

**PENGARUH PELAKSANAAN MANAJEMEN MARAH TERHADAP
PERILAKU KEKERASAN PADA SISWA SMK NEGERI 1
BUKITTINGGI TAHUN 2015**

TESIS

OLEH :

FALERISISKA YUNERE

BP. 1321312050



**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JiWA
FAKULTAS KEPERAWATAN – UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2015**

**PENGARUH PELAKSANAAN MANAJEMEN MARAH TERHADAP
PERILAKU KEKERASAN PADA SISWA SMK NEGERI 1
BUKITTINGGI TAHUN 2015**

*Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program
magister keperawatan kekhususan keperawatan jiwa*

OLEH :

FALERISISKA YUNERE

BP. 1321312050



**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS KEPERAWATAN – UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2015**



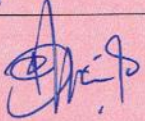
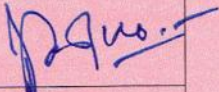
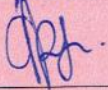
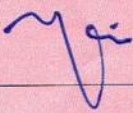
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Falerisiska Yunere
BP : 1321312050
Program Studi : S2 Keperawatan
Judul Penelitian : Pengaruh Pelaksanaan Manajemen Marah Terhadap Perilaku Kekerasan Pada Siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.

DEWAN PENGUJI

No	Nama	Keterangan	Tanda Tangan
1	Dr. Yulastri Arif, M.Kep	Ketua Dewan Penguji	
2	Prof. Dr. Budi Anna Keliat, M. App.Sc	Anggota Penguji	
3	Ns. Dewi Eka Putri, M.Kep, Sp. Kep.J	Anggota Penguji	
4	Prof. Dr. Prayitno, M.Sc, Ed	Anggota Penguji	
5	Ns. Arya Rahmadia, M.Kep, Sp. Kep. J	Anggota Penguji	
6	Fitra Yeni, S.Kp, M.A	Anggota Penguji	

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Tesis : Pengaruh Pelaksanaan Manajemen Marah Terhadap Perilaku Kekerasan Pada Siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015


Nama Mahasiswa : Falerisiska Yunere

BP : 1321312050

Tesis ini telah di periksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.

Menyetujui,

Komisi Pembimbing

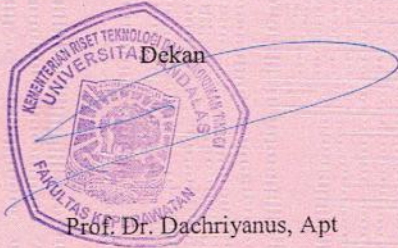

Prof. Dr. Budi Anna Keliat, M.App, Sc


Ns.Dewi Eka Putri, M.Kep, Sp. Kep.J

Mengetahui,

Ketua Program Studi S2 Keperawatan


Dr. Yulastri Arif, M.Kep


Dekan
Prof. Dr. Dachriyanus, Apt

**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS**

**Tesis, Januari 2016
Falerisiska Yunere**

**Pengaruh Pelaksanaan Manajemen Marah terhadap Perilaku Kekerasan pada Siswa
SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015**

Xiii + 121 hal +13 tabel + 9 lampiran

Abstrak

Perilaku kekerasan menjadi masalah di berbagai negara, survey Nasional pada remaja di sekolah menengah atas (SMA) dilaporkan bahwa 28% remaja laki-laki dan 7% remaja perempuan mengalami perkelahian fisik. Hampir 35% dari survey tersebut melaporkan sekurangnya satu kekerasan fisik yang menyebabkan satu cedera yang memerlukan perhatian medis (Kaplan, 2010). Penelitian ini bertujuan mendapatkan gambaran pengaruh manajemen marah terhadap penurunan perilaku kekerasan di SMK Negeri 1 Bukittinggi tahun 2015. Desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post With Control Group*” dengan intervensi Manajemen Marah. Sampel penelitian adalah 92 siswa yang terdiri atas 46 siswa kelompok intervensi dan 46 kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan respon *anger control* serta penurunan respon *anger out* secara bermakna (*P-value* 0,05) pada siswa yang mendapatkan latihan manajemen marah. Sedangkan dari karakteristik siswa tidak ada yang berkontribusi secara statistik (nilai *P-value* > 0,05) Latihan manajemen marah direkomendasikan untuk diterapkan pada siswa dengan riwayat perilaku kekerasan (pelaku, korban dan saksi) bersama intervensi keperawatan lainnya.

Kata kunci : Perilaku Kekerasan, Manajemen Marah
Daftar Pustaka : 51 (1987 – 2014)

**NURSING POST GRADUATE PROGRAM
SPECIALY IN MENTAL HELATH NURSING
FACULTY OF NURSING ANDALAS UNIVERSITY**

**Thesis, January 2016
Falerisiska Yunere**

**Effect of Anger Management Implementation Of Violence In Student Behavior in SMK
Negeri 1 Bukittinggi 2015**

Xiii+121pages+13 table+9 appendixes

Abstract

Violent behavior (PK) is a maladaptive response of anger in the form of self-injuring behavior, others and the environment. This study aims to get a picture of the influence of anger management to decrease violent behavior in SMK Negeri 1 Bukittinggi in 2015. The study design "Quasi Esperimental Pre-Post With Control Group "with the intervention of Anger Managemen). The sample was 92 students consisting of 46 students the intervention group and 46 control group students. The results showed an increase and a decrease in response to anger control anger out response was significantly (P -value 0,05) on students who get anger management. While the student characteristics that contribute found no statistically significant (P -value > 0.05) anger management program is recommended to be applied to students who have a history of violent behavior along with other nursing interventions. to students who have a history of violent behavior along with other nursing interventions.

**Keywords: Behavioral Violence, Anger Management
Reference : : 51 (1987 – 2014)**

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis ucapkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan nikmat yang dikaruniakan terutama nikmat iman dan nikmat kesehatan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul pengaruh pelaksanaan usaha kesehatan jiwa di sekolah terhadap perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi. Shalawat beserta salam semoga disampaikan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai suri tauladan umat manusia yang telah membuka alam dunia dengan perkembangan ilmu pengetahuan.

Penulisan proposal tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar magister keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang. Penyusunan Tesis ini penulis banyak memperoleh bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankanlah peneliti mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat;

1. Bapak Prof.Dr.Dachrianus,Apt selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang.
2. Ibu Dr.Yulastri Arif,M.Kep selaku Ketua Program Studi S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang.
3. Ibu Prof.Dr. Budi Anna Keliat,S.Kp.MApp.Sc selaku pembimbing I
4. Ibu Ns.Dewi Eka Putri,M.Kep,Sp.Kep.J selaku pembimbing II
5. Bapak Kepala sekolah SMK Negeri 1 Bukittinggi yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan penelitian
6. Teman-teman mahasiswa S2 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang Tahun 2013 yang sama-sama berjuang dan memberikan semangat dalam penyusunan tesis ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Tesis ini belum sempurna dan masih perlu perbaikan, dengan segala keterbatasan yang ada, penulis mengharapkan kritikan dan saran yang bersifat membangun sehingga Tesis ini dapat bermanfaat untuk penelitian nanti

Padang, Januari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN PANITIA SIDANG	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINIL	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	
DAFTAR LAMPIRAN	
ABSTRAK	
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Remaja	13
2.2 Kesehatan Jiwa	18
2.3 Usaha Kesehatan Sekolah	23
2.4 Perilaku Bullying	30
2.5 Perilaku Kekerasan	40
2.5 Program Pengendalian Marah / <i>Anger Management</i>	56
2.6 Latihan Asertif / <i>Assertive Training</i>	61
2.7 Kerangka Teori	63
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	64
3.2 Hipotesis	66
3.3 Defenisi Operasional	66
BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Jenis Penelitian	70

4.2	Populasi dan sampel	72
4.3	Tempat penelitian	75
4.4	Waktu Penelitian	75
4.5	Etika Penelitian	76
4.6	Alat Pengumpulan Data	77
4.7	Uji Validitas	77
4.8	Prosedur Pengumpulan data	78
4.9	Pengolahan Data	80
4.10	Analisa Data	81
BAB V HASIL PENELITIAN		
5.1	Proses pelaksanaan terapi	88
5.2	Hasil Penelitian	88
5.2.1	Karakteristik siswa dengan perilaku kekerasan	91
5.2.2	Respon-respon kemampuan perilaku kekerasan	95
5.2.3	Faktor yang berkontribusi terhadap respon perilaku kekerasan	101
BAB VI PEMBAHASAN		
6.1	Pengaruh manajemen marah terhadap perilaku kekerasan	106
6.2	Faktor-faktor yang berhubungan dengan respon perilaku kekerasan	108
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Kesimpulan	119
7.2	Saran	120
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Analisis usia siswa pada kelompok yang mendapatkan *anger management* dan kelompok kontrol di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.2 Distribusi siswa berdasarkan karakteristik di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.3 Analisis respon kemarahan siswa sebelum dilakukan *anger management* di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.4 Analisis perubahan respon perilaku kekerasan pada siswa sebelum dan sesudah dilakukan *anger management* pada kelompok intervensi di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.5 Analisis perubahan respon perilaku kekerasan pada siswa sebelum dan sesudah dilakukan *anger management* pada kelompok kontrol di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.6 Analisis respon kemarahan pada siswa setelah dilakukan *anger management* di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.7 analisis perubahan respon-respon perilaku kemarahan pada siswa sebelum dan sesudah *anger management* pada kelompok intervensi dan kontrol di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.8 Faktor yang berkontribusi terhadap respon kemarahan *anger in* pada siswa di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.9 Faktor yang berkontribusi terhadap respon kemarahan *anger in* pada siswa di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.10 Faktor yang berkontribusi terhadap respon kemarahan *anger out* pada siswa di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.11 Faktor yang berkontribusi terhadap respon kemarahan *anger out* pada siswa di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.12 Faktor yang berkontribusi terhadap respon kemarahan *anger control* pada siswa di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

Tabel 5.13 Faktor yang berkontribusi terhadap respon kemarahan *anger control* pada siswa di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Permohonan menjadi responden

Lampiran 2. Surat persetujuan responden

Lampiran 3. Kuisisioner penelitian

Lampiran 4. Modul manajemen marah

Lampiran 5. Surat izin penelitian dari fakultas

Lampiran 6. Surat izin penelitian dari kantor kesbangpol kota Bukittinggi

Lampiran 7. Surat keterangan lolos uji etik

Lampiran 8. Surat keterangan selesai penelitian

Lampiran 9. Hasil pengolahan data

Lampiran 10. Bukti Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan pada kelompok remaja merupakan suatu upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar manusia yaitu untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Depkes, 2005). Hal tersebut menjadi fokus perhatian mengingat remaja adalah generasi penerus cita-cita dan perjuangan bangsa. Oleh karena itu upaya kesehatan remaja harus ditingkatkan dalam rangka meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Remaja sebagai salah satu komponen generasi muda mempunyai peran yang sangat besar dalam menentukan masa depan bangsa, dapat dikatakan bahwa remaja merupakan aset bangsa yang sangat penting. Oleh sebab itu remaja merupakan salah satu sasaran pembangunan kesehatan pada masa yang akan datang.

Program kesehatan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, salah satunya adalah upaya mengatasi masalah kesehatan remaja. Masalah ini kurang menjadi perhatian pemerintah karena rendahnya angka kesakitan dan kematian pada remaja. Namun pada dekade terakhir ini pandangan tersebut berubah berdasarkan kenyataan angka kecacatan dan kematian remaja meningkat sebagai akibat masalah kesehatan remaja (Grunbaum et al, 2002, dalam Koziar, 2011). Karena itu pemerintah memberikan perhatian dengan meningkatkan berbagai upaya kesehatan pada kelompok remaja melalui keterlibatan semua komponen masyarakat. Adanya perhatian pemerintah bukan saja karena meningkatnya masalah kesehatan remaja, tetapi bersamaan dengan meningkatnya jumlah populasi remaja dari tahun ke tahun.

