

Pengaruh Penerapan Terapi Kognitif Terhadap Tanda Dan Gejala Serta Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan Klien Skizofrenia

Miswarti¹⁾, Maidawilis²⁾, Jufrika Gusni³⁾, Rosmi Eni⁴⁾, Metha Kemala Rahayu⁵⁾,
Ridhyalla Afnihazi⁶⁾, Yanti Nopita⁷⁾

Program Studi S1 Keperawatan

Universitas Negeri Padang

missjiwa78@gmail.com¹⁾, maidawilis73@gmail.com²⁾, jufrikagusni22@gmail.com³⁾, rosmieni01@gmail.com⁴⁾,
methakemala@gmail.com⁵⁾, ridhyallaafnihazi@yahoo.co.id⁶⁾, yantinopita@unp.ac.id⁷⁾

Ringkasan – Perilaku kekerasan merupakan perilaku yang menyakiti orang lain, diri sendiri dan lingkungan baik secara fisik maupun psikis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif terhadap tanda dan gejala serta kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan klien Skizofrenia. Desain penelitian “*Quasi Eksperimen pre and post test with control Group*” dengan Terapi Kognitif. Masing-masing kelompok control dan intervensi sebanyak 30 orang sampel. Kedua kelompok terlebih dahulu diberikan terapi generalis. Terapi kognitif efektif menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan sebesar 12,53 % dan meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan sebesar 17,59 %. Penelitian ini juga menunjukkan adanya korelasi antara tanda dan gejala perilaku kekerasan dengan kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia = 0,39. Terapi kognitif dianjurkan diterapkan pada klien dengan perilaku kekerasan disertai dengan tindakan generalis.

Kata Kunci: Perilaku Kekerasan, Terapi Kognitif, Terapi Generalis, Skizofrenia

PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan penyakit kerusakan otak yang berdampak pada kemampuan berpikir, bahasa, emosi, perilaku sosial dan kemampuan untuk merasakan realita secara akurat (Halter 2018). Klien dengan Skizofrenia ditandai dengan agitasi, agresi dan potensi melakukan kekerasan (Hikmat et al. 2024), kekerasan tersebut biasanya dilakukan pada anggota keluarga di rumah.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stressor dimana individu berisiko melakukan tindakan atau perilaku yang bertujuan untuk melukai orang lain, baik secara fisik maupun psikologis dan dapat diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Wardiyah, Pribadi, and Yanti Tumanggor 2022). Perilaku kekerasan disebabkan oleh faktor gangguan neurologis, pola asuh, sosial ekonomi, komunikasi, perilaku dan interaksi dalam keluarga, faktor biologis, psikologis, sosial budaya dan lingkungan (PAHO 2023). Faktor sosial budaya adalah aspek yang dimiliki oleh individu yang terdiri dari konsep

diri, hubungan interpersonal, peran, budaya, lingkungan dan keluarga (Antai-Otong 2003). Kemampuan hubungan interpersonal yang tidak adekuat seperti saling tidak percaya, tidak mendapatkan dukungan, kemampuan komunikasi yang tidak lancar dalam keluarga maupun masyarakat akan meningkatkan kejadian kekerasan (Townsend 2015). Kejadian kekerasan berdampak pada dunia, hampir setengah juta orang dibunuh setiap tahun, selain kematian, jutaan anak-anak, perempuan dan laki-laki mengalami kekerasan dalam rumah tangga, sekolah dan masyarakat. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan yaitu strategi preventif, strategi antisipasi dan strategi pengekangan (Townsend 2015). Psikoterapi ini dapat diberikan berupa terapi individu, kelompok, dan lingkungan (Asiva Noor Rachmayani 2015). Terapi individu yang diberikan berupa terapi kognitif dan latihan asertif, Behaviour Therapy, Cognitive Behaviour Therapy, Rational Emotive behaviour Therapy (REBT), Relaxasi Progresive, Edukasi keluarga. Beberapa penelitian psikoterapi telah dilakukan pada klien perilaku kekerasan seperti Putri dan Keliat (2012) yaitu menunjukkan hasil adanya peningkatan respons kognitif (0,47), dan sosial (0,25) serta penurunan emosi (0,36) perilaku (0,14) dan fisiologis (0,43) klien yang diberikan REBT. Hasil yang sama juga dapat dilihat pada penelitian Hidayat dan Keliat (2011) yang melakukan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) dan REBT hasil yang didapatkan adanya penurunan gejala pada respons kognitif (7,10), respons emosi (9,00), respons perilaku (6,47), respons sosial (10,60) dan respons fisiologis (3,33). Begitu juga dengan hasil penelitian Sudiatmika, Keliat dan Wardani (2011) terdapat perubahan yang bermakna sesudah mendapatkan CBT dan REBT pada respons kognitif (10,53), respons emosi (10,77), respons perilaku (10,20), respons sosial (12,73) dan respons fisiologis (75,77).

Terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang berbasis pada konsep mengenai proses mental patologi yang bertujuan untuk memodifikasi perilaku maladaptif dan distorsi kognitif (Townsend 2015), berfokus pada distorsi pola pikir yang menyebabkan timbulnya gejala gangguan jiwa dan perasaan tidak nyaman (Slametiningsih et al. 2019), namun banyak perawat yang tidak diperkenalkan dengan konsep utama terapi kognitif selama menjalani Pendidikan (Townsend 2015).

Bila dilihat dari penjelasan tentang terapi kognitif diatas, dapat diketahui bahwa terapi tersebut sangat berkaitan erat dalam mengatasi perilaku kekerasan karena dalam merubah pikiran otomatis negatif dan berperilaku adaptif. Dari data medical record RSJ Hb. Saanin Padang tahun 2023 didapatkan 6329 orang klien dan 464 orang (7,3 %) dengan alasan perilaku

kekerasan, namun perilaku kekerasan tersebut di timbulkan karena sebagian besar oleh halusinasi . Tujuan umum dari penelitian : Diketuainya efektifitas terapi kognitif terhadap tanda dan gejala serta kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia di ruang rawat inap RSJ HB Saanin Padang.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah “Quasi experiment pre and post test with control group” dengan tindakan terapi kognitif. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah “Quasi experiment pre and post test with control group” dengan tindakan terapi generalis dan terapi kognitif. 30 orang klien mendapatkan terapi kognitif dan 30 klien lagi hanya mendpatkan terapi generalis. Analisis statistik yang digunanakan yaitu chi-square, dependent T Test dan independent T test.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian in dilakukan di ruang rawat inap RSJ HB Saanin Padang. Berikut adalah analisisnya. Pada kelompok intervensi hampir separuh laki laki 18 orang (60%). Pada kelompok kontrol sebagian besar laki laki 21 (70%). intervensi lebih separuh laki laki 17 orang (56,7%). Pada status pekerjaan, sebagian besar tidak bekerja 39 orang (65%). Status pekerjaan pada kelompok intervensi lebih dari separuh tidak bekerja 21 orang (70%), pada kelompok kontrol lebih dari separuh tidak bekerja 18 orang (60 %). Berdasarkan riwayat rawat sebagian besar pernah dirawat sebanyak 51 orang (85 %). Pada kelompok intervensi sebagian besar pernah dirawat 28 orang (46,7%), pada kelompok kontrol sebagian besar pernah dirawat 23 orang (38,3 %). Frekwensi dirawat sebagian besar dirawat lebih dari 1 kali sebanyak 49 orang (81,7 %). Pada kelompok intervensi sebagian besar dirawat lebih dari 1 kali adalah 27 orang (90%), pada kelompok kontrol sebagian besar pernah dirawat 22 orang (73.3%). Rata-rata klien berusia 35,85 tahun. Pada kelompok intervensi rata rata usia klien 35,20 tahun, pada kelompok kontrol rata rata usia klien 36,50.

Hasil analisis kesetaraan menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna pada tanda dan gejala serta kemampuan mengontrol perilaku kekerasan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum diberikan terapi kognitif ($p \text{ value} \geq 0,05$). Terdapat perubahan yang bermakna tanda dan gejala serta kemampuan mengontrol perilaku kekerasan kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi

diberikan Terapi kognitif ($p \text{ value} < 0,05$). Hasil uji statistik menunjukkan ada perubahan bermakna tanda dan gejala serta kemampuan mengontrol perilaku kekerasan kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah kelompok intervensi diberikan terapi kognitif ($p \text{ value} < 0,05$).

