also generally in the medium range. In this meta-analytic study, CBT treatment proved less effective in reducing aggressive behaviour. This review tentatively suggests potential for using CBT to reduce violence in children and adolescents. However, there is only a small body of research exploring this relationship at present. Further research is needed before any solid conclusions can be drawn.

© 2011 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Cognitive-behavioural therapy (CBT) is one of the most extensively researched forms of psychotherapy. The question of whether a particular psychotherapy is superior to others has produced ardent controversy. In addition to comparative efficacy, key questions exist regarding the long-term effectiveness of cognitive-behavioural therapy (CBT); in other words, to what extent do intervention effects persist after the cessation of treatment. Related to this is the question of whether effects resulting from CBT treatments persist to a greater extent than do those of other treatments (Hollon & Beck, 1994).

Excessive aggression, such as fighting, stealing and victimisation, is a common childhood problem (Offord, Boyle, Fleming, Munroe, & Rae-Grant, 1989; Offord & Lipman, 1996), affecting up to 10% of 6- to

15-year-olds. Aggressive behaviours often co-occur with other emotional, behavioural, academic, and social relationship problems. Moreover, these behaviours tend to aggregate in families (Lahay et al., 1988). During adolescence, these adolescents often exhibit increased rates of school dropout, depression, juvenile delinquency, substance abuse, and poor peer relationships (Campbell, 1991; Loeber, 1991).

Some definitions focus on aggression as an emotion; according to this framework, aggressive behaviours stem from anger (Moffitt, 1993). Other definitions emphasise the motivational aspect of aggression, wherein intentions are thought to indicate the behavioural characteristics.

Inspection of the DSM-IV disorders applicable to youth reveals several diagnostic criteria, associated features, and descriptors that are relevant to anger. Irritability is a prominent feature of all major mood disorders, including bipolar disorders and depressive disorders. In adjustment disorders involving disturbance of emotions or conduct, there often are violation of the rights of others, aggressive behaviour, and persistent anger (DSM-IV-TR).

* Tel.: +90 232307501633, +90 5058601910 (GSM).
E-mail address: niluferozabaci@hotmail.com.

0190-7401/\$ – see front matter © 2011 Elsevier Ltd. All rights reserved.
doi:10.1016/j.chiloyouth.2011.05.027

Aggressiveness, poor impulse control, and intense anger and hostility are, likewise, characteristics of a broad range of disorders involving abuse or withdrawal from alcohol or other drugs. Intermittent explosive disorder is defined primarily by discrete episodes of loss of control of aggressive behaviour (Sukhodolsky, Kassinove, & Gorman, 2004).

Numerous variables (e.g., context, parenting, and peer relations) are known to predict antisocial outcomes in adolescence (Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Farrington, & Wikström, 2002). Whether these variables increment the prediction beyond dispositional factors in early life is still under debate (Dodge, Coie, & Lynam, 2005). However, given that CBT's focus on modifying thinking and transferring the skills learned in the therapy to everyday life (i.e., making the patient his/her own therapist), treatment effects would be expected to persist following termination. Indeed, this has indicated long-term effectiveness of CBT and its relative success at preventing relapse (Beck, 1995).

Several social-cognitive models have detailed cognitive processes

behavioural activation. The option was used in computer searches so that all relevant topics within the broader categories were searched as well.

Studies were obtained and included if they met the following criteria:

- study participants were selected for a diagnosis of violence
- random assignment to treatment conditions was used
- at least one of the treatment conditions was identified as a behavioural, cognitive, or cognitive-behavioural intervention (the comparison conditions could be either a passive control or alternate treatment)
- sample age range was between 6 and 18 years old
- the study was published in an English language, peer-reviewed journal. Studies had to report post-treatment data (means and standard deviation) for at least one outcome measure assessing violence. Studies also had to report data for at least one cognitive, coping, behavioural, or physiological target at post-



INTUISI 8 (1) (2016)

INTUISI
JURNAL ILMIAH PSIKOLOGI

<http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/INTUISI>



PENGARUH CBT (COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY) TERHADAP NURANI PADA REMAJA DENGAN PERILAKU AGRESIF

Dwi Astuti dan Latifa Nur Ahyani¹

Universitas Muria Kudus, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:
Diterima 15 Januari 2016
Disetujui 29 Februari 2016
Dipublikasikan 1 Maret 2016