World Health Organization (WHO) memperkirakan jumlah populasi remaja dunia sekitar 1/5 dari total jumlah penduduk dunia. Gambaran Situasi Kependudukan Dunia Tahun 2013, disebutkan bahwa jumlah penduduk dunia terus tumbuh dan telah mencapai 7 milyar. Penduduk dunia sebanyak 1,2 miliar atau hampir 1 dari lima orang di dunia berusia 10-19 tahun dan 900 juta orang diantaranya tinggal di negara berkembang. Hasil sensus penduduk di Indonesia tahun 2010 menunjukkan 1 dari 4 orang penduduk Indonesia merupakan kaum muda berusia 10-24 tahun.

Penduduk Indonesia dari 240 juta jiwa, jumlah remaja terbilang besar mencapai 63,4 juta atau sekitar 26,7 persen dari total penduduk. Remaja Indonesia dengan jumlah yang tidak sedikit, menghadapi berbagai persoalan dalam kehidupan dunia remaja (Humas BKKBN, 2013). Sedangkan di Kota Bukittinggi jumlah penduduk usia 15-19 (remaja) adalah yang terbanyak yaitu sebanyak 12.359 orang (BPS Kota Bukittinggi, 2013)

Di negara barat menurut *Registered Nurse Assocation Of Ontario (RNAO)* memberi batasan usia remaja antara 11 sampai 21 tahun (Cooper, 2006, dalam Glasper, 2006). Di Indonesia dalam Undang-Undang no.4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, menjelaskan remaja sebagai individu yang belum mencapai usia 21 tahun dan belum menikah. Sedangkan menurut WHO yaitu usia antara 10 – 19 tahun. Dalam rentang usia tersebut, akan memberi gambaran tentang karakteristik pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi selama masa remaja.

Masa remaja atau *adolescens* merupakan periode transisi dari masa anak-anak ke masa dewasa, suatu periode yang dinamis dalam kehidupan (Kozier, 2011). Ciri utama masa remaja adalah terjadi pertumbuhan dan perkembangan pesat baik fisik, psikologis maupun intelektual. Perkembangan remaja sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya, baik orang tuanya, guru, sanak keluarga, orang dewasa lainnya, ataupun teman

sebayanya. Remaja adalah tahap yang paling rawan, karena dalam tahap ini anak akan mencari identitas diri dalam membentuk kepribadiannya. Kondisi ini menyebabkan remaja sulit menentukan identitas dirinya, situasi konflik yang mengakibatkan timbulnya berbagai masalah kesehatan remaja baik fisik maupun psikososial (Herero, 2006).

Masalah yang paling banyak dirasakan usia remaja ini adalah perilaku kekerasan, kehamilan, penyalahgunaan obat dan alkohol, kecelakaan, bunuh diri dan penyakit akibat hubungan seks (Stanhope & Lancaster, 1999). Masalah-masalah kesehatan remaja yang paling umum terjadi di Indonesia adalah masalah psikososial, salah satunya masalah perilaku kekerasan remaja (Depkes, 2005). Menurut Undang-Undang No 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, mendefinisikan perilaku kekerasan sebagai tindak kekerasan yaitu perilaku dengan sengaja (verbal dan nonverbal) yang ditujukan untuk menciderai atau merusak seseorang dalam bentuk serangan, serangan fisik, mental, sosial, ekonomi yang dipicu oleh berbagai sebab dan motif (Huraerah, 2006). Menurut Stuart & Laraia, (1998) menyebutkan bahwa perilaku kekerasan juga disebut agresif yaitu kekerasan yang dilakukan secara fisik dan verbal. Sedangkan Keliat, (2010) mengatakan, perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi seseorang. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Dimana perilaku kekerasan ini bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis.

Perilaku kekerasan yang dilakukan oleh remaja disebabkan karena dua faktor yaitu faktor internal dan eksternal (Nurhalimah, 2009). Faktor internal adalah remaja yang memiliki harga diri yang rendah serta identitas diri yang kacau, selain itu akibat pertumbuhan dan perkembangan yang sedang terjadi. Menurut Friedman (1998) masa remaja adalah periode yang penuh dengan dinamika, dan merupakan masa tersulit dalam tugas perkembangan keluarga. Pada periode ini remaja mengalami pertumbuhan dan

perkembangan yang sangat pesat secara fisik, kognitif, emosional, sosial, kepribadian, spritual dan moral. Selain itu priode ini merupakan masa transisi dari anak meuju dewasa, serta masa pencarian jati diri. Pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi mengakibatkan perubahan psikologis pada remaja yang dapat menimbulkan kegelisahan, perilaku yang tidak sabaran, emosi yang tidak stabil, selalu ingin melawan, malas, serta perubahan keinginan Feldmen, (2001) dalam Nurhalimah (2009).

Faktor eksternal yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan pada remaja adalah ketidak harmonisan interaksi antara orang tua dan remaja. Masalah ini timbul dikarenakan orang tua tidak mampu menyesuaikan perubahan pola asuh serta tidak efektifnya komunikasi antara orang tua dan remaja (Stuart & Laraia, 2005). Faktor lain adalah teman sebaya, menurut Stuart & Laraia (2005) teman sebaya merupakan sumber panutan utama remaja dalam hal persepsi, sikap dan tempat berbagi rahasia. Selain itu remaja menghabiskan waktunya lebih banyak bersama teman sebaya dibandingkan dengan orang tua.

Faktor lain yang mempengaruhi perilaku kekerasan pada remaja adalah sekolah. Sekolah memegang peranan penting karena remaja menghabiskan sebahagian besar waktunya disekolah. Sekolah ikut berperan didalam menentukan kepribadian peserta didik dalam hal berfikir, bersikap maupun berperilaku. Ciri sekolah yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan pada remaja adalah adanya sekolah dengan penerapan disiplin yang kaku, sekolah yang kurang memberikan harapan terhadap peserta didik serta kurang mampu mengembangkan kepribadian peserta didik (Wong, 2003). Hal ini akan berdampak langsung terhadap diri remaja dan orang lain baik secara fisik maupun psikologis.

Hasby (2000) dalam Nurhalimah (2009) mengatakan dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan pelajar antara lain cedera, kematian pelajar dan anggota masyarakat, rusaknya sarana dan prasarana umum, ketakutan, terganggunya proses belajar mengajar,

takut kesekolah serta berkurangnya sikap toleransi. Kaplan (2010) mengatakan apabila perilaku tersebut tidak ditanggulangi secara dini maka akan berkembang menjadi suatu gangguan kejiwaan yang lebih berat pada masa dewasa yaitu gangguan kepribadian anti sosial. Perbuatan remaja ini sangat berdampak terhadap perkembangan mental remaja tersebut. Kaplan (2010) menyebutkan kira-kira 20% remaja mempunyai gangguan mental yang dapat terdiagnosis yaitu gangguan kecemasan dan depresi. Gangguan tersebut seringkali dihubungkan dengan perilaku kenakalan, memberontak dan kegagalan akademis. Wong (2003) mengatakan perilaku kekerasan harus segera ditangani karena dampak yang ditimbulkannya tidak dapat dianggap remeh.

Dampak yang ditimbulkan dari perilaku kekerasan, dikhawatirkan akan berpotensi menimbulkan permasalahan kepemimpinan kolektif kedepan, karena kekhawatiran akan hilangnya generasi penerus bangsa dan sumber daya manusia yang produktif bagi pembangunan. Untuk itu diperlukan kerjasama dari berbagai kalangan seperti pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, keluarga, tokoh agama, tokoh masyarakat, pihak sekolah dan remaja itu sendiri untuk mencegah timbulnya dampak perilaku kekerasan yang dilakukan remaja.

Perilaku kekerasan menjadi masalah di banyak negara seperti amerika, australia dan negara maju lainnya. Bentuk kekerasan yang terjadi seperti pekelahian, pemukulan, penyerangan dengan senjata, pemerkosaan dan pembunuhan (Shalala 2001 dalam Widyatuti, 2003) Berdasarkan Survey nasional pada remaja di sekolah menengah atas (SMA) dilaporkan bahwa 28% remaja laki-laki dan 7% remaja perempuan mengalami pekelahian fisik dalam sebulan. Hampir 35% dari survey tersebut melaporkan sekurangnya satu kekerasan fisik yang menyebabkan satu cedera yang memerlukan perhatian medis (Kaplan, 2010). Untuk Kasus tawuran antar pelajar tahun 2010, setidaknya terjadi 128 kasus. Angka tawuran itu melonjak tajam lebih dari 100% pada

2011, yakni 330 kasus tawuran yang menewaskan 82 pelajar. Pada Januari-Juni 2012, telah terjadi 139 tawuran yang menewaskan 12 pelajar.. Berdasarkan data Riskesdas 2013, di ketahui bahwa jumlah gangguan mental emosional di Propinsi Sumatera Barat usia 15 tahun dengan prevalens 4,5% dan berdasarkan karakteristik didapatkan bahwa laki-laki lebih dominan mengalami gangguan. Sedangkan berdasarkan tempat tinggal didapatkan bahwa lokasi perkotaan lebih tinggi angka kejadian dibandingkan pedesaan.

Upaya pemerintah dalam mengatasi permasalahan perilaku kekerasan ini yaitu dengan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Program ini dapat dilaksanakan di Puskesmas, Rumah Sakit atau sentra-sentra dimana remaja berkumpul seperti mall, pusat perkumpulan remaja (Depkes, 2005). Dalam pelaksanaan PKPR di Puskesmas, remaja diberikan pelayanan khusus kebutuhan remaja. Adapun tujuan dari PKPR ini adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan remaja baik secara fisik, psikologis dan sosialnya. Secara khusus, tujuan program PKPR adalah meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas, meningkatkan pemanfaatan Puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan dan meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja.

Kegiatan PKPR ini berintergrasi dengan pelaksanaan UKS Jiwa di sekolah namun program PKPR ini masih belum maksimal dilaksanakan di sekolah. Untuk membantu pelaksanaan program tersebut diperlukan peran seorang perawat spesialis jiwa. Perawat jiwa komunitas yang ada saat ini masih dirasakan kurang baik secara kualitas maupun kuantitas. Perawat yang ada belum memiliki kemampuan memadai dalam hal ini. Sedangkan bentuk implementasi yang bisa dilakukan pendidikan kesehatan jiwa dan pelatihan kader kesehatan uks jiwa disekolah.

Townsed (2007) dalam Nurhalimah (2009) mengatakan bahwa peran perawat jiwa tidak hanya terbatas pada pemberian asuhan keperawatan di rumah sakit, akan tetapi dituntut lebih sensitif terhadap lingkungan sosial. Perawat sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan berkewajiban melakukan upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitative*. Upaya *preventif* dan *promotif* yang dilakukan diharapkan dapat membuat perencanaan dalam bentuk penyuluhan kesehatan jiwa anak remaja, deteksi dini dan upaya-upaya pendidikan kesehatan jiwa dalam keluarga. Sedangkan upaya *kuratif* dan *rehabilitative* diharapkan seorang perawat mampu memberikan terapi keluarga, dalam bentuk *family psikoedukasi* dan *triangel therapy* sedangkan untuk kelompok remaja terapi *supportif* dan *psikoedukasi* kelompok remaja.

Hasil pengkajian data awal yang penulis lakukan pada bulan April didapatkan data bahwa di kota Bukittinggi didapatkan data gangguan jiwa pada anak remaja sebanyak 26 kunjungan setiap bulannya ke rumah sakit. Sedangkan data dari Dinas Kesehatan Kota menyebutkan bahwa masalah perilaku kekerasan pada remaja berupa perkelahian dan tawuran terdapat 12 kasus. Dari data tersebut sekolah yang berulang kali melakukan perkelahian adalah SMK Negeri 1 (5 kasus), tercatat sebanyak 220 orang siswa pernah melakukan tindak kekerasan, data ini sangat didukung dengan hasil wawancara dengan pihak penyelenggara pendidikan menyebutkan jumlah siswa yang banyak dengan didominasi siswa laki-laki dengan jumlah 85% dan 20-30 murid rata-rata perbulan bermasalah dengan guru dan lingkungan sekolah, dengan bentuk perbuatan seperti terlibat perilaku kekerasan.

Berdasarkan hasil wawancara pada 10 orang siswa dengan menggunakan kuisioner *anger management*, 6 orang mengatakan bahwa mereka mempunyai sifat pemarah, dan perasaan mudah tersinggung dan rasa pendendam, sedangkan 4 orang siswa menyebutkan bahwa emosional sulit dikendalikan dan Perilaku yang sering muncul adalah mengeluarkan kata-

kata kasar bernada mengancam, berusaha melukai lawan, dan menggunakan benda-benda lain guna mencederai pihak lawan. Saat ditanya tentang bagaimana mengendalikan perasaan marah 10 siswa mengatakan tidak bisa mengontrol perilaku saat marah.

