

Penerapan Terapi Perilaku Spesialis Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Pendekatan Teori Johnson Dan Teori Lewin

Fajar Rinawati

Dosen Akademi Keperawatan Dharma Husada Kediri
Email: ukhti_fajr@yahoo.com

Abstract

Clients with mental disorder usually admitted to the hospital because of their maladaptive behavior, such as hurting themselves, other people or destroying environment. This condition need immediate treatment by controlling client's disruptive behaviors. Behavior therapy is a therapy used to modify maladaptive behavior becomes adaptive. The purpose of this study was to determine the application of behavior therapy for violent risked behavior clients in Acute Ward. The analysis of this paper consisted of 10 clients with violent risked behavior who were the subjects of behavior therapy. The results showed that there were alteration of signs and symptoms, and ability of clients. Behavior therapy can be used not only for clients with self care deficit but also for clients with violent risked behavior. Behavior therapy appropriately used for acute inpatients with maladaptive behavior.

Keywords: behavior therapy, violent risked behavior, and acute ward

Pendahuluan

Orang dengan gangguan jiwa adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna. WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental. Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 0.17% (Riskesdas, 2013).

Ada 5 diagnosis gangguan jiwa terbanyak yang dirawat di rumah sakit, yaitu gangguan suasana perasaan, delirium/demensia, penyakit akibat penyalahgunaan obat, gangguan kecemasan, dan skizofrenia (Varcarolis, 2010). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu.

Pada umumnya klien masuk rumah sakit karena adanya perubahan perilaku yang nyata. Perawatan di ruang akut

merupakan perawatan dalam jangka waktu pendek dan berfokus pada bagaimana manajemen perilaku yang bermasalah muncul (Varcarolis, 2010). Terapi keperawatan spesialis jiwa yang dapat digunakan dalam mengubah perilaku adalah terapi perilaku. Penelitian Parendrawati (2008) tentang pengaruh terapi perilaku (token ekonomi) pada klien defisit perawatan diri menunjukkan bahwa dari 110 klien, 55 klien yang mendapatkan terapi perilaku didapatkan bahwa ada peningkatan kemampuan merawat diri yang bermakna pada kelompok yang diberikan terapi perilaku ($p\text{-value} < 0.05$). Penelitian Benson dkk (2013) tentang pengaruh terapi perilaku pada pasangan yang mengalami distres, dari 134 pasangan menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi perilaku, ada perubahan yang signifikan pada tingkat kecemasan dan kepuasan dalam pernikahan ($p\text{-value} < 0.05$).

Keberhasilan terapi yang diberikan tergantung dari diri klien dan lingkungan,

yaitu kesiapan klien untuk berubah dan motivasi klien untuk berubah serta kemampuan perawat dalam melakukan terapi perilaku (Stuart, 2013). Kurt Lewin mengungkapkan tentang proses berubah pada individu. Ada tiga tahap perubahan pada individu, yaitu pencairan (*unfreezing*), perubahan atau pergerakan (*moving*) dan pembekuan kembali (*refreezing*).

Selain melihat proses perubahan yang terjadi, juga akan dilihat perilaku pada klien. Teori yang mengungkapkan bahwa manusia merupakan suatu sistem perilaku adalah teori perilaku Johnson. Teori ini memandang bahwa klien adalah kumpulan dari subsistem yang akan membentuk suatu sistem perilaku. Ada 7 subsistem yang diungkapkan dalam teori ini, yaitu subsistem pencapaian, afiliatif, agresif atau protektif, ketergantungan, eliminatif dan ingestif, restoratif, dan subsistem seksual (Parker & Smith, 2010).

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk menganalisa penerapan terapi perilaku pada klien risiko perilaku kekerasan menggunakan pendekatan Teori Perilaku Johnson dan Teori Berubah Lewin di Ruang Kresna Wanita Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Metode Penelitian

Desain dalam penelitian ini menggunakan desain deskriptif yang melihat gambaran penerapan terapi perilaku pada klien gangguan jiwa dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang di rawat di Ruang Akut RS Jiwa Marzoeki Mahdi Bogor saat dilakukan penelitian. Metode sampling yang digunakan adalah total sampling dengan beberapa kriteria inklusi. Jadi jumlah sampel yang didapatkan sebanyak 10 responden.

Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini akan dijabarkan tentang karakteristik responden, tanda dan

gejala serta kemampuan sebelum dan sesudah terapi perilaku.