Keywords:
Nurani, CBT,
Perilaku Agresif

Abstrak

Agresifitas yang dilakukan oleh anak-anak dengan latar belakang sekolah disebarkan adanya nurani yang kurang berkembang pada anak, kurangnya kontrol terhadap impuls dan kurangnya sensitivitas terhadap nilai moral. Penelitian ini bertujuan untuk untuk menguji secara empiris pengaruh CBT (Cognitive Behavior Therapy) terhadap nurani pada remaja dengan perilaku agresif. Desain eksperimen dalam penelitian ini adalah penelitian ini menggunakan model The Untreated Control Group Design with Pretest and Posttest. Metode analisis data yang digunakan secara statistik melalui uji beda (t). Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: Ada perbedaan tingkat pencapaian nurani remaja dan perilaku agresif sebelum mendapatkan Cognitive Behavior Therapy dan setelah mendapatkan penyampaian nilai-nilai nurani melalui CBT. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala nurani yang memodifikasi skala nurani dan perilaku agresif. Subjek penelitian adalah siswa SMP X dan SMP Y di Kudus. Karakter sekolah yang menjadi syarat untuk dipilih sebagai tempat penelitian adalah sekolah bukan sekolah favorit, memiliki fasilitas yang terbatas, siswa di sekolah tersebut sering melakukan perilaku agresif. Sampel penelitian diartikan dengan tidak random atau non random yaitu melalui penunjukan. Siswa yang menjadi sampel penelitian adalah siswa SMP B berperilaku agresif. Jumlah siswa pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sama, masing-masing 14 peserta. Hasil penelitian ini menunjukkan (a) CBT sebagai stimulasi berperan dalam menurunkan perilaku agresif dan meningkatkan empati pada remaja yang menjadi siswa di sekolah dengan fasilitas terbatas dan bukan sekolah favorit. Tingkat agresifitas setelah mendapatkan CBT lebih rendah dibandingkan tingkat agresifitas sebelum mendapatkan CBT. Berdasarkan nilai partial eta squared (η^2) diketahui besarnya sumbangan CBT dalam menurunkan perilaku agresif pada remaja adalah 23,7%. Tingkat nurani setelah mendapatkan perlakuan CBT lebih tinggi dibandingkan sebelum mendapatkan perlakuan CBT. Berdasarkan nilai partial eta squared (η^2) diketahui besarnya sumbangan CBT terhadap nurani adalah 34,4%. (b) tahapan pelaksanaan terapi CBT kurang lebih 6 sesi pertemuan selama 2 bulan. Berdasarkan hasil analisis data maka hipotesis dalam penelitian ini diterima. CBT dapat meningkatkan nurani dan menurunkan tingkat agresifitas pada remaja.

Abstract

Aggression committed by children against the background of school due to lack of conscience that develop in children, lack of impulse control and a lack of sensitivity to moral values. This study aimed to test empirically the effect of CBT (Cognitive Behavior Therapy) against conscience in teenagers with aggressive behavior. Design of experiments in this study is that the study uses a model The untreated control group design with pretest and posttest. Methods of data analysis used in statistics through different test (t). The hypothesis of this study are as follows: There is a difference in the level of achievement of conscience teenager and aggressive behavior before getting delivery of the values of conscience through CBT and after getting delivery of the values of conscience through CBT. Measuring instruments used in this research is to modify the scale Scale conscience and aggressive behavior. Subjects were junior high school students of X and Y in the substance. Character of the school which is required to be selected as a place of research is not a favorite school school, has limited facilities, students in these schools are often aggressive behavior. The research sample set is not random or non-random is by appointment. Students were selected as sample are junior high school students and behaved aggressively. Number of students in the experimental group and the control group equally, each 14 participants. The results showed (a) CBT as stimulating role in reducing aggressive behavior and increase empathy in adolescents who become students in schools with limited facilities and not a favorite school. The level of aggressiveness after getting CBT lower than the level of aggressiveness before getting CBT. Based on the partial eta squared (η^2) note the contribution of CBT in reducing aggressive behavior in adolescents was 23.7%. The level of conscience after getting CBT treatment is higher than before to get CBT treatment. Based on the partial eta squared (η^2) note the contribution of CBT against conscience is 34.4%. (b) the implementation phase of approximately 6 CBT therapy sessions for two months. Based on results of data analysis the hypothesis in this study received. CBT can increase conscience and decrease aggression in adolescents.