Sedangkan hasil wawancara dengan guru bimbingan konseling (BK) menyebutkan bahwa pihak sekolah berupaya mengatasi perilaku kekerasan yang terjadi pada siswa SMK ini dengan cara teguran lisan, dimana siswa yang melakukan kekerasan baik dilingkungan sekolah sendiri ataupun diluar lingkungan sekolah, siswa tersebut dinasehati tentang akibat perilaku yang mereka lakukan. Jika teguran lisan ini masih belum dipahami oleh siswa, maka akan di lanjutkan dengan teguran tertulis yang disampaikan langsung kepada orang tua / wali murid siswa yang melakukan tindakan kekerasan ini. Orang tua akan di panggil untuk diberikan penjelasan dan arahan terhadap perilaku negatif siswa selama berada disekolah. Secara umum mereka mengatakan belum pernah diberikan penjelasan tentang perilaku kekerasan dan bagaimana cara mengendalikan dan mengatasi perilaku kekerasan ini baik oleh guru ataupun tenaga kesehatan lainnya.

Secara umum ketika ditanyakan mengenai masalah perilaku kekerasan disekolah yang dialami oleh siswa, guru-guru menjelaskan bahwa mempunyai siswa dengan perilaku kekerasan ini menjadi beban tersendiri buat sekolah. Mereka mengasumsikan perlunya pembinaan khusus terhadap perilaku siswa tersebut. Hal ini sesuai dengan kondisi yang dirasakan dan diungkapkan dalam wawancara dengan guru SMK N 1 Bukittinggi, bahwa belum adanya program manajemen marah yang mendukung untuk dapat mencegah terjadinya perilaku kekerasan yang terjadi di sekolah.

Identifikasi permasalahan diatas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang pengaruh manajemen marah terhadap perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi.

1.2 Perumusan Masalah

Uraian fenomena dalam latar belakang diatas terdapat beberapa permasalahan yang terjadi yaitu berdasarkan Survey nasional pada remaja di sekolah menengah atas (SMA) melaporkan bahwa 28% remaja laki-laki dan 7% remaja perempuan mengalami perkelahian fisik dalam sebulan, sebanyak 220 siswa SMK Negeri 1 melakukan tindakan kekerasan pada tahun 2014. Dari data sekolah yang berulang kali melakukan perkelahian adalah SMK negeri 1 (5 kasus). Sejak tahun 2013 hingga 2014 didapatkan 25-30 murid rata-rata perbulan bermasalah dengan guru dan lingkungan sekolah, dengan bentuk perbuatan seperti terlibat perkelahian dan pelanggaran etika. Sedangkan untuk pelanggaran disiplin 45% sering dilakukan setiap bulannya. Tenaga guru menyatakan permasalahan siswa selalu menjadi beban tersendiri dan perlunya pembinaan terhadap mereka. Belum adanya pelaksanaan kesehatan jiwa di sekolah.

Berdasarkan pada kondisi dan data-data yang telah diungkapkan diatas, maka pada penelitian ini peneliti ini melihat pengaruh pelaksanaan manajemen marah terhadap perilaku kekerasan. Adapun rumusan masalah penelitian adalah sebagai berikut :

- 1.2.1 Bagaimana perilaku kekerasan yang terjadi pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015.
- 1.2.2 Apakah faktor-faktor perilaku kekerasan yang terjadi pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015.
- 1.2.3 Bagaimana pengaruh manajemen marah terhadap perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh manajemen marah terhadap perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui karakteristik usia siswa yang melakukan perilaku kekerasan di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2.2 Untuk mengetahui karakteristik jenis kelamin siswa yang melakukan perilaku kekerasan di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2.3 Untuk mengetahui karakteristik kelas siswa yang melakukan perilaku kekerasan di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015.

1.3.2.4 Untuk mengetahui karakteristik riwayat siswa sebagai pelaku kekerasan di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2.5 Untuk mengetahui karakteristik riwayat siswa sebagai korban kekerasan di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2.6 Untuk mengetahui karakteristik riwayat siswa sebagai korban kekerasan di SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2.7 Untuk mengetahui pengaruh manajemen marah terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2.8 Untuk mengetahui perbedaan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan manajemen marah terhadap siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2.9 Untuk mengetahui perbedaan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah di lakukan manajemen marah terhadap siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

1.3.2.10 Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Setelah diperolehnya gambaran pengaruh manajemen marah terhadap perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi. Diharapkan menjadi data dasar dan bahan pertimbangan menyusun program usaha kesehatan jiwa disekolah di berbagai tingkat pendidikan mulai sekolah dasar sampai ke tingkat perguruan tinggi. Sehingga program manajemen marah untuk mengatasi perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri ini menjadi sangat penting dan strategis guna mencapai status kesehatan yang setinggi-tingginya pada tingkat sekolah.

1.4.1 Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk menambah ilmu pengetahuan tentang pelaksanaan usaha kesehatan jiwa sekolah dari tingkat usia dini sampai tingkat pendidikan tinggi serta pengembangan ilmu yang berkaitan dengan kesehatan, khususnya terkait masalah perilaku kekerasan pada siswa.

1.4.2 Manfaat Metodologi

Penelitian ini merupakan penelitian kuasi eksperimen, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangan sebagai dasar untuk dikembangkan dalam penelitian lebih lanjut yang berbentuk kualitatif dan eksperimen murni dengan mengembangkan model atau program pengendalian terhadap usaha kesehatan jiwa disekolah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Remaja

2.1.1 Defenisi remaja

Masa remaja merupakan suatu periode transisi antara masa kanak-kanak dan masa dewasa – merupakan waktu kematangan fisik, kognitif, sosial, dan emosional yang cepat pada anak laki – laki untuk mempersiapkan diri menjadi laki – laki dewasa dan pada anak perempuan mempersiapkan diri menjadi wanita dewasa. Batasan yang tegas pada remaja sulit ditetapkan, tetapi periode ini biasanya digambarkan pertama kali dengan penampakan karakteristik seks sekunder pada sekitar usia 11 sampai 12 tahun dan berakhir dengan berhentinya pertumbuhan tubuh pada usia 18 sampai 20 tahun (Wong, 2008).

Menurut Potter Perry masa remaja merupakan masa dimana terjadi transisi masa kanak – kanak menuju dewasa, biasanya antara usia 13 dan 20 tahun. Istilah adolescence merujuk kepada kematangan psikologis individu, sedangkan pubertas merujuk kepada saat dimana dimana telah ada kemampuan reproduksi (Potter Perry, 2009).

2.1.2 Perubahan Fisik Remaja

Perubahan fisik terjadi dengan cepat pada masa remaja. Kematangan seksual terjadi seiring perkembangan karakteristik seksual terjadi seiring perkembangan karakteristik seksual primer dan sekunder. Berikut ini merupakan empat fokus utama perubahan fisik. Peningkatan pertumbuhan tulang rangka, otot, dan organ dalam perubahan yang

spesifik untuk tiap jenis kelamin, seperti perubahan lebar bahu dan pinggul, perubahan distribusi otot dan lemak, perkembangan sistem reproduktif dan karakteristik seks sekunder.

Terdapat banyak variasi pada masa perubahan fisik yang dihubungkan dengan pubertas antara lawan jenis dan sesama jenis. Anak perempuan umumnya lebih dulu mengalami perubahan fisik dibandingkan anak laki-laki, yaitu sekitar dua tahun lebih awal (Santrock, 2007). Tingkat penambahan tinggi dan berat badan biasanya proporsional, serta urutan pertumbuhan pada tiap individu umumnya sama.

Penyimpangan dalam waktu perubahan fisik dapat menimbulkan kekhawatiran pada anak. Oleh karena itu, perawat dan orangtua dapat memberikan dukungan emosional bagi mereka yang mengalami keterlambatan pubertas. Anak dengan pubertas normal juga dapat memiliki kekhawatiran dan mencari tahu tentang keadaannya.

Para remaja sangat sensitif terhadap perubahan fisik yang akan membuat mereka berbeda dari kelompoknya. Akibatnya mereka ingin mengetahui pola pertumbuhan normal dan kemajuan pertumbuhan dirinya sendiri. Oleh karena itu, perawat harus memberikan informasi ini untuk memastikan bahwa pola pertumbuhan mereka bersifat normal.

2.1.3 Perubahan Psikososial Remaja

Pada perkembangan psikososial, pencarian jati diri merupakan tugas utama remaja. Remaja dapat membentuk hubungan kelompok yang erat atau memilih untuk tetap terisolasi. Erikson (1963) meninjau kebingungan identitas (atau peran) sebagai bahaya utama pada tingkat ini. Ia juga menyatakan bahwa penolakan kelompok terhadap perbedaan pada remaja anggotanya merupakan suatu mekanisme pertahanan terhadap

kebingungan identitas tersebut (Erikson, 1968). Remaja berusaha memisahkan unsur emosional dari pihak orangtua sambil tetap mempertahankan hubungan keluarga. Ketidakmampuan dalam membuat keputusan merupakan tingkah laku yang mengindikasikan cara penyelesaian negatif dari tugas perkembangan (Potter Perry, 2009).

2.1.3.1 Identitas Seksual

Perubahan fisik pada masa pubertas akan membentuk identitas seksual. Menurut Freud, perubahan ini akan merangsang timbulnya libido, yaitu sumber energi bagi dorongan seksual. Ini dapat dilihat dari terjalannya hubungan romantik dan praktik masturbasi oleh remaja. Jika perubahan ini disertai penyimpangan, remaja akan memiliki kesulitan membentuk identitas seksualnya. Remaja bergantung pada petunjuk fisik tersebut karena mereka membutuhkan kepastian akan kewanitaan atau kejantanan.

Pencapaian identitas seksual tanpa karakteristik fisik di atas akan menimbulkan masalah. Pengaruh lainnya adalah sikap budaya dan harapan pihak sekitar tentang tingkah laku yang sesuai jenis kelamin dan peran contoh yang tersedia. Pengaruh yang lain adalah aktifitas, minat, dan gaya tingkah laku (Santrock, 2007). Tingkah laku maskulin dan feminine yang diamati oleh remaja akan mempengaruhi cara mereka mengekspresikan seksualitas.

2.1.3.2 Identitas Keluarga

Terbentuknya hubungan kelompok yang semakin kuat tampak kontras dengan hubungan remaja – orang tua yang semakin longgar. Beberapa remaja dan keluarga memiliki kesulitan yang lebih besar pada masa ini. Remaja harus memilih, bertindak

mandiri, dan mengalami konsekuensi dari tindakan mereka. Keluarga harus memberikan kebebasan sambil menyediakan tempat yang aman bagi remaja untuk mempertimbangkan tindakannya. Keluarga yang tidak mampu memberikan dukungan ini akan menyulitkan pembentukan identitas. Dukungan bagi keluarga dan remaja sangat dibutuhkan untuk mencapai keberhasilan.

Perawat membantu keluarga dalam mempertimbangkan cara pembentukan kemandirian pada remaja sambil memelihara struktur keluarga. Diskusi ini dapat membahas larangan, pekerjaan, dan partisipasi dalam tugas keluarga. Emansipasi yang dicapai secara bertahap akan menghasilkan keseimbangan antara kemandirian dan hubungan keluarga, serta merupakan bentuk yang paling berhasil (Potter Perry, 2009).

2.1.3.3 Identitas Moral

Pembentukan pertimbangan moral sangat bergantung pada keterampilan kognitif dan komunikasi serta interaksi kelompok. Perkembangan moral dimulai pada masa anak-anak awal, namun akan mencapai bentuknya pada masa remaja. Remaja menggunakan pertimbangannya sendiri untuk menilai peraturan dan tidak lagi menggunakan peraturan untuk menghindari hukuman seperti anak kecil. Kohlberg (1964) menjelaskan perkembangan moral sebagai sesuatu yang berkembang dalam tahapan tertentu. Pada tingkat tertinggi, moralitas berasal dari kesadaran prinsip seorang individu.