Berikut ini karakteristik klien:

Tabel 1 Karakteristik Klien di Ruang Kresna Wanita RSMM Bogor (n=10)

No	Karakteristik Klien	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Jenis kelamin:		
	a. Perempuan	10	100
	b. Laki-laki	0	0
2.	Usia (rata-rata usia 37 tahun 3 bulan):		
	a. Dewasa muda (18-25 tahun)	3	30
	b. Dewasa (26-60 tahun)	5	50
	c. Lansia (lebih dari 60 tahun)	2	20
3.	Pendidikan:		
	a. SD	6	60
	b. SMP	1	10
	c. SMA	3	30
4.	Pekerjaan:		
	a. Tidak bekerja	9	90
	b. Bekerja	1	10
5.	Status pernikahan:		
	a. Belum menikah	3	30
	b. Menikah	5	50
	c. Janda	2	20
6.	Lama sakit (rata-rata: 8 tahun 6 bulan):		
	a. Kurang dari 1 tahun	1	10
	b. 1-5 tahun	4	40
	c. Lebih dari 5 tahun	5	50
7.	MRS keberapa (rata-rata MRS ke-2 kali):		
	a. 1 kali	7	70
	b. 2-5 kali	2	20
	c. Lebih dari 5 kali	1	10
8.	Lama dirawat di ruangan (rata-rata: 7 hari):		
	a. 6 hari	4	40
	b. 7 hari	2	20
	c. 8 hari	1	10
	d. 9 hari	2	20
	e. 10 hari	1	10
9.	Masuk Ruangan dari:		
	a. IGD	8	80
	b. Poli	2	20
10.	Keluar Ruangan ke:		
	a. Utari	5	50
	b. Arimbi	3	30
	c. Saraswati	2	20

Berikut ini merupakan gambaran perilaku klien yang akan diubah:

Tabel 2 Karakteristik Klien Berdasarkan Bentuk Perilaku (n=10)

No	Bentuk Perilaku	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Mencederai diri sendiri	2	20
2.	Mengganggu orang lain	8	80
3.	Merusak lingkungan	0	0
	Total	10	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa bentuk perilaku paling banyak yang akan diubah adalah perilaku mengganggu orang lain, yaitu sebanyak 8 klien (80%). Bentuk perilaku yang ditunjukkan antara lain berkata kasar, berguling, mondar-mandir, memukul, penolakan atau bermusuhan, meludahi orang lain dan bicara tanpa henti.

Tindakan yang diberikan pada klien adalah tindakan keperawatan dan tindakan medis. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien adalah tindakan generalis dan spesialis, terapi perilaku. Berikut ini merupakan gambaran perubahan perilaku setelah diberikan tindakan:

Tabel 3 Perubahan Tanda Gejala Sebelum dan Sesudah Tindakan pada Klien Risiko Perilaku Kekerasan

Aspek	Mean	Selisih
a. Kognitif:		
Sebelum	5.17	4.67
Sesudah	0.50	
b. Afektif:		
Sebelum	5.50	5.50
Sesudah	0	
c. Fisiologis:		
Sebelum	3.38	3.38
Sesudah	0	
d. Perilaku:		
Sebelum	3.73	3.73
Sesudah	0	
e. Sosial:		
Sebelum	4.00	4.00
Sesudah	0	

Tabel 4 Perubahan Kemampuan Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan

Aspek	Mean	Selisih
a. Kemampuan generalis klien risiko perilaku kekerasan:		
Sebelum	0	6.00
Sesudah	6.00	
b. Kemampuan dalam terapi perilaku:		
Sebelum	0	9.83
Sesudah	9.83	

Pembahasan

Tujuan dalam penatalaksanaan terapi perilaku adalah tentang mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif. Berdasarkan data yang diperoleh, menunjukkan bahwa bentuk perilaku paling banyak yang akan diubah adalah perilaku mengganggu orang lain, yaitu sebanyak 8 klien (80%). Bentuk perilaku yang ditunjukkan antara lain berkata kasar, berguling, mondar-mandir, memukul, penolakan atau bermusuhan, meludahi orang lain dan bicara tanpa henti. Tujuan yang ditetapkan hendaknya merupakan hal yang memungkinkan untuk dicapai, karena dengan mencapai tujuan, akan dapat membuat klien dan perawat merasa berhasil, sehingga akan dapat mempertahankan perilaku atau kegiatan positif yang sudah dilakukan. Seperti yang diungkapkan Marquis dan Huston (2010) bahwa tujuan merupakan hasil yang diinginkan dan harus dapat diukur, ambisius namun realistis, serta menggambarkan produk akhir. Berdasarkan data yang didapat, tujuan yang akan dicapai pada klien adalah mengubah perilaku secara bertahap, yaitu mengubah satu perilaku terlebih dahulu yang kemudian akan dilanjutkan di ruang berikutnya.