© 2016 Universitas Negeri Semarang

¹ Alamat korespondensi:
Universitas Muria Kudus

p - ISSN 2086-0803
e - ISSN 2541-2965

Dwi Astuti & Latifa Nur Ahyani / Intuisi jurnal psikologi ilmiah 8 (1) (2016)

PENDAHULUAN

Aksi-aksi kekerasan dapat terjadi di mana saja, seperti di jalan-jalan, di sekolah, di kompleks-kompleks perumahan, bahkan di pe-

riate mengacu pada kecenderungan untuk berpikir dan mendalami aspek-aspek yang lebih rasional, aspek diri yang tersembunyi, aspek pribadi yang alami dan tidak mudah untuk dapat diakses melalui pengawasan orang lain—misalnya, key-

EFEKTIVITAS *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* DAN *RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY* TERHADAP GEJALA DAN KEMAMPUAN MENGONTROL EMOSI PADA KLIEN PERILAKU KEKERASAN

I Ketut Sudiarmika*), Budi Anna Keliat**), dan Ice Yulia Wardani***)

*) Perawat Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor, Jl Dr. Sumeru No 114 Bogor, Bogor 16111, Indonesia
**) Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, Jakarta 10430, Indonesia

***) Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, Jakarta 10430, Indonesia
Email : ikt.mika@yahoo.com

Abstrak

Perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat mengontrol perilaku marahnya sehingga diekspresikan dalam bentuk perilaku agresif fisik dan atau verbal yang dapat mencederai diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan sehingga membutuhkan tindakan keperawatan yang efektif dan tepat. Tindakan keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada klien perilaku kekerasan adalah *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy*. Penelitian ini bertujuan mengetahui efektivitas *cognitive behaviour therapy* (CBT) dan *rational emotive behaviour therapy* (REBT) terhadap perubahan gejala dan kemampuan klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor. Desain penelitian quasi eksperimental dengan jumlah sampel 60 responden. Hasil penelitian ditemukan penurunan gejala perilaku kekerasan lebih besar pada klien yang mendapatkan daripada yang tidak mendapatkan CBT dan REBT ($p\ value < 0.05$). Kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien yang mendapatkan CBT dan REBT meningkat secara bermakna ($p\ value < 0.05$). CBT dan REBT direkomendasikan sebagai terapi keperawatan pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi.

Kata kunci: perilaku kekerasan, kemampuan kognitif, afektif dan perilaku, *cognitive behaviour therapy*, *rational emotive behaviour therapy*.

PENINGKATAN KEMAMPUAN INTERAKSI SOSIAL (KOGNITIF, AFEKTIF DAN PERILAKU) MELALUI PENERAPAN TERAPI PERILAKU KOGNITIF DI RSJ DR AMINO GONDHUTOMO SEMARANG

Sri Nyumirah
Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, 16424, Indonesia
Email : sriNyumirah@yahoo.co.id

ABSTRAK

Isolasi sosial merupakan suatu keadaan perubahan yang dialami klien skizofrenia. Suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan klien isolasi sosial dalam melakukan interaksi di ruang rawat inap di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang. Desain penelitian *quasi experimental pre-post test with without control*. Sampel berjumlah 33 orang dengan teknik pengambilan sampel *total sampling*. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan interaksi (kognitif, afektif dan perilaku) pada klien isolasi sosial ($p \text{ value} \leq 0,05$). Ada peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) setelah dilakukan terapi perilaku kognitif. Terapi perilaku kognitif direkomendasikan diterapkan sebagai terapi keperawatan dalam merawat klien dengan isolasi sosial dengan penurunan kemampuan interaksi sosial.

Kata kunci : Terapi perilaku kognitif, kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan psikomotor), klien isolasi sosial
Daftar pustaka : 88 (1999 -2012)

ABSTRACT

Social isolation is a state of change experienced by clients with schizophrenia. A person's solitude experience and shyness towards others as something negative. This study aims to determine the effect of cognitive behavioral therapy for social isolation in the client's ability to interaction the hospitalized in the RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang. Quasi-experimental research design pre-post test without control. Sample 33 peoples with total sampling technique. Results showed no effect of cognitive behavioral the rapyon the ability of interaction (cognitive, affective and behavioral) on the client's social isolation ($p \text{ value} = 0.05$). There is increasing social interaction skills (cognitive, affective and behavioral) after cognitive behavioral therapy. Cognitive behavioral therapy is recommended as a treatment applied to nursing in the care of clients with social isolation with a reduction in social interaction skills.