Tidak seluruh remaja mencapai tingkat perkembangan moral yang sama. Namun, pergeseran ini memiliki tahap yang sama bagi seluruh individu walaupun dengan waktu yang bervariasi. Perkembangan moral Kohlberg (1964) memiliki fokus pada keadilan yang didasarkan pada resiprositas dan saling menghargai. Wanita lebih

cenderung memberikan respons yang menghibur. Pria berorientasi pada keadilan (Potter Perry, 2009).

2.1.4 Perkembangan Kognitif Remaja

Kemampuan kognitif matang selama masa remaja. Antara usia 11 dan 15 tahun, remaja memulai tahap operasi formal perkembangan kognitif Piaget. Gambaran utama pada tahap ini adalah bahwa individu dapat berpikir di luar konteks yang terjadi saat ini dan di luar dunia nyata. Remaja sangat imajinatif dan idealistik. Mereka mempertimbangkan hal – hal dapat menjadi atau seharusnya menjadi sesuatu. Tipe berpikir ini memerlukan logika, organisasi, dan konsistensi.

Remaja mulai lebih mengenal dunia dan lingkungannya. Remaja memanfaatkan informasi baru untuk memecahkan setiap masalah, dan dapat berkomunikasi dengan individu dewasa dalam berbagai topik pembicaraan. Remaja memiliki kemampuan yang besar untuk menyerap dan memanfaatkan pengetahuan. Remaja biasanya memilih area mereka sendiri untuk belajar; mereka menggali minat untuk menyusun rencana karir. Kebiasaan dan keterampilan belajar yang berkembang pada diri remaja digunakan sepanjang hidup (Kozier, 2010).

2.1.5 Perkembangan Sosial Remaja

Untuk memperoleh kematangan penuh, remaja harus membebaskan diri mereka dari dominasi keluarga dan menetapkan sebuah identitas yang mandiri dari wewenang orang tua. Namun, proses ini penuh dengan ambivalensi baik dari remaja maupun orang tua. Remaja ingin dewasa dan bebas dari kendali orang tua, tetapi mereka takut ketika mereka mencoba untuk memahami tanggung jawab yang terkait dengan kemandirian. Perasaan imortalitas dan pengecualian dari konsekuensi perilaku yang

berisiko, walaupun dipandang negatif, dapat memberikan fungsi perkembangan yang penting pada saat ini. Perasaan ini dapat memberi penguatan pada remaja untuk berpisah dari orang tua dan menjadi mandiri. Bagian dari kebebasan ini memerlukan perkembangan hubungan sosial di luar keluarga yang membantu remaja mengidentifikasi peran mereka di masyarakat. Masa remaja adalah masa dengan kemampuan bersosialisasi yang kuat dan seringkali merupakan suatu masa kesepian yang sama – sama kuat. Penerimaan oleh teman sebaya, beberapa teman dekat, dan jaminan rasa cinta dari keluarga yang mendukung merupakan syarat – syarat untuk proses kematangan interpersonal (Wong, 2008).

Kegagalan remaja dalam menguasai keterampilan – keterampilan sosial akan menyebabkan dia sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya sehingga dapat menyebabkan rasa rendah diri, dikucilkan dari pergaulan, cenderung berperilaku yang kurang normatif (misalnya asosial ataupun antisosial), dan bahkan dalam perkembangan yang lebih ekstrim, bisa menyebabkan terjadinya gangguan jiwa, kenakalan remaja, tindakan kriminal, tindakan kekerasan, dan sebagainya (Fatimah, 2006).

2.2 Kesehatan Jiwa

2.2.1 Kesehatan Jiwa

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari fisik, mental dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU No 23 tahun 1992 tentang kesehatan). Sedangkan menurut WHO (2005) kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Dari dua defenisi di atas dapat diambil kesimpulan bahwa untuk dikatakan sehat, seseorang harus berada pada suatu kondisi fisik, mental dan sosial yang bebas dari gangguan, seperti penyakit atau perasaan tertekan yang

memungkinkan seseorang tersebut untuk hidup produktif dan mengendalikan stres yang terjadi sehari-hari serta berhubungan sosial secara nyaman dan berkualitas.

Kesehatan jiwa adalah suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Kesehatan jiwa menurut UU No 23 tahun 1996 tentang kesehatan jiwa sebagai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain. Selain dengan itu pakar lain mengemukakan bahwa kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang sejahtera (*mental wellbeing*) yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif, sebagai bagian yang utuh dan kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia. Dengan kata lain, kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa, tetapi merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh semua orang, mempunyai perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Sumiati dkk, 2009).

Gangguan kesehatan jiwa bukan seperti penyakit lain yang bisa datang secara tiba-tiba tetapi lebih kearah permasalahan yang terakumulasi dan belum dapat diadaptasi atau terpecahkan. Dengan demikian akibat pasti atau sebab yang melatar belakangi timbulnya suatu gangguan. Pengetahuan dan pengalaman yang cukup dapat membantu seseorang untuk menangkap adanya gejala-gejala tersebut. Semakin dini kita menemukan adanya gangguan maka akan semakin mudah penanganannya. Dengan demikian deteksi dini masalah kesehatan jiwa anak usia sekolah dasar sangat membantu mencegah timbulnya masalah yang lebih berat. Masalah kesehatan jiwa yang sifatnya ringan dapat dilakukan penanganan di sekolah oleh guru atau kerjasama

antara guru dan orang tua anak karena penyebab permasalahan dapat berkaitan dengan masalah dalam keluarga yang tidak ingin dibicarakan oleh orang tua, mungkin pula anak mempunyai masalah dengan teman (Noviana, 2010).

Lingkup masalah kesehatan jiwa yang dihadapi individu sangat kompleks sehingga perlu penanganan oleh suatu program kesehatan jiwa yang bersifat kompleks pula. Masalah-masalah kesehatan jiwa dapat meliputi: 1) perubahan fungsi jiwa sehingga menimbulkan penderitaan pada individu (distres) dan atau hambatan dalam melaksanakan fungsi sosialnya; 2) masalah psikososial yang diartikan sebagai setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis maupun sosial yang memberi pengaruh timbal balik dan dianggap mempunyai pengaruh cukup besar. Sebagai faktor penyebab timbulnya berbagai gangguan jiwa.

Psikososial yang dapat berupa masalah perkembangan manusia yang harmonis, peningkatan kualitas hidup, upaya-upaya kesehatan jiwa diperlukan untuk mengatasi masalah tersebut yang meliputi upaya primer, sekunder dan tersier yang ditujukan untuk meningkatkan taraf kesehatan jiwa manusia agar dapat hidup lebih sehat, harmonis, dan produktif

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa anak usia sekolah

Faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa pada anak usia sekolah menurut Depkes RI (2001, dalam Noviana, 2010) antara lain:

a. Guru

Perilaku guru menunjukkan suatu pengaruh yang besar dan kuat terhadap iklim atau suasana sekolah, baik sosial maupun emosional. Keberhasilan guru dalam mengajar dan mendidik, khususnya dapat membantu perkembangan kepribadian anak.

b. Teman sebaya

Sehari-hari anak bergaul dengan teman sekolah atau teman di luar sekolah. Orang tua dan guru harus mengetahui kelompok teman bermain anak baik di sekolah maupun di luar sekolah. Di rumah anak berada dalam “dunia dewasa”, yang penuh dengan norma dan nilai yang harus dipatuhi, sedangkan di luar rumah anak dalam “dunia usia sebaya”, yang penuh dengan kebebasan.

c. Kondisi fisik sekolah

Anak tidak akan tenang belajar, apabila sekolah terletak di dekat pasar, perkampungan yang padat, dekat pabrik, atau disekitar tempat hiburan. Keadaan semacam ini sangat berpengaruh terhadap perilaku anak.

d. Kurikulum

Kurikulum sekolah merupakan pedoman proses pembelajaran yang sangat penting. Undang-undang No. 2 Tahun 1989 dan Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 1990 sudah menggariskan jenis dan muatan kurikulum, khususnya kurikulum nasional yang cukup fleksibel menampung keperluan khusus setempat dalam bentuk muatan lokal.

e. Proses pembelajaran

Suasana sekolah yang menantang dan merangsang belajar, akan menentukan iklim sekolah. Hal ini tergantung pada kemampuan guru mengajar, serta tata tertib yang berlaku di sekolah. Sekolah terasa nyaman dan menarik, sehingga anak senang berada di sekolah dan guru pun bergairah dalam mengajar.

f. Keluarga

Keluarga merupakan faktor pembentuk kepribadian anak secara dini yang pertama dan utama. Orang tua yang bersifat otoriter, tidak sabar, mudah marah, selalu mengatakan “tidak”, selalu melarang, sering memukul, akan sangat berpengaruh buruk terhadap perkembangan kepribadian anak

2.3 Usaha Kesehatan Sekolah

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah bentuk dari usaha kesehatan masyarakat yang dilaksanakan di sekolah. Pelaksanaan program UKS mengacu pada UU No.23 tahun 1992, UU No.20 tahun 2003 serta SKB empat menteri, menteri agama, menteri pendidikan, menteri kesehatan dan menteri dalam negeri.

Tujuan UKS secara umum adalah untuk meningkatkan kemampuan perilaku hidup[bersih dan sehat dan derajat kesehatan peserta didik serta menciptakan lingkungan sekolah yang sehat sehingga dapat meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik. Secara khusus tujuan UKS adalah untuk memupuk kebiasaan hidup sehat dan meningkatkan derajat kesehatan peserta didik yang mencakup memiliki pengetahuan, sikap, dan keterampilan untuk melaksanakan prinsip hidup sehat serta berpartisipasi aktif di dalam usaha peningkatan kesehatan.

Sasaran pelayanan UKS menurut Depkes adalah seluruh peserta didik dari tingkat pendidikan taman kanak-kanak, pendidikan dasar, pendidikan menengah, pendidikan agama, pendidikan kejuruan, pendidikan khusus atau pendidikan sekolah luar biasa.

2.3.1 Program UKS

Program UKS merupakan bagian penting untuk menciptakan perilaku hidup[bersih dan sehat peserta didik. Menurut Azri (2009) pembinaan UKS meliputi tiga program pokok yaitu pendidikan kesehatan (*health education*), pelayanan kesehatan (*health service*) dan pembinaan lingkungan sekolah sehat.

1. Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan disekolah dapat dilaksanakan melalui kegiatan intrakurikuler, kegiatan ekstrakurikuler dan penyuluhan kesehatan dari petugas kesehatan. Melalui kegiatan intrakurikuler, pendidikan kesehatan merupakan bagian dari kurikulum

sekolah dapat berupa mata pelajaran yang berdiri sendiri seperti bimbingan konseling (BK).

Pendidikan kesehatan dapat juga dimasukkan kedalam kegiatan ekstrakurikuler dalam rangka menanamkan perilaku hidup bersih dan sehat. Contohnya melalui kegiatan palang merah remaja (PMR), OSIS, kegiatan olah raga dan lainnya. Penyuluhan kesehatan oleh petugas kesehatan kepada kader/pengelola UKS atau kepada peserta didik. Materi penyuluhan berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat, pencegahan perilaku beresiko seperti penyalahgunaan NAPZA, pergaulan bebas dan kenakalan remaja lainnya.

2. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan skrining, seperti penilaian status gizi berdasarkan tinggi badan (TB), berat badan (BB) dan umur, tes kesegaran jasmani, imunisasi. Pelayanan ini dapat dilakukan oleh petugas puskesmas atau petugas kesehatan yang dipercaya oleh pihak sekolah maupun puskesmas. Pelayanan ini dapat berupa pengobatan untuk penyakit ringan dan pertolongan pertama.

3. Pembinaan lingkungan sekolah sehat

Pembinaan lingkungan sekolah sehat yang dimaksud meliputi lingkungan fisik, psikis dan sosial. Kegiatan pembinaan yang termasuk dalam lingkungan fisik berupa penggunaan air bersih, tempat sampah, kantin sehat dan kebersihan lingkungan sekolah lainnya. Pembinaan lingkungan psikis dapat berupa konseling terhadap permasalahan peserta didik dan membina hubungan kejiwaan antara guru dengan peserta didik. Sedangkan kegiatan pembinaan lingkungan sosial meliputi membina hubungan yang harmonis antar warga/civitas akademika sekolah.