Hasil dari proses perubahan yang dilakukan adalah adanya perubahan, yaitu perubahan perilaku. Berdasarkan hasil yang didapatkan, ada perubahan atau selisih tanda dan gejala baik pada klien halusinasi dan risiko perilaku kekerasan. Menurut Townsend (2009), terapi perilaku

merupakan salah satu psikoterapi yang tujuannya adalah untuk memodifikasi pola perilaku maladaptif menjadi adaptif. Penelitian Benson dkk (2013) tentang pengaruh terapi perilaku pada pasangan yang mengalami distres, dari 134 pasangan menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi perilaku, ada perubahan yang signifikan pada tingkat kecemasan dan kepuasan dalam pernikahan (p -value < 0,05).

Terapi perilaku yang dilakukan di ruang akut dilakukan karena sebagian besar klien menunjukkan perilaku nyata yang maladaptif saat di ruang akut, sehingga manajemen perilaku merupakan tujuan yang diharapkan dalam perawatan di ruang akut. Penelitian Bowers, dkk (2005) tentang perilaku yang mengganggu dan berbahaya pada klien di ruang akut, dari 838 klien, sebanyak 60.5% menolak minum obat, 52.1% menunjukkan gejala agresif secara verbal, 28.2% menolak beraktivitas, 26.9% mencoba melarikan diri, 25.2% menolak makan, dan 20.2% menunjukkan gejala agresif secara fisik. Oleh karena itu diperlukan terapi perilaku untuk mengubah perilaku maladaptif muncul. Penelitian Burgio, dkk (2010) tentang efek obat dan terapi perilaku pada klien dengan gangguan berkemih menunjukkan bahwa skor kegawatdaruratan menurun secara signifikan dengan dua tindakan, yaitu obat dan terapi perilaku. Selain itu penelitian Nakatani, dkk (2005) tentang efektifitas terapi perilaku dan obat fluvoxamine pada klien dengan obsesif kompulsif menunjukkan bahwa skor menurun secara signifikan dengan dua tindakan, yaitu obat dan terapi perilaku pada klien dengan obsesif kompulsif.

Kesimpulan

Klien merupakan suatu sistem perilaku yang terdiri dari beberapa subsistem. Tiap subsistem menggambarkan tentang karakteristik klien. Karakteristik klien yang didapat adalah semua klien perempuan (100%),

usia terbanyak adalah dewasa (50%), pendidikan terbanyak adalah SD (60%), hampir semua klien tidak bekerja (90%), sebagian klien menikah (50%), sebagian klien telah lebih dari 5 kali masuk rumah sakit (50%), paling banyak klien masuk dari IGD (80%), dan keluar ruangan ke Ruang Utari (50%). Faktor predisposisi biologis terbanyak adalah gangguan jiwa sebelumnya (80%), psikologis adalah tipe kepribadian tertutup (70%), dan sosial adalah tidak bekerja (80%).

Hasil dari proses perubahan ini adalah bentuk perilaku baru yang dapat dilihat dan diukur, yang diharapkan akan langgeng dan menetap. Perubahan perilaku ini dilihat dari perubahan tanda dan gejala serta kemampuan dalam tindakan keperawatan. Berdasarkan hasil yang didapat, selisih rata-rata perubahan tanda gejala terbanyak pada klien risiko perilaku kekerasan adalah pada aspek afektif (5.50) dan selisih rata-rata tindakan keperawatan generalis pada klien risiko perilaku kekerasan sebesar 6.00, dan selisih rata-rata kemampuan pada terapi perilaku sebesar 9.83.

Saran

Terapi perilaku merupakan salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa yang dapat digunakan untuk mengubah perilaku nyata yang muncul pada klien, sehingga penyempurnaan penatalaksanaan terapi perlu ditingkatkan, antara lain dengan menambah jumlah klien dan mengobservasi perubahan perilaku lebih lama. Penggunaan pendekatan Teori Perilaku Johnson dan Teori Perubahan Lewin sudah tepat digunakan dalam menganalisa perilaku dan perubahan perilaku pada klien risiko perilaku kekerasan, sehingga pendekatan Teori Perilaku Johnson dan Teori Berubah Lewin dapat digunakan untuk penulisan Karya Ilmiah selanjutnya.