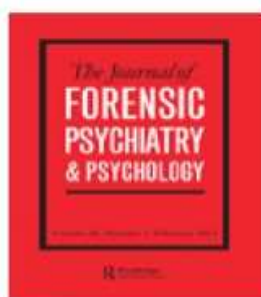
Keyword : Cognitive Behavioral Therapy, ability of social interaction (cognitive, affective and behavioral), social isolation client.
Bibliography : 88 (1999 - 2012)

PENDAHULUAN

Persepsi dan sikap orang-orang terhadap orang-orang yang mengalami gangguan jiwa

orang (Widyayati, 2009). Angka kejadian ini merupakan penderita yang sudah terdiagnosa. Persentase gangguan kesehatan

This article was downloaded by: [West Virginia University]
On: 12 April 2015, At: 10:26
Publisher: Routledge
Informa Ltd Registered in England and Wales Registered Number: 1072954
Registered office: Mortimer House, 37-41 Mortimer Street, London W1T 3JH,
UK



[Click for updates](#)

The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology

Publication details, including instructions for authors and subscription information:

<http://www.tandfonline.com/loi/rjfp20>

A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented Cognitive Behavioral Treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents

Larissa M. Hoogsteder^a, Geert Jan J.M. Stams^b, Mariska A. Figge^b, Kareshma Changoe^b, Joan E. van Horn^a, Jan Hendriks^{acd} & Inge B. Wissink^b

^a Treatment and Research Departement, Forensic Outpatient Treatment Center de Waag, Utrecht, The Netherlands

^b Forensic Child and Youth Care Sciences, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

^c Forensic Diagnostics and Treatment, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

^d Forensic Psychology and Psychiatry, Free University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Published online: 05 Nov 2014.

To cite this article: Larissa M. Hoogsteder, Geert Jan J.M. Stams, Mariska A. Figge, Kareshma Changoe, Joan E. van Horn, Jan Hendriks & Inge B. Wissink (2015) A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented Cognitive Behavioral Treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26:1, 22-37, DOI: [10.1080/14789949.2014.971851](https://doi.org/10.1080/14789949.2014.971851)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2014.971851>

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE

Taylor & Francis makes every effort to ensure the accuracy of all the information (the 'Content') contained in the publications on our platform. However, Taylor & Francis, our agents, and our licensors make no representations or warranties whatsoever as to the accuracy, completeness, or

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Anger management in substance abuse based on cognitive behavioral therapy: an interventional study

Ladan Zarshenas¹, Mehdi Baneshi², Farkhondeh Shariff³ and Ebrahim Moghimi Sarani⁴

Abstract

Background: Anger and aggression have been developing notably in societies, especially among patients depending on substance abuse. Therefore, this study aimed to investigate the effect of anger management based on group education among patients depending on substances according to Patrick Reilly's cognitive behavioral approach.

Methods: In a quasi-experimental study, all patients who met the inclusion criteria were evaluated regarding their aggression level. The participants were assigned to 12 educational sessions based on group therapy and Patrick-Reilly's anger management by focusing on using a combination of cognitive intervention, relaxation, and communication skills. The data were analyzed using the SPSS statistical software, version 16.

Results: The findings showed a significant difference between the two groups regarding aggression level after the intervention ($p = 0.001$). No significant relationship was observed between aggression level and demographic variables ($p > 0.05$).

Conclusion: The intervention of this study can be used for establishing self-management and decreasing anger among patients depending on substances. They can also be used as a therapeutic program in addition to pharmacotherapy.

Trial registration: IRCT20161020303988N1.