Pembinaan UKS khususnya dibidang kesehatan jiwa (akibat kenakalan remaja/perilaku kekerasan) difokuskan pada remaja tingkat SMP dan SMA.

Pemantauan kesehatan jiwa dan deteksi dini perilaku kekerasan pada anak remaja dilingkungan sekolah merupakan langkah yang harus ditempuh oleh UKS, sehingga peserta didik menjadi sehat jasmani dan rohani serta memiliki kemampuan belajar yang tinggi

Upaya mengembangkan “Sekolah Sehat” (*Health Promoting School/HPS*) melalui program UKS perlu disosialisasikan dan dilakukan dengan baik. melalui pelayanan kesehatan (yankes) yang didukung secara mantap dan memadai oleh sektor terkait lainnya, seperti partisipasi masyarakat, dunia usaha, dan media massa. Sekolah sebagai tempat berlangsungnya proses pembelajaran harus menjadi HPS, yaitu sekolah yang dapat meningkatkan derajat kesehatan warga sekolahnya. Upaya ini dilakukan karena sekolah memiliki lingkungan kehidupan yang mencerminkan hidup sehat. Selain itu, mengupayakan pelayanan kesehatan yang optimal, sehingga terjamin berlangsungnya proses pembelajaran dengan baik dan terciptanya kondisi yang mendukung tercapainya kemampuan peserta didik untuk berperilaku hidup sehat. Semua upaya ini akan tercapai bila sekolah dan lingkungan dibina dan dikembangkan. Pembinaan lingkungan sekolah sehat dilakukan melalui pemeliharaan sarana fisik dan lingkungan sekolah, melakukan pengadaan sarana sekolah yang mendukung terciptanya lingkungan yang bersih dan sehat, melakukan kerja sama dengan masyarakat sekitar sekolah yang mengandung lingkungan bersih dan sehat, dan melakukan penataan halaman, pekarangan, apotik hidup.

Upaya lain yang dilakukan dalam pembinaan lingkungan sekolah sehat dan promosi gaya hidup sehat melalui pendekatan *Life Skills Education* atau pendidikan kecakapan hidup. Setiap individu akan mengalami kehidupan yang sehat fisik dan mentalnya apabila dapat menuntaskan tugas-tugas perkembangan sesuai dengan usianya.

Implikasi tugas perkembangan ini terhadap pendidikan adalah bahwa dalam penyelenggaraan pendidikan perlu disusun struktur kurikulum yang muatannya dapat memfasilitasi perkembangan kesehatan sebagai suatu kecakapan hidup (life skills). Kecakapan hidup adalah kecakapan yang diperlukan untuk hidup, yang meliputi pengetahuan, mental, fisik, sosial, dan lingkungan untuk mengembangkan dirinya secara menyeluruh untuk bertahan hidup dalam berbagai keadaan dengan berhasil, produktif, bahagia, dan bermartabat. WHO atau World Health Organization) mendefinisikan kecakapan hidup sebagai keterampilan atau kemampuan untuk dapat beradaptasi dan berperilaku positif, yang memungkinkan seseorang mampu menghadapi berbagai tuntutan dan tantangan dalam kehidupan secara lebih efektif. Selain itu, dapat membantu seseorang menarik keputusan yang tepat, berkomunikasi secara efektif, dan membangun keterampilan mengelola diri sendiri yang dapat membantu mereka mencapai hidup yang sehat dan produktif. Sedangkan *UNICEF* memberikan definisi tentang kecakapan hidup yang merujuk pada kecakapan psiko-sosial dan interpersonal yang dapat membantu orang untuk mengambil keputusan yang tepat, berkomunikasi secara efektif, memecahkan masalah, mengatur diri sendiri, dan mengembangkan perilaku dan juga sikap hidup yang sehat dan produktif.

Pendidikan kecakapan hidup didasarkan atas konsep bahwa peserta didik perlu *learning to be* (belajar untuk menjadi), *learning to learn* (belajar untuk belajar) atau *learning to know* (belajar untuk mengetahui), *learning to live with others* (belajar untuk hidup bersama), dan *learning to do* (belajar untuk melakukan). Berdasarkan konsep ini, kecakapan hidup terbagi atas empat kategori yaitu kecakapan hidup (*personal learning to be*), kecakapan hidup sosial (*learning live with others*), kecakapan hidup akademik (*learning to learn/ learning to know*), dan kecakapan

hidup vokasional (*learning to do*).

Kecakapan personal (*personal skill*), meliputi kecakapan dalam memahami diri (*self awareness skill*) dan kecakapan berfikir (*thinking skill*). Bagi peserta didik mempraktekkan kecakapan personal penting untuk membangun rasa percaya diri, mengembangkan akhlak yang mulia, mengembangkan potensi, dan menanamkan kasih sayang dan rasa hormat kepada orang lain. Kecakapan sosial (*social skill*), meliputi kecakapan berkomunikasi (*communication skill*) dan kecakapan bekerja sama (*collaboration skill*). Mempraktekkan kecakapan sosial penting untuk membantu peserta didik mengembangkan hubungan yang positif, secara konstruktif mengelola emosi dan meningkatkan partisipasi dalam kegiatan yang menguntungkan masyarakat. Kecakapan akademik (*academic skill*) atau kecakapan intelektual. Mempraktekkan kecakapan akademik penting untuk membantu peserta didik memperoleh kecakapan ilmiah, teknologi dan analitis yang diperlukan untuk mencapai keberhasilan dalam lembaga pendidikan formal dan tempat kerja. Kecakapan vokasional (*vocational skill*) atau kemampuan kejuruan terbagi atas kecakapan vokasional dasar (*basic vocational skill*) dan kecakapan vokasional khusus (*occupational skill*). Mempraktekkan kecakapan vokasional penting untuk membekali peserta didik dengan kecakapan teknis dan sikap.

Keempat jenis kecakapan hidup itu menghasilkan individu yang memiliki kesehatan jasmani dan rokhani, lahir atau bathin yang diperlukan untuk bertahan dalam lingkungan apa pun. Peserta didik memiliki kemampuan untuk memanfaatkan semua sumber daya secara optimal, sehingga akan meningkatkan kualitas pendidikan dan kualitas hidupnya. Kecakapan hidup yang diperoleh oleh peserta didik melalui proses

belajar bukan terjadi begitu saja, dapat dipraktekkan oleh peserta didik dalam kehidupan sehari-harinya dengan diberi contohnya oleh guru, orang tua dan anggota masyarakat. Kecakapan hidup membantu peserta didik secara positif dan adaptif mengatasi situasi dan tuntutan hidup sehari-hari. Untuk itu sekolah mengembangkan kecakapan hidup peserta didik antara lain menciptakan lingkungan sekolah yang sehat, bekerja sama dengan masyarakat menyediakan berbagai keperluan sekolah menciptakan dan meningkatkan kesehatan.

Kebijakan dalam Peningkatan Implementasi Program UKS di tingkat sekolah menengah atas. Untuk mendukung peningkatan proses pembelajaran yang lebih baik, maka program peningkatan kualitas jasmani dan pengembangan sekolah sehat akan terus dilaksanakan. Sehingga dapat terbentuk peserta didik yang sehat dan bugar serta sekolah yang memenuhi standar sekolah sehat. Cara yang dilakukan adalah mengoptimalkan berbagai upaya pengembangan sekolah sehat antara lain dilakukan upaya peningkatan kemampuan profesionalisme guru dan tenaga pendidik melalui berbagai pelatihan, bimbingan dan penyuluhan, serta upaya-upaya sosialisasi dan implementasi di bidang UKS, pendidikan kesehatan, pendidikan kecakapan hidup, pendidikan jasmani dan kebugaran jasmani. Mengefektifkan pengkajian dan pengembangan pendidikan antara lain dengan lebih memfokuskan upaya pengkajian dalam rangka meningkatkan kemampuan hidup sehat, melaksanakan evaluasi yang sesuai dengan upaya peningkatan kualitas jasmani dan pengembangan sekolah sehat. Mengintensifkan pengkajian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi antara lain dengan memantapkan pengembangan program dalam rangka pengembangan ilmu pengetahuan dan melaksanakan pengkajian dan pengembangan bidang pengukuran, standarisasi, evaluasi dalam rangka upaya peningkatan kualitas

jasmani dan pengembangan sekolah sehat. Meningkatkan kegiatan analisis kajian kesegaran jasmani, pendidikan jasmani dan pendidikan rekreasi yang dapat bermanfaat langsung bagi peserta didik, tenaga kependidikan dan masyarakat serta menunjang peningkatan mutu pendidikan dan terutama kesehatan pada diri peserta didik.

Cara melaksanakan pendidikan kesehatan di sekolah dilakukan melalui penyajian dan penanaman kebiasaan. Cara penyajian pendidikan lebih menekankan peran aktif peserta didik melalui kegiatan ceramah, diskusi, demonstrasi, pembimbingan, permainan, dan penugasan. Cara penanaman kebiasaan dilakukan melalui penugasan untuk melakukan cara hidup sehat sehari-hari dan pengamatan terus menerus oleh guru dan kepala sekolah. Keberhasilan pendidikan kesehatan ditentukan dengan adanya keteladanan dan dorongan dari kepala sekolah, guru, pegawai sekolah, dan orang tua. Keberhasilan itu juga ditentukan adanya hubungan guru dengan orang tua peserta didik, apa yang diberikan oleh guru di sekolah hendaknya juga didukung oleh orang tua di rumah.

Materi pendidikan kesehatan yang diajarkan di sekolah berbeda-beda disesuaikan dengan jenjang pendidikannya. Materi pendidikan itu antara lain demam berdarah, flu burung, pelayanan gizi, kesehatan gigi dan mulut, pengelolaan sampah, pengelolaan tinja, sarana pembuangan limbah, pengelolaan air bersih, penyediaan air bersih, air dan sanitasinya, pengenalan pada penyakit menular dan pencegahannya. Khusus untuk peserta didik SMP/MTs dan SMA/SMK/MA ditambah dengan kesehatan reproduksi, bahaya rokok dan deteksi dini penyalahgunaan narkotika, obat terlarang, minuman keras, dan bahan-bahan yang berbahaya serta zat adiktif (NAPZA) dan HIV/AIDS.

UKS dilaksanakan mulai dari TK/RA sampai SLTA/MA, serta dilaksanakan secara berjenjang dari sekolah/madrasah sampai pusat secara terkoordinasi baik antara sekolah dengan Tim Pembina, Tim Pembina UKS di bawahnya dengan yang di atasnya maupun antar sesama Tim Pembina UKS yang sejajar. Kegiatan UKS di lingkungan sekolah meliputi beberapa kegiatan, yang pertama adalah rapat koordinasi baik di tingkat pusat, propinsi, kabupaten serta tim Pembina. Semua dilakukan dengan mengundang para anggota tim Pembina UKS baik dari bidang kesehatan dalam negeri maupun dari pendidikan nasional. Kedua, memberikan bantuan peningkatan kualitas kesehatan madrasah, kemudian orientasi dokter kecil untuk MI, dan kader kesehatan remaja untuk MTs dan MA. Pembinaan UKS oleh TPUKS (Tim Pembina UKS) masih rendah dan belum merata. Pendidikan kesehatan berbasis kesehatan dengan program usaha kesehatan sekolah atau pelaksanaan sekolah sehat ini, diharapkan menjadi bagian dari pelaksanaan pendidikan, bukan hanya di madrasah tetapi juga di sekolah

2.4 Perilaku *Bullying*

2.4.1 Pengertian

Defenisi *bullying* Menurut Ken Rigby dalam Ariesto, 2009 adalah sebuah hasrat untuk menyakiti. Hasrat ini diperlihatkan ke dalam aksi, menyebabkan seseorang menderita. Aksi ini dilakukan secara langsung oleh seseorang atau sekelompok yang lebih kuat, tidak bertanggung jawab, biasanya berulang dan dilakukan dengan perasaan senang.

Bullying adalah perilaku agresif yang dilakukan secara sengaja terjadi berulang-ulang untuk menyerang seorang target atau korban yang lemah, mudah dihina dan tidak bisa membela diri sendiri (SEJIWA, 2008). *Bullying* juga didefinisikan sebagai kekerasan

fisik dan psikologis jangka panjang yang dilakukan seseorang atau kelompok, terhadap seseorang yang tidak mampu mempertahankan dirinya dalam situasi di mana ada hasrat untuk melukai atau menakuti orang itu atau membuat dia tertekan (Wicaksana, 2008).