Terdapat perbedaan bermakna tanda dan gejala serta kemampuan mengontrol perilaku kekerasan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kognitif ($p \text{ Value} < 0,05$).

Hasil uji statistik (repeated anova) menunjukkan paling tidak terdapat dua pengukuran yang berbeda ($p \text{ value} < 0,05$). Tanda dan gejala serta kemampuan mengontrol perilaku kekerasan kelompok intervensi sebelum diberikan terapi kognitif berbeda dengan setelah diberikan terapi kognitif ($p \text{ value} < 0,05$).

Terapi kognitif efektif menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan sebesar 12,53 %. Terapi kognitif efektif meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan sebesar 17,59 %.

PEMBAHASAN

a. Pengaruh Terapi Kognitif terhadap tanda dan gejala serta kemampuan mengontrol perilaku kekerasan

Terjadi penurunan bermakna pada tanda dan gejala perilaku kekerasan seperti pada respons kognitif, fisiologis, afektif, perilaku dan sosial dan peningkatan kemampuan respons kognitif, afektif dan perilaku mengontrol perilaku kekerasan setelah diberikan terapi kognitif ($p \text{ value} < 0,05$).

Meskipun kedua kelompok mengalami perubahan bermakna setelah kelompok intervensi diberikan terapi kognitif namun hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan bermakna respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p \text{ value} < 0,05$). Dibuktikan dengan hasil analisis bahwa terapi kognitif lebih efektif menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan sebesar 12,53 % dan 37,89 % efektif meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan.

Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Pasaribu (2012) menunjukkan hasil mean kemampuan klien mengontrol pikiran negatif setelah diberikan terapi kognitif sebesar 7,83 sedangkan pada kelompok klien yang hanya diberikan terapi generalis mendapatkan nilai mean 7,70. Hal ini disebabkan karena klien mendapatkan berbagai macam tindakan yang

berada pada rentang strategi pencegahan, antisipasi dan pengekangan (Stuart, 2013). Cara pencegahan perilaku kekerasan meliputi cara fisik, sosial, spiritual dan kepatuhan minum obat. Tindakan keperawatan yang mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan yang adaptif dan sudah dirumuskan dalam Standar Asuhan Keperawatan jiwa (SAK Jiwa) yaitu mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara mengendalikan fisik I dan II, makan obat dengan benar, verbal/ sosial spiritual (Keliat, 2012).

Penjelasan tersebut dibuktikan Keliat (2003 dalam Sulistyowati, 2009) yang menyatakan hasil bahwa kelompok yang mendapatkan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) perilaku kekerasan mempunyai kemampuan mencegah perilaku kekerasan sebesar 86,6 %. penelitian lain juga menunjukkan adanya perubahan gejala perilaku kekerasan pada respons kognitif (3,57%), respons emosi (3,30 %), respons perilaku (3,13), respons sosial (3,70), respons fisiologis (0,23 %) (Hidayat, 2011). Sudiatmika (2011) juga menunjukkan hasil yang sama yaitu adanya perubahan respons kognitif (2,10 %), respons emosi (1,97 %), respons perilaku (1,97 %), respons sosial (3,83 %), respons fisiologis (1,06 %). Hasil penelitian ini akan lebih signifikan apabila dipadukan dengan terapi spesialis. Terapi spesialis yang diberikan dapat berupa terapi kognitif.

Terapi kognitif juga mampu menurunkan beberapa masalah psikologis lainnya. Hal ini ditunjukkan dengan hasil penelitian Pasaribu (2012) bahwa terdapat penurunan ansietas dengan selisih mean 4,63 dan penurunan depresi dengan selisih mean 2,87 pada klien kanker setelah diberikan terapi kognitif. Penelitian Sulistyowati, dkk (2013) juga menunjukkan penurunan depresi pada klien gagal ginjal kronis. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa kondisi depresi lansia menurun secara bermakna (-9,35) pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif (Kismanto & Setiawan, 2014). Dengan hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa terapi kognitif mampu menurunkan depresi dan perilaku kekerasan.