Keywords: Aggression, Anger management, Cognitive behavioral therapy, Substances abuse

Background

Anger arousal is often known as an adaptive response to affective discomfort, which is represented by aggressive behaviors [1] and can affect human relations. It is in fact a feeling observed before aggressive behaviors. Studies have shown that individuals with high levels of anger got involved in verbal and physical aggression [2]. This might lead to aggressive behaviors towards family members and other individuals [3]. The prevalence of aggression in a study by Nooripour et al., [4] was reported to be 5% to 30%. Substance abuse and its consequences are among the most common health problems around the world [5]. Therapists often believe that anger and aggression are associated with substance

abuse. Investigations have also shown that 40% of cocaine consumers suffered from different levels of aggression [6]. According to the World Health Organization, although law enforcement due to fear of punishment can have an impact on the behavior change in beliefs that reduce aggression and crime requires more time and interventions [7]. Such methods led to reverse results in some cases compared to interventional programs based on penalty and positive reinforcement among prisoners in a British camp. The results of that study indicated that the rate of crime recidivism was increased by focusing more on penalty [8]. Research found that anger management has a positive effect on the prevention of offender behavior [9]. In fact, benefiting from anger management skills led to an increase in individuals' adjustment ability as well as psychological capability [10]. Cognitive behavioral therapy is a method used for treating a large number of mental disorders. It basically focuses on recognizing incorrect, negative, and

* Correspondence: ladzarshenas@sharifpsyc.com; lzarshenas@sharifpsyc.com
¹Community Based Psychiatric Care Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2017 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

illogical beliefs affecting patients' affection, behaviors, and belief reconstruction [11]. The Patrick-Reilly approach is a cognitive behavioral approach based on a combination of cognitive interventions, relaxation, and communication skills. During therapeutic sessions based on Patrick-Reilly's approach, different strategies are provided for controlling anger initiation and its consistency. In addition, some tasks are given to participants in order to guarantee learning. A number of these strategies include relaxation through respiration, progressive muscle relaxation, thought blocking, and assertion skills [6]. Considering the importance of anger and aggression control among

non-randomly assigned to the intervention group and 20 in the control group (Fig. 1). The members of the two groups were not able to communicate with each other during the intervention. Although the staff were not aware which patients were in either of the groups, and also the patients did not communicate with each other and share information since they had been selected from different parts, but complete blinding was not possible because of the intervention was performed by the researcher in the intervention group. It should be mentioned that of the 40 participants, 2 patients in the intervention group refused to attend the treatment sessions and also 2 patients in the

Race/Ethnicity as a Predictor of Change in Working Alliance During Cognitive Behavioral Therapy for Intimate Partner Violence Perpetrators

Sherry Muterspaugh Walling
Fresno Pacific University

Michael K. Suvak
Suffolk University

Jamie M. Howard and Casey T. Taft
National Center for PTSD, VA Boston Healthcare System, Boston,
Massachusetts, and Boston University School of Medicine

Christopher M. Murphy
University of Maryland

Despite evidence that the working alliance (WA) is an important factor in psychotherapy outcome and that race/ethnicity plays an important role in the processes of therapy, few studies have directly examined associations between WA and race/ethnicity. These relationships may be particularly salient for difficult-to-engage populations, such as men participating in treatment for intimate partner violence. The current study examined WA ratings in a sample of 107 male intimate partner violence perpetrators attending a 16-week cognitive-behavioral group program. Approximately 50% of these participants were Caucasian and 50% were members of a racial/ethnic minority group (African American, Asian American, Hispanic, and American Indian). Growth curve modeling was used to assess changes in both therapist and client WA ratings across four time points during therapy. Findings indicated that there was no mean level of change in therapist WA ratings over time. However, clients' WA ratings demonstrated a reliable, steady increase across sessions. A significant interaction between WA and race/ethnicity emerged such that Caucasian participants reported a significant increase in WA over time, whereas members of racial/ethnic minority group did not report a consistent pattern of change. The interaction between client race/ethnicity and WA was also a significant predictor of treatment outcome at 6-month follow-up.

Keywords: working alliance, race, ethnicity, intimate partner violence, group treatment

The social, economic, and political dynamics of race and ethnicity in America have resulted in a complex and longstanding confluence of mistrust, prejudice, and differential resources that have tragically seeped into systems of mental health care delivery. Psychotherapy research suggests that members of racial and ethnic minority groups are less likely to receive empirically supported treatment, more likely to be misdiagnosed, and more likely to drop out of treatment (Reis & Brown, 1999; U.S. Department of Health & Human Services, 2001). A 2001 report by the Surgeon General