Menurut Black dan Jackson (2007, dalam Margaretha 2010) *Bullying* merupakan perilaku agresif tipe proaktif yang didalamnya terdapat aspek kesengajaan untuk mendominasi, menyakiti, atau menyingkirkan, adanya ketidakseimbangan kekuatan baik secara fisik, usia, kemampuan kognitif, keterampilan, maupun status sosial, serta dilakukan secara berulang-ulang oleh satu atau beberapa anak terhadap anak lain.

Sementara itu Elliot (2005) mendefinisikan *bullying* sebagai tindakan yang dilakukan seseorang secara sengaja membuat orang lain takut atau terancam. *Bullying* menyebabkan korban merasa takut, terancam atau setidak - tidaknya tidak bahagia.

Olweus mendefinisikan *bullying* adalah perilaku negatif seseorang atau lebih kepada korban bullying yang dilakukan secara berulang-ulang dan terjadi dari waktu ke waktu. Selain itu *bullying* juga melibatkan kekuatan dan kekuasaan yang tidak seimbang, sehingga korbannya berada dalam keadaan tidak mampu mempertahankan diri secara efektif untuk melawan tindakan negatif yang diterima korban (Krahe, 2005).

Menurut uraian dari berbagai ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa *bullying* adalah penggunaan agresi dengan tujuan untuk menyakiti oranglain baik secara fisik maupun secara mental serta dilakukan secara berulang. Perilaku *bullying* dapat berupa tindakan fisik, verbal, serta emosional/psikologis. Dalam hal ini korban *bullying* tidak mampu membela atau mempertahankan dirinya sendiri karena lemah secara fisik atau mental.

2.4.2 Penyebab Terjadinya *Bullying*

Menurut Ariesto (2009, dalam Mudjijanti 2011) dan Kholilah (2012), penyebab terjadinya *bullying* antara lain :

a) Keluarga

Pelaku *bullying* seringkali berasal dari keluarga yang bermasalah : orang tua yang sering menghukum anaknya secara berlebihan, atau situasi rumah yang penuh *stress*, agresi, dan permusuhan. Anak akan mempelajari perilaku *bullying* ketika mengamati konflik-konflik yang terjadi pada orang tua mereka, dan kemudian menirunya terhadap teman-temannya. Jika tidak ada konsekuensi yang tegas dari lingkungan terhadap perilaku coba-cobanya itu, ia akan belajar bahwa “mereka yang memiliki kekuatan diperbolehkan untuk berperilaku agresif, dan perilaku agresif itu dapat meningkatkan status dan kekuasaan seseorang”. Dari sini anak mengembangkan perilaku *bullying*.

b) Sekolah

Karena pihak sekolah sering mengabaikan keberadaan *bullying* ini, anak-anak sebagai pelaku *bullying* akan mendapatkan penguatan terhadap perilaku mereka untuk melakukan intimidasi terhadap anak lain. *Bullying* berkembang dengan pesat dalam lingkungan sekolah sering memberikan masukan negatif pada siswanya, misalnya berupa hukuman yang tidak membangun sehingga tidak mengembangkan rasa menghargai dan menghormati antar sesama anggota sekolah.

c) Faktor Kelompok Sebaya

Anak-anak ketika berinteraksi dalam sekolah dan dengan teman di sekitar rumah, kadang kala terdorong untuk melakukan *bullying*. Beberapa anak melakukan *bullying*

dalam usaha untuk membuktikan bahwa mereka bisa masuk dalam kelompok tertentu, meskipun mereka sendiri merasa tidak nyaman dengan perilaku tersebut.

Bullying termasuk tindakan yang disengaja oleh pelaku pada korbannya, yang dimaksudkan untuk mengganggu seorang yang lebih lemah. Faktor individu dimana kurangnya pengetahuan menjadi salah satu penyebab timbulnya perilaku *bullying*, Semakin baik tingkat pengetahuan remaja tentang *bullying* maka akan dapat meminimalkan atau menghilangkan perilaku *bullying*.

2.4.3 Karakteristik *Bullying*

Menurut Ribgy (2002, dalam Astuti 2008) tindakan *bullying* mempunyai tiga karakteristik terintegrasi, yaitu:

- a. Adanya perilaku agresi yang menyenangkan pelaku untuk menyakiti korban.

Bullying adalah sebuah hasrat untuk menyakiti. Hasrat ini diperlihatkan kedalam aksi, menyebabkan seseorang menderita. Aksi ini dilakukan secara langsung oleh seseorang atau kelompok yang lebih kuat, tidak bertanggung jawab, biasanya berulang, dan dilakukan dengan perasaan senang (Astuti, 2008).

- b. Tindakan dilakukan secara tidak seimbang sehingga korban merasa tertekan.

Bullying juga melibatkan kekuatan dan kekuasaan yang tidak seimbang, sehingga korbannya berada dalam keadaan tidak mampu mempertahankan diri secara efektif untuk melawan tindakan negatif yang diterima korban (Krahe, 2005).

- c. Perilaku ini dilakukan secara terus menerus dan juga berulang-ulang.

Bullying merupakan perilaku agresif tipe proaktif yang didalamnya terdapat aspek kesengajaan untuk mendominasi, menyakiti, atau menyingkirkan, adanya ketidakseimbangan kekuatan baik secara fisik, usia, kemampuan kognitif, keterampilan, maupun status sosial, serta dilakukan secara berulang-ulang oleh

satu atau beberapa anak terhadap anak lain (Black dan Jackson 2007, dalam Margaretha, 2010).

Pelaku *bullying* dapat diartikan sesuai dengan pengertian *bullying* yaitu bahwa pelaku memiliki kekuasaan yang lebih tinggi sehingga pelaku dapat mengatur orang lain yang dianggap lebih rendah. Korban yang sudah merasa menjadi bagian dari kelompok dan ketidakseimbangan pengaruh atau kekuatan lain akan mempengaruhi intensitas perilaku *bullying* ini. Semakin subjek yang menjadi korban tidak bisa menghindar atau melawan, semakin sering perilaku *bullying* terjadi. Selain itu, perilaku *bullying* dapat juga dilakukan oleh teman sekelas baik yang dilakukan perseorangan maupun oleh kelompok (Wiyani, 2012).

Ciri korban *bullying* antara lain (Susanto, 2010) :

- a. Secara akademis, korban terlihat lebih tidak cerdas dari orang yang tidak menjadi korban atau sebaliknya.
- b. Secara sosial, korban terlihat lebih memiliki hubungan yang erat dengan orang tua mereka.
- c. Secara mental atau perasaan, korban melihat diri mereka sendiri sebagai orang yang bodoh dan tidak berharga. Kepercayaan diri mereka rendah, dan tingkat kecemasan sosial mereka tinggi.
- d. Secara fisik, korban adalah orang yang lemah, korban laki-laki lebih sering mendapat siksaan secara langsung, misalnya *bullying* fisik. Dibandingkan korban laki-laki, korban perempuan lebih sering mendapat siksaan secara tidak langsung misalnya melalui kata-kata atau *bullying* verbal.
- e. Secara antar perorangan, walaupun korban sangat menginginkan penerimaan secara sosial, mereka jarang sekali untuk memulai kegiatan-kegiatan yang menjurus ke arah

sosial. Anak korban *bullying* kurang diperhatikan oleh pembina, karena korban tidak bersikap aktif dalam sebuah aktifitas.

2.4.4 Jenis – jenis *Bullying*

Ada beberapa jenis *bullying* menurut SEJIWA (2008) :

a. *Bullying* fisik

Jenis *bullying* yang terlihat oleh mata, siapapun dapat melihatnya karena terjadi sentuhan fisik antara pelaku *bullying* dan korbannya. Contoh - contoh *bullying* fisik antara lain : memukul, menarik baju, menjewer, menjambak, menendang, menyenggol dengan bahu, menghukum dengan membersihkan WC, menampar, menimpuk, menginjak kaki, menjegal, meludahi, memalak, melempar dengan barang, menghukum dengan berlari lapangan, menghukum dengan cara *push up*.

b. *Bullying* verbal

Jenis *bullying* yang juga bisa terdeteksi karena bisa terungkap indra pendengaran kita. Contoh - contoh *bullying* verbal antara lain : membentak, meledek, mencela, memaki - maki, menghina, menjuluki, meneriaki, mempermalukan didepan umum, menyoraki, menebar gosip, memfitnah.

c. *Bullying* mental atau psikologis

Jenis *bullying* yang paling berbahaya karena tidak tertangkap oleh mata atau telinga kita apabila tidak cukup awas mendeteksinya. Praktik *bullying* ini terjadi diam - diam dan diluar jangkauan pemantauan kita. Contoh - contohnya: mencibir, mengucilkan, memandang sinis, memelototi, memandang penuh ancaman, mempermalukan di depan umum, mendiamkan, meneror lewat pesan pendek, telepon genggam atau email, memandang yang merendahkan.

Menurut Bauman (2008), tipe-tipe *bullying* adalah sebagai berikut :

- a. *Overt bullying*, meliputi *bullying* secara fisik dan secara verbal, misalnya dengan mendorong hingga jatuh, memukul, mendorong dengan kasar, memberi julukan nama, mengancam dan mengejek dengan tujuan untuk menyakiti.
- b. *Indirect bullying* meliputi agresi relasional, dimana bahaya yang ditimbulkan oleh pelaku *bullying* dengan cara menghancurkan hubungan - hubungan yang dimiliki oleh korban, termasuk upaya pengucilan, menyebarkan gosip, dan meminta pujian atau suatu tindakan tertentu dari kompensasi persahabatan. *Bullying* dengan cara tidak langsung sering dianggap tidak terlalu berbahaya jika dibandingkan dengan *bullying* secara fisik, dimaknakan sebagai cara bergurau antar teman saja. Padahal *relational bullying* lebih kuat terkait dengan distress emosional daripada *bullying* secara fisik. *Bullying* secara fisik akan semakin berkurang ketika siswa menjadi lebih dewasa tetapi *bullying* yang sifatnya merusak hubungan akan terus terjadi hingga usia dewasa.
- c. *Cyberbullying*, seiring dengan perkembangan di bidang teknologi, siswa memiliki media baru untuk melakukan *bullying*, yaitu melalui sms, telepon maupun internet. *Cyberbullying* melibatkan penggunaan teknologi informasi dan komunikasi, seperti e-mail, telepon seluler dan pager, sms, website pribadi yang menghancurkan reputasi seseorang, survei di website pribadi yang merusak reputasi orang lain, yang dimaksudkan adalah untuk mendukung perilaku menyerang seseorang atau sekelompok orang, yang ditujukan untuk menyakiti orang lain, secara berulang - ulang kali.

2.4.5. Proses Adopsi Perilaku *Bullying* Pada Remaja

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan yang tercakup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat. Salah satu dari ke enam domain tersebut adalah tahu (*know*). Proses perilaku dalam tahapan tahu (*know*) menurut

Rogers (1974) yang dikutip dalam Notoatmodjo (2007), menyimpulkan bahwa pengadopsian perilaku baru didalam diri seseorang terjadi proses yang berurutan yakni :

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni seseorang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya), hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adaption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

2.4.6. Penelitian Terkait Perilaku *Bullying*

Berdasarkan penelitian Djati 2008 tentang “Hubungan antara *Bullying* dengan Depresi pada Pelajar SMA” diperoleh hasil bahwa ada hubungan positif sangat signifikan antara *bullying* dengan depresi pada siswa SMAN 5 Semarang. Semakin tinggi *bullying* pada siswa maka semakin tinggi pula depresi pada siswa, dan sebaliknya semakin rendah *bullying* pada siswa maka semakin rendah pula depresi pada siswa.

Berdasarkan riset yang dilakukan Staf Pengajar Fakultas Psikologi Universitas Muria Kudus (2009) diketahui dari 180 orang remaja di Kabupaten Kudus 94 % menyatakan pernah melakukan tindakan tidak menyenangkan terhadap orang lain. Tindakan tidak menyenangkan yang paling sering dilakukan adalah mengejek dan memberi julukan. Sasaran atau kepada siapa tindakan tidak menyenangkan tersebut dilakukan adalah 50 % kepada teman sekelas, 16 % adik kelas, 14 % kepada anak dari sekolah lain, 7 %

kepada kakak kelas, 5 % kepada guru dan 8 % lain-lain (Mahardayani & Ahyani, 2009).