Saran bagi klien, yaitu diharapkan klien mampu mengaplikasikan apa yang sudah dipelajari tentang terapi perilaku, sehingga keterampilan ini akan lebih

langgeng dan menetap walau sudah keluar dari rumah sakit, yaitu dengan terus melakukan latihan yang telah diajarkan berdasarkan buku kerja yang telah diberikan atau dengan latihan bersama keluarga (*care giver*). Selain itu klien juga dapat melakukan konsultasi terkait kesulitan yang dihadapi saat latihan terapi perilaku. Saat di rumah sakit, klien dapat berkonsultasi dengan perawat ruangan yang berkompeten dan jika sudah pulang, klien dapat berkonsultasi dengan Bagian Kesehatan Rumah Sakit atau bagian yang terkait. Perawat diharapkan mampu melakukan perawatan pada klien secara komprehensif, bukan hanya kolaborasi pemberian psikofarmaka dan secara fisik saja, namun penting juga untuk latihan mengontrol perilaku klien. Selain itu diharapkan perawat mempunyai catatan atau dokumentasi yang baik guna kesinambungan perawatan antar ruangan. Rumah sakit diharapkan dapat mendukung penerapan terapi perilaku pada klien dengan perilaku maladaptif, sehingga dibutuhkan perawat spesialis jiwa yang ada di ruang akut atau jika belum memungkinkan, dapat dibuat jadwal visite perawat spesialis ke masing-masing ruangan atau jika dibutuhkan dapat dipanggil saat kondisi kritis. Selain itu pihak Rumah Sakit juga bisa mengadakan pelatihan terkait Penatalaksanaan Terapi Perilaku khususnya di ruang akut.

Daftar Pustaka

- Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2010). *Nursing Theories and Their Work*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Benson, L. A., Sevier, M., & Christensen, A. (2013). THE IMPACT OF BEHAVIORAL COUPLE THERAPY ON ATTACHMENT IN DISTRESSED COUPLES. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(4), 407-420. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1460879588?accountid=17242>
- Bowers, L., Douzenis, A., Galeazzi, G. M., Forghieri, M., Tsopelas, C., Simpson, A., & Allan, T. (2005). Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three european centres. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 822-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0967-1>
- Burgio, K. L., Kraus, S. R., Borello-france, D., Chai, T. C., Kenton, K., Goode, P. S., . . . Kusek, J. W. (2010). The effects of drug and behavior therapy on urgency and voiding frequency. *International Urogynecology Journal*, 21(6), 711-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-010-1100-x>
- Helene Hem, M., Heggen, K., & Ruyter, K. W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 15(6), 777-88. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0969733008090525>
- Hopko, D. R., Cannity, K., McIndoo, C. C., File, A. A., Ryba, M. M., Clark, C. G., & Bell, J. L. (2015). Behavior therapy for depressed breast cancer patients: Predictors of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 225-231. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0037704>
- Hudson, C. G. (2005). Patterns of acute psychiatric hospitalization in massachusetts. *Administration and Policy in Mental Health*, 32(3), 221-40. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10488-004-0842-5>
- Kozier, B. et al. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Laughlin Lebedev, A. E. (2008). *Changing the negative behavioral*

- and developmental outcomes to a toxic prenatal environment through parent education (Order No. 3336709). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (304380678). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304380678?accountid=17242>
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2010). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: EGC.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W. J., . . . Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 205-214.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.205>
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A., . . . Kawamoto, M. (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder - effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*(5), 269-76. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/235461768?accountid=17242>
- Parker, M.E. & Smith, M.C. (2010). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: Davis Company.
- Peterson, S.J. & Bredow, T.S. (2004). *Middle Range Theories, Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Radulescu, V., Cetina, I., & Orzan, G. (2012). Key factors that influence behavior of health care consumer, the basis of health care strategies. *Contemporary Readings in Law and Social Justice, 4*(2), 992-1001. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1400164296?accountid=17242>
- Skovmand-Wilson, K. (2014). *Referral rates to psychotherapy for individuals with developmental disabilities and mental illness* (Order No. 3621969). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1548006465). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1548006465?accountid=17242>
- Sly, K. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., Conrad, A. M., Cohen, M., Tirupati, S., . . . Coombs, T. (2009). Measuring observed mental state in acute psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(2), 151-61. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0427-9>
- Sørgaard, K.,W., Ryan, P., Hill, R., & Dawson, I. (2007). Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: Inpatient vs. community staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(10), 794-802. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-007-0228-6>
- Stuart, G.W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 10th Ed. Canada: Evolve.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing, Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 6th Ed. Philadelphia: Davis Plus.
- Varcarolis, E.M. & Halter, M.J. (2010). *Psychiatric Mental Health Nursing, A Clinical Approach*. 6th Ed. Canada: Elsevier.
- Videback, S.L. (2011). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 4th Ed. China: Wolters Kluwer.