concluded, "Mistrust of mental health services is an important reason deterring minorities from seeking treatment. Their concerns are reinforced by evidence, both direct and indirect, of clinician bias and stereotyping" (U.S. Department of Health & Human Services, 2001, p. 42). It is essential that clinical researchers continue to explore the complex relationships between race/ethnicity and the psychotherapeutic process (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). We realize that general statements about a given cultural group are susceptible to bias and oversimplification of the tremendous diversity that exists within all groups. Furthermore, we acknowledge that grouping members of distinct cultural groups together (i.e., African Americans and Asian Americans) is less than ideal as it fails to account for tremendous differences in socio-political history, culture, religion, and language. Given the common experiences of oppression and discrimination, as well as the difficulty of collecting data from underrepresented groups, we believe that a comparison of minority group and majority group individuals is best suited to the purposes of this study and the limitations of our sample. However, it falls short of the cultural specificity and accuracy that we aspire to. The current study seeks to address this important research need by examining therapist and client reports of working alliance (WA) by client race/ethnicity across four time points during a 16-week cognitive-behavioral treatment program for male perpetrators of intimate partner violence (IPV).

Working Alliance and Race/Ethnicity

WA reflects a positive therapist-client bond and agreement on the goals and tasks of therapy (Bordin, 1979). It is essentially a

This article was published Online First December 19, 2011.
Sherry Muterspaugh Walling, Department of Psychology, Fresno Pacific University; Michael K. Suvak, Department of Psychology, Suffolk University; Jamie M. Howard, and Casey T. Taft, National Center for PTSD, VA Boston Healthcare System, Boston, Massachusetts, and Boston University School of Medicine; Christopher M. Murphy, Department of Psychology, University of Maryland.
This project was supported by grants from the Directed Research Initiative Fund of the University of Maryland, Baltimore County and the National Institute of Mental Health (R01MH06337) to the fifth author (Murphy) and an Individual National Research Service Award to the fourth author (Taft) from the National Institute of Mental Health (1P30MH2234). The authors gratefully acknowledge the generous support of the agency staff at the Domestic Violence Center of Howard County, MD.
Correspondence regarding this article should be addressed to Sherry Muterspaugh Walling, PhD, Fresno Pacific University, Department of Psychology, 1717 South Chestnut Avenue, Fresno, CA 93702-4709. E-mail: sherry.walling@fresno.edu

180

ALLIANCE AND RACE/ETHNICITY

181

measure of how well a client and therapist "work together" (Horvath, Del Rio, Fluckiger, & Symonds, 2011). Across treatment settings and populations, there has been an increasing focus on how therapeutic change takes place, in part due to the lack of superiority of any single treatment approach in many traditional treatment outcome studies (Bergin & Garfield, 1994; Goldfried, Greenberg, & Martine, 1996; Martin, Gasko, & Davis, 2000). Numerous studies have demonstrated an association between WA and therapy outcomes (Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000),

assessments (Cimini, Cusano, & Schafer, 2002) that are rooted in historical dynamics of discrimination and prejudice in the United States. Despite the need for IPV treatment, racial/ethnic minority participants are at increased risk for dropping out of IPV treatment programs (Taft, Murphy, Elliott, & Kessler, 2001a).

WA may be a key factor in better serving members of racial/ethnic minority groups. Supportive, alliance-enhancing interventions have been shown to ameliorate racial/ethnic disparities in session attendance and dropout (Taft et al., 2001b). In a study of

A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL ASSESSING THE EFFICACY OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR SUBSTANCE-DEPENDENT DOMESTIC VIOLENCE OFFENDERS: AN INTEGRATED SUBSTANCE ABUSE-DOMESTIC VIOLENCE TREATMENT APPROACH (SADV)

Caroline J. Easton and Cory A. Crane
Rochester Institute of Technology

Dolores Mandel
Yale University School of Medicine SATU

The current study evaluates a therapy for substance-dependent perpetrators of partner violence. Sixty-three males arrested for partner violence within the past year were randomized to a cognitive behavioral substance abuse-domestic violence (SADV; n = 29) or a drug counseling (DC; n = 34) condition. Seventy percent of offenders completed eight core sessions with no differences between SADV and DC conditions in the amount of substance or aggression at pretreatment. SADV participants had fewer cocaine-positive toxicology screens and breathalyzer results during treatment, were less likely to engage in aggressive behavior proximal to a drinking episode, and reported fewer episodes of violence than DC participants at posttreatment follow-up. SADV shows promise in decreasing addiction and partner violence among substance-dependent male offenders.