Penelitian Aznan Advii Ardiansyah dan Uly Gusniarti (2009) dengan judul “Faktor – faktor yang mempengaruhi *bullying* pada remaja” hasil analisis data dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang berpengaruh besar terhadap terjadinya *bullying* adalah sebagai berikut: faktor pergaulan sosial tema yang muncul adalah kesetiakawanan dan dukungan teman-teman serta individu yang memiliki otoritas; faktor keluarga tema yang muncul adalah tanggapan orang tua yang menilai *bullying* sesuatu yang wajar dan biasa dilakukan oleh remaja dan salah satu anggota keluarganya ada yang menjadi pelaku *bullying*; faktor keinginan atau niat tema yang muncul adalah ingin mengganggu teman; faktor kebutuhan dan tema yang muncul adalah kebutuhan untuk mendapatkan kekuasaan (*need for power*), kebutuhan untuk menunjukkan dominasi (*need for dominance*) dan kebutuhan untuk menyerang (*need for aggression*). Namun setiap faktor-faktor di atas memiliki hubungan satu dengan yang lainnya, yang apabila tidak terpenuhi beberapa faktor maka *bullying* tersebut memiliki kecenderungan tidak akan terjadi akan tetapi sebaliknya jika terpenuhi maka ada kecenderungan *bullying* akan terjadi.

Penelitian yang dilakukan oleh SEJIWA (2008) tentang kekerasan *bullying* di tiga kota besar di Indonesia, yaitu Yogyakarta, Surabaya, dan Jakarta mencatat terjadinya tingkat kekerasan sebesar 67,9% di tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) dan 66,1% di tingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP). Kekerasan yang dilakukan sesama siswa tercatat sebesar 41,2% untuk tingkat SMP dan 43,7% untuk tingkat SMA dengan kategori tertinggi kekerasan psikologis berupa pengucilan. Peringkat kedua ditempati kekerasan verbal (mengejek) dan kekerasan fisik (memukul). Gambaran kekerasan di SMP di tiga kota besar yaitu Yogya: 77,5% (mengakui ada

kekerasan) dan 22,5% (mengakui tidak ada kekerasan); Surabaya: 59,8% (ada kekerasan); Jakarta:61,1% (ada kekerasan) (Wiyani, 2012).

2.4.7 Pengaruh dan dampak perilaku *Bullying*

Bullying memiliki dampak yang negatif bagi perkembangan karakter anak, menurut Eliot dalam Astuti (2008) dalam Ariesto (2009) bahwa dampak akan terjadi baik bagi si korban atau pelaku. Akibat *bullying* bagi diri korban akan timbul perasaan tertekan oleh karena pelaku menguasai korban, kondisi ini menyebabkan korban mengalami kesakitan fisik dan psikologis, kepercayaan diri (*self-esteem*) yang merosot, malu, trauma, tak mampu menyerang balik, merasa sendiri, serba salah dan takut sekolah (*school phobia*), dimana ia merasa tak ada yang menolong. Dalam kondisi lain Ariesto, (2009) juga menemukan bahwa korban mengasingkan diri dari lingkungan dan sekolah (*social phobia*) dan akan berakibat cenderung ingin bunuh diri.

Disisi lain, apabila dibiarkan, pelaku *bullying* akan belajar bahwa ada resiko apapun bagi mereka bila mereka melakukan kekerasan, agresi maupun mengancam anak lain. Ketika dewasa, pelaku memiliki potensi lebih besar untuk menjadi pelaku kriminal dan akan bermasalah dalam fungsi sosialnya.

2.5 Perilaku Kekerasan

2.5.1 Pengertian

Menurut WHO (1999), perilaku kekerasan adalah penggunaan kekuatan fisik dan kekuasaan, ancaman atau tindakan untuk diri sendiri, perorangan atau sekelompok orang atau masyarakat yang kemungkinan besar mengakibatkan memar/trauma, kematian, kerugian psikologis, kelainan perkembangan atau perampasan hak. Sedangkan menurut Citrome dan Volavka (2002, dalam Mohr, 2006) perilaku

kekerasan adalah respon dan perilaku manusia untuk merusak dan berkonotasi sebagai agresif fisik yang dilakukan oleh seseorang terhadap orang lain dan atau sesuatu.

Stuart dan Laraia (2005), menyatakan bahwa perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri. Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik). Keliat, dkk (2011), perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional dan atau seksual kepada orang lain (Herdman, 2012)

Sehingga dapat dikatakan bahwa perilaku kekerasan merupakan:

- a) Respons emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman (diejek/dihina).
- b) Ungkapan perasaan terhadap keadaan yang tidak menyenangkan (kecewa, keinginan tidak tercapai, tidak puas).

Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

2.5.2 Proses terjadinya perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan adalah satu respon maladaptif dari marah. Marah adalah reaksi emosional akut yang ditimbulkan oleh sejumlah situasi yang merangsang, termasuk ancaman, agresi lahiriah, pengekaran diri diri, secara lisan, kekecewaan atau frustrasi (Chaplin, 2002 dalam Triantoro, 2009). Dyer menyatakan marah sebagai suatu reaksi terhadap frustrasi yang teralih dimana seseorang berbuat dengan cara-cara yang sesungguhnya ia tidak menginginkannya. Seseorang yang sangat marah tidak dapat mengendalikan perbuatannya. Orang yang tidak dapat mengontrol perbuatannya adalah orang-orang yang mengalami gangguan kejiwaan (Purwanto & Mulyono, 2006). Perilaku kekerasan adalah akibat dari kemarahan yang ekstrim atau kecemasan (panik). Alasan spesifik dari perilaku agresif berbeda-beda untuk setiap orang (Stuart & Laraia, 2005)

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, meliputi :

1) Faktor Biologis

Faktor biologis secara alami dapat menjadi salah satu faktor penyebab (predisposisi) atau menjadi faktor pencetus (presipitasi) terjadinya perilaku kekerasan pada individu. Faktor predisposisi yang berasal dari biologis dapat dilihat sebagai suatu keadaan atau faktor resiko yang dapat mempengaruhi peran manusia dalam menghadapi stresor. Adapun yang termasuk faktor biologis adalah struktur otak. Struktur otak yang berhubungan dengan perilaku agresif adalah sistem limbik, lobus frontal dan hipotalamus. Ketidakseimbangan neurotransmitter juga mendorong munculnya perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Sistem limbik berkaitan dengan mediasi dorongan dasar (basic drive) dan eksresi emosi serta tingkah laku manusia seperti : makan, agresi dan respon seksual, termasuk proses informasi dan memori. Perubahan pada sistem limbik akan

berakibat pada peningkatan atau penurunan perilaku agresif, amuk dan takut (Vacarolis, 2003)

Lobus juga berperan penting dalam mediasi tingkah laku yang berarti pikiran dan rasional. Lobus merupakan bagian dimana pikiran dan emosi berinteraksi. Kerusakan pada lobus ini bisa berakibat terjadi gangguan pertimbangan, perubahan kepribadian, masalah pengambilan keputusan, ketidaksesuaian dalam berhubungan dan luapan emosi.

Hipotalamus juga berperan dalam mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, dimana kondisi stres akan meningkatkan level hormon steroid, yang disekresi kelenjer adrenal. Reseptor saraf untuk hormon ini menjadi kurang sensitif dalam mengkompensasi, sehingga hipotalamus berfungsi sebagai sistem alami otak merangsang kelenjer pituitary untuk menghasilkan lebih banyak steroid. Setelah stimulus berulang sistem berespon lebih kuat terhadap provokasi. Respon inilah yang menyebabkan stres traumatik pada anak bersifat permanen sehingga beresiko memiliki perilaku kekerasan.

Neurotransmitter di otak meningkat/menurun dapat mempengaruhi perilaku. Gangguan keseimbangannya akan merangsang atau menghambat perilaku agresif. Lesch dan Mersdorf (2000) menyebutkan perilaku agresif dipengaruhi oleh gen serotonergik. Rendahnya neurotransmitter serotonin meningkatkan iritabilitas, hipersensitivitas terhadap provokasi dan perilaku amuk.

Karakteristik biologis lain yang berhubungan dengan perilaku kekerasan adalah riwayat penggunaan obat NAPZA dan frekuensi dirawat. Penggunaan NAPZA akan mempengaruhi fungsi otak, mempengaruhi terapi dan perawatan yang diberikan (Dyah, 2009).

Stresor presipitasi adalah stimuli yang diterima individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan. Stresor presipitasi perilaku kekerasan dari faktor biologi dapat disebabkan oleh gangguan *feedback* di otak dalam proses informasi. Stimuli penglihatan dan pendengaran pada awalnya disaring oleh hipotalamus dan dikirim untuk diproses oleh lobus frontal dan bila informasi yang disampaikan terlalu banyak maka akan dikirim ke ganglia basal dan dingatkan lagi oleh hipotalamus untuk memperlambat transmisi.

Penurunan fungsi dari lobus frontal menyebabkan gangguan pada proses *feedback* dalam penyampaian informasi (Stuart & Laraia, 2005). Proses elektrik yang melibatkan elektrolit juga mempengaruhi, penurunan proses ini ditunjukkan dengan ketidakmampuan individu dalam memilih stimuli (Perry et al., 1999 dalam Vacarolis, 2003). Faktor biologis lainnya yang merupakan predisposisi yang menjadi presipitasi dengan memperhatikan asal stresor, baik internal, atau lingkungan eksternal individu. Waktu dan frekuensi terjadinya stresor perilaku kekerasan penting untuk dikaji (Stuart & Laraia, 2005).

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis merupakan salah satu predisposisi atau presipitasi dalam proses terjadinya perilaku agresif/kekerasan. Menurut Stuart & Laraia, (2005) yang termasuk faktor psikologis diantaranya kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri dan pertahanan psikologis. Menurut pandangan psikologi tentang perilaku agresif menyatakan bahwa pentingnya faktor perkembangan atau pengalaman hidup dalam membatasi kemampuan individu untuk memilih mekanisme koping yang bukan perilaku kekerasan. Teori pembelajaran sosial mengemukakan bahwa perilaku agresif dipelajari melalui proses sosialisasi sebagai hasil dari pembelajaran internal dan eksternal. Pembelajaran internal

terjadi selama individu mendapat reinforcement ketika melakukan perilaku agresif. Pembelajaran eksternal terjadi selama observasi model peran seperti peran sebagai orang tua, kelompok, saudara, olah raga dan figure dari entertainment (Stuart & Laraia, 2005).

Faktor perkembangan atau pengalaman hidup yang membatasi mekanismen koping *nonviolence*, menurut Stuart dan Laraia (2009) sebagai berikut :

- a. Gangguan otak organik, mental retardasi, ketidakmampuan belajar yang mengganggu kapasitas bertindak secara efektif terhadap frustrasi.
- b. Deprivasi emosional yang berat atau penolakan terhadap anak, orang tua penggodanya berkontribusi pada kurang rasa percaya diri.
- c. Mengalami kekerasan, korban child abuse atau sering melihat kekerasan dalam keluarga dapat menanamkan pola penggunaan kekerasan sebagai cara menyelesaikan masalah. Menurut Kneil; Wilson & Trigoboff, (2004) Perilaku agresif dipelajari dari menjadi saksi tindak kekerasan, menonton perilaku kekerasan pada anak-anak dari media seperti; Televisi, film, musik, video games. *The american academy of pediatrics* (2001) paparan media yang menampilkan kekerasan mempunyai pengaruh bermakna pada kesehatan anak-anak & remaja. Media kekerasan berkontribusi pada perilaku agresif dan desensitasi untuk kekerasan.

Faktor psikologis lain dapat berupa kegagalan, dimana kegagalan dapat berupa frustrasi (Stuart & Laraia, 2005). Kegagalan sering diartikan oleh individu dengan ketidakmampuan, respon yang muncul pada saat individu mengalami kegagalan dapat berupa penyalahan terhadap diri sendiri, atau orang lain yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan (Dyah, 2009).