Hal ini sesuai dengan penjelasan (Townsend 2015) bahwa pada awalnya terapi kognitif digunakan pada gangguan mood, digunakan juga untuk depresi setelah itu digunakan untuk berbagai gangguan emosional (Stuart, 2013). Respons emosional dipengaruhi oleh pikiran termasuk pikiran-pikiran otomatis dan gambaran keyakinan. Pikiran-pikiran otomatis menanggapi situasi mereka dengan cepat dan tanpa analisa, pikiran-pikiran ini biasanya sering negatif dan salah (Townsend, 2011). Pikiran-pikiran negatif tersebut akan menimbulkan seseorang untuk melakukan perilaku kekerasan.

SIMPULAN

Sebanyak 30 orang responden diberikan terapi kognitif dan latihan asertif selama 10 hari. Hasilnya terdapat penurunan tanda dan gejala serta peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan. Ada hubungan peningkatan kemampuan dengan penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan.

Saran

- a. Berdasarkan penelitian ini maka Perawat spesialis jiwa diharapkan menindaklanjuti (follow up) terapi kognitif yang telah diberikan baik diruangan rawat inap maupun di rawat jalan (bagi klien yang telah pulang). Menempatkan perawat spesialis keperawatan jiwa diruangan dan di unit rawat jalan yang ada untuk melaksanakan terapi spesialis khususnya terapi kognitif bagi klien yang sudah atau belum mendapatkan terapi spesialis. Perawat spesialis jiwa hendaknya selalu mengikuti perkembangan terapi spesialis dengan pendidikan berkelanjutan berupa pelatihan terapi spesialis yang diselenggarakan oleh kolegium keperawatan jiwa dan menggunakan terapi spesialis khususnya terapi kognitif dan latihan asertif dalam praktek mandiri keperawatan jiwa dan selalu mensosialisasikan kepada klien, keluarga klien, profesi dan masyarakat luas.
- b. Hasil penelitian ini hendaknya dijadikan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan terapi kognitif, sehingga menjadi modalitas terapi keperawatan jiwa yang efektif dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa dan meningkatkan kesehatan jiwa. Sebaiknya organisasi profesi/kolegium keilmuan keperawatan jiwa menindaklanjuti upaya memadukan terapi kognitif dan latihan asertif.
- c. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh terapi kognitif dengan desain longitudinal untuk mengikuti perkembangan klien sampai klien pulang, kemampuan klien dirumah dan lama klien tinggal dirumah

DAFTAR PUSTAKA

- Antai-Otong, Deborah. 2003. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Vol. 38.
- Halter, Margaret Jordan. 2018. "Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health

Nursing A Clinical Approach (Edition 8).” *Jakarta: ELSEVIER* 1–1500.

Hikmat, Rohman, Iyus Yosep, Efri Widiarti, Suryani Suryani, Aat Sriati, and Ichi Susanti. 2024. “Stuart Stress Adaptation and Nola Pender’s Model on Mental Nursing Care of Patients Schizophrenia: Case Study.” *OBM Neurobiology* 8(4):1–10. doi: 10.21926/obm.neurobiol.2404249.

PAHO. 2023. “Mental Health: About Mental Health.” *Pan American Health Organization* 1– 33.

Slametiningsih, Ninik, Yunitri, Nuraenah, and Hendra. 2019. “Buku Ajar Kep Jiwa Gangguan Penelitian.” *Bukuajar (KEPJIWA)*:1–91.

Townsend. 2015. “Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice by Mary C. Townsend DSN PMHCNS-BC (Z-Lib.org).pdf.” 1009.

Wardiyah, Aryanti, Teguh Pribadi, and Clara Santa Maria Yanti Tumanggor. 2022. “Terapi Relaksasi Napas Dalam Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Rs Jiwa Bandar Lampung.” *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)* 5(10):3611–26. doi: 10.33024/jkpm.v5i10.7322.