Rates of intimate partner violence (IPV) remain high across the globe, contributing to the burden of injury and disease worldwide (for a review, see Esquivel-Santoveña, Lambert, & Hamel, 2013). Internationally, the World Health Organization (WHO) reported that 30% of women are physically or sexually assaulted by an intimate partner in their lifetime (WHO, 2013). Within the United States, analysis of data from the 2011 National Intimate Partner and Sexual Violence Survey of noninstitutionalized English- and Spanish-speaking adults indicates that 31.5% of females report a lifetime history of physical IPV victimization (Breiding et al., 2014). Rates of male to female IPV are estimated to be considerably higher when psychological, verbal, and stalking behaviors are taken into account (Coker et al., 2002). Although research shows that IPV is generally reciprocal in nature, severe violence is disproportionately attributed to male offending (Archer, 2009). Current treatment programs to prevent subsequent IPV among identified high-risk males have proven ineffective, particularly in light of comorbid conditions like substance use (Babcock, Green, & Robie, 2004).

Data show that IPV offenders tend to cluster into particular violence subtypes based on the presence and degree of psychopathology, severity of IPV, and the extent of general violence (Holtzworth-Munroe & Meehan, 2004; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994). Three descriptive

Caroline J. Easton, PhD, Biomedical Sciences, Rochester Institute of Technology. Cory A. Crane, PhD, Biomedical Sciences, Rochester Institute of Technology. Dolores Mandel, LCSW, Department of Psychiatry, Division of Substance Abuse, Yale University School of Medicine SATU.

This work was supported by grants RO1 DA018284-01 A1, P90-DA0924 and K12 DA00167-11 awarded by the National Institute on Drug Abuse. The authors acknowledge the contributions of the staff at both the Substance Abuse Treatment Unit and the Law and Psychiatry Division of Yale as well as all the subjects who participated in the study. The authors also wish to remember and pay special tribute to Dr. Bruce Rounsaville.

Address correspondence to Caroline J. Easton, Biomedical Sciences, Rochester Institute of Technology, 180 Lomb Memorial Dr., Rochester, New York 14623; E-mail: cjeht@rit.edu

LAMPIRAN 5

Surat Pernyataan

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Aviva Handini, S.Kep

NIM : 1911102412039

Judul KIAN : Pengaruh Cognitive Behaviour Therapi Terhadap Klien Perilaku Kekerasan:

Literature Review

Dengan surat pernyataan ini saya menyatakan bahwa saya menggunakan metode penelitian *literature review*. Demikian permohonan yang saya sampaikan atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

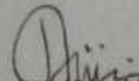
Samarinda, 12 November 2020

Pemohon



Aviva Handini, S.Kep
NIM: 1911102412039

Pembimbing



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

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners



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

LAMPIRAN 6

Judul KIA-N : Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* Terhadap Klien Perilaku

Kekerasan : *Literature Review*


Pebimbing : Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep

No	Tanggal	Konsultasi	Hasil konsultasi	Paraf
1.	11 Juli 2020	Konsultasi jurnal literature	Cari kembali 2-3 artikel terlebih dahulu	h
2	14 Juli 2020	Mengajukan judul KIA-N	Mencari artikel yang terkait	h
3.	15 Juli 2020	Konsultasi 5 jurnal literature	Mencari artikel terkait tahun terbaru	h
4.	16 Juli 2020	Konsultasi 5 jurnal literature	Judul ACC	
5.	21 Juli 2020	Konsultasi Bab I, II dan SOP	Perbaiki BAB I, latar belakang, manfaat tujuan BAB II tambah terbaru, SOP tambah keamanannya	h
6.	28 Juli 2020	Konsultasi perbaikan Bab I, II dan SOP	ACC Bab I, II SOP kurang Bismillah	h
7.	29 Juli 2020	Konsul SOP	ACC SOP	h
8.	29 Juli 2020	Konsul Bab III, IV dan V	Perbaikan tabel literatur review, Pembahasan Saran	h

Judul KIA-N : Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* Terhadap Klien Perilaku

Kekerasan : *Literature Review*

Pebimbing : Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep

No	Tanggal	Konsultasi	Hasil konsultasi	Paraf
9.	08 Agustus 2020	Perbaikan revisi Sub III, IV, V	Tambahkan sumber di pembahasan	
10.				
11.				