Stresor dari faktor psikologis ini dapat menjadi pencetus (predisposisi) yaitu apabila stimulus merubah atau menekan sehingga memunculkan gejala saat ini. Selanjutnya perlu dikaji asal stresor psikologis itu apakah dari internal individu ataupun lingkungan eksternalnya, waktu terjadinya stresor dan jumlah stresor psikologis yang terjadi dalam waktu (Stuart & Laraia, 2005). Dengan demikian faktor psikologis ini bisa menjadi penyebab sekaligus pencetus terjadinya masalah kekerasan.

3) Faktor Sosiokultural

Faktor sosial, budaya juga merupakan faktor terjadinya perilaku kekerasan pada individu. Karakteristik yang termasuk pada sosial budaya seperti: usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, peran sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan individu (Stuart & Laraia, 2005), riwayat perilaku kekerasan dimasa lalu (*American Psychiatric Assosiations*, 2000 dalam Fauziah, 2009). Menurut ahli lain menyatakan faktor sosial adalah aspek yang dimiliki individu yang terdiri dari konsep diri, hubungan interpersonal, peran budaya lingkungan dan keluarga sehingga dapat menjalankan fungsinya.

Berdasarkan pendapat diatas disampaikan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu karakteristik sosial budaya. Jenis kelamin adalah ciri fisik, karakter sifat yang berbeda. Laki-laki lebih sering melakukan perilaku agresif (Stuart & Laraia, 2005). Hasil penelitian menyatakan bahwa karakteristik jenis kelamin berhubungan dengan perilaku kekerasan verbal (p value 0,001) dan jenis kelamin laki-laki dua kali lipat lebih banyak dari perempuan, serta usia paling banyak 30 tahun kebawah (Keliat, 2003) sedangkan karakteristik klien yang dirawat di bangsal MPKP menyebutkan ada 63,9% berjenis kelamin laki-laki, 82,5% terdapat pada umur

dewasa yaitu umur 33 tahun sampai 55 tahun. Untuk karakter pendidikan, status perkawinan dan pekerjaan mempengaruhi dalam kejadian perilaku kekerasan, dimana sebahagian besar berpendidikan menengah dan rendah, tidak bekerja, tidak kawin dan dirawat untuk pertama kalinya.

Faktor sosial kultural lainnya adalah norma budaya yang dapat membantu mengartikan makna ekspresi marah dan dapat mendorong untuk mengekspresikan marah secara asertif sehingga membantu menjaga kesehatan diri. Hukuman diterapkan terhadap perilaku kekerasan melalui norma hukum atau adanya kontrol sosial lainnya. Norma yang mereinforcement perilaku kekerasan akan berakibat ekspresi marah dengan destruktif. Kondisi sosial lain yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan seperti : kemiskinan dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup, masalah perkawinan, keluarga single parent, pengangguran, kesulitan mempertahankan tali persaudaraan, struktur keluarga dan kontrol sosial (Stuart & Laraia, 2005).

Kepercayaan (spritual), nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah individu. Keyakinan akan membantu individu dalam memilih ekspresi kemarahan yang diperbolehkan. Aspek spritual adalah komponen kehidupan individu yang terkait dengan falsafah hidup, nilai, keyakinan dan religi (Keliat, 2003). Secara umum seseorang menuntut kebutuhannya dari orang lain atau lingkungan sehingga timbul frustrasi apabila tidak terpenuhi dan selanjutnya timbul marah sehingga mempengaruhi kualitas spritual seseorang.

Stresor dari faktor sosialkultural ini dapat juga menjadi presipitasi yaitu apabila stimulus merubah atau menekan sehingga memunculkan gejala saat ini.

Selanjutnya perlu dikaji asal stresor sosial kultural, waktu terjadinya stresor dan jumlah stresor sosial kultural yang terjadi dalam suatu waktu (Stuart & Laraia, 2005). Dengan demikian banyak sekali stresor sosialkultural yang dapat mempengaruhi dan menjadi penyebab atau pencetus perilaku kekerasan.

2.5.3 Tanda dan gejala

Gejala-gejala yang terlihat pada klien dengan perilaku kekerasan terlihat dengan adanya gejala. Ketika individu mendapatkan stresor dalam faktor predisposisi maupun presipitasi yang berasal dari biologis, psikologis maupun sosialkultural akan berlanjut pada proses penilaian terhadap stresor tersebut. Penilaian stresor adalah proses dari situasi stres yang komprehensif yang berada pada beberapa tingkatan. Secara spesifik proses ini melibatkan respon kognitif, respon afektif, respon fisiologis, respon perilaku dan respon sosial (Stuart & Laraia, 2009).

1. Respon Kognitif

Dalam respon kognitif ini, bentuk berbeda dari agresi dapat dihubungkan dan berhubungan dengan psikologis seperti permusuhan, kemarahan dan keyakinan yang tidak rasional. Hubungan pemikiran dan emosi ini berperan penting dalam menerjemahkan marah menjadi perilaku agresif (Christopher, 2010). Pada individu dengan perilaku agresif atau perilaku kekerasan berpikir secara irrasional akan tercermin dari kata-kata yang digunakan. Perasaan dan pikiran negatif serta penolakan diri harus dilawan dengan cara berpikir yang rasional dan logis, yang diterima menurut akal sehat serta menggunakan cara verbalisasi dan rasional.

Sebagian besar pengalaman hidup seseorang melalui proses intelektual. Panca indra sangat penting untuk beradaptasi pada lingkungan. Oleh karena itu perlu diperhatikan

cara seseorang marah, mengidentifikasi keadaan yang menyebabkan marah, bagaimana informasi yang di pahami, dikalifikasi dan diintegrasikan.

2. Respon afektif

Marah sebagai suatu emosi yang mempunyai ciri-ciri aktivitas saraf simpatik yang tinggi (Triatoro, 2009). Bagaimanapun pengalaman emosional dari marah tidak selalu mengarah pada respon antagonis (Cristopher, 2010). Kekerasan adalah merupakan salah satu respon efektif (emosi) marah yang maladaptif. Seseorang yang marah merasa tidak nyaman, tidak berdaya, jengkel, merasa ingin berkelahi, mengamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahkan, menuntut, mudah tersinggung, euporia yang berlebihan atau tidak tepat, dan afek yang labil (Stuart & Laraia, 2009).

3. Respon fisiologis

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

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara fisiologis yaitu akan ditemukan gangguan tidur, sakit kepala, sakit perut dan peningkatan tekanan darah (Boyd & Nihart, 1998). Sedangkan perilaku kekerasan dapat dilihat dari wajah tegang, tidak bisa diam, menegepalkan atau memukulkan tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan dan kadang-kadang terlihat kaku.

4. Respon perilaku

Respon perilaku menarik perhatian dan timbulnya konflik pada diri sendiri perlu dikaji seperti melarikan diri, bolos bekerja/sekolah atau penyimpangan seksual (Purwanto, 2006 dalam Triantoro, 2009). Marah selalu dihubungkan dengan perilaku agresif dan bentuk perilaku kekerasan lainnya. Perilaku agresif tidak selalu terjadi dalam pengalaman marah. Bentuk yang berbeda dari agresi dapat dihubungkan dan berhubungan dengan psikologis seperti permusuhan, kemarahan dan keyakinan yang irrasional. Menurut Boyd & Nihart (1998) tanda dan gejala perilaku kekerasan secara perilaku akan ditemukan penurunan interaksi sosial.

Keliat, (2003) menjelaskan perilaku kekerasan terdiri dari perilaku kekerasan pada orang lain berupa serangan fisik, memukul, melukai. Perilaku kekerasan pada diri sendiri berupa ancaman melukai, melukai diri. Perilaku kekerasan pada lingkungan berupa merusak benda-benda disekitar seperti merusak perabotan rumah, merusak harta benda, membanting pintu dan lainnya. Perilaku kekerasan verbal berupa kata-kata kasar, nada suara yang tinggi dan permusuhan.

5. Respon sosial

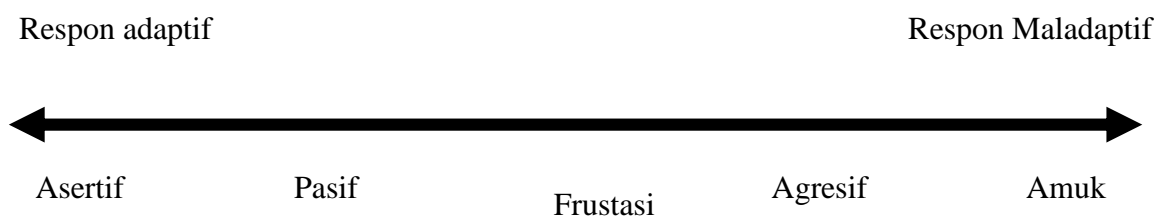
Beck menjelaskan bahwa emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain juga. Sebagian orang menyalurkan kemarahan dengan menilai dan mengkritik tingkah laku orang lain sehingga orang lain merasa sakit hati. Proses tersebut menyebabkan seseorang menarik diri dari orang lain. Pengalaman marah ini dapat mengganggu hubungan interpersonal. Cara seseorang mengungkapkan marah, merefleksikan latar belakang budayanya (Purwanto, 2006 dalam Triantoro, 2009). Keyakinan, nilai dan moral mempengaruhi ungkapan marah seseorang dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma dapat menimbulkan kemarahan dan dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa.

Stuart & Laraia, (2009) menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan lainnya adalah verbalisasi yaitu menggunakan ancaman verbal secara langsung atau dengan membayangkan hal yang membuat klien marah, perhatian mudah beralih, bicara keras dan tinggi serta riwayat delusi atau pikiran paranoid dan tingkat kesadaran yaitu kebingungan, terjadinya perubahan status mental, disorientasi, gangguan daya ingat dan tidak mau diarahkan.

Dengan menemukan dan melihat adanya tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh klien perilaku kekerasan melalui respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosialnya maka tingkatan perilaku kekerasan dapat diukur dengan berpedoman pada lima respon yang ditunjukkan tersebut

2.5.4 Rentang respon kemarahan

Perilaku atau respon kemarahan dapat berflutuatif dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah menurut Stuart dan Sundeen (dalam Sulistyowati, 2009), dimana amuk (perilaku kekerasan) dan agresif berada pada rentang maladaptif, seperti pada gambar berikut:



Gambar 1
Rentang Respon Kemarahan

Keterangan:

a. Asertif

Merupakan ungkapan rasa tidak setuju atau kemarahan yang dinyatakan atau diungkapkan tanpa menyakiti orang lain sehingga akan memberikan kelegaan dan

tidak menimbulkan masalah. Asertif merupakan bentuk perilaku untuk menyampaikan perasaan diri dengan kepastian dan memperhatikan komunikasi yang menunjukkan respek pada orang lain (Stuart dan Laraia, 2005).

b. Pasif

Individu yang pasif sering mengenyampingkan haknya dari persepsinya terhadap hak orang lain. Ketika seseorang yang pasif marah maka ia akan berusaha menutupi kemarahannya sehingga meningkatkan tekanan pada dirinya. Pola interaksi seperti ini dapat menyebabkan gangguan perkembangan (Stuart & Laraia, 2005)

c. Frustrasi

Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan yang kurang realistis atau hambatan dalam mencapai tujuan (Stuart & Laraia, 2005). Frustrasi adalah kegagalan individu dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Frustrasi akan bertambah berat jika keinginan yang tidak tercapai memiliki nilai yang tinggi dalam kehidupan (Rawlin, William & Beck, 1993).

d. Agresif

Individu yang agresif tidak menghargai hak orang lain. Individu merasa harus bersaing untuk mendapatkan adap yang diinginkannya. Seseorang yang agresif didalam hidupnya selalu mengarah pada kekerasan fisik dan verbal. Perilaku agresif pada dasarnya disebabkan karena menutupi kurangnya rasa percaya diri (Stuart & Laraia, 2005).

e. Amuk

Amuk atau perilaku kekerasan adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri, sehingga individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Keliat & Sinaga, 1991). Sedangkan menurut Stuart & Laraia

(2009) perilaku kekerasan berfluktuasi dari tingkat rendah sampai tinggi yaitu yang disebut dengan hirarki perilaku agresif dan kekerasan.

Fitria (2009), mengungkapkan bahwa perbedaan perilaku atau respon kemarahan adalah sebagai berikut:

Tabel
Perbedaan Perilaku atau Respon Kemarahan

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

2.3.1 Proses terjadinya kemarahan

Stres, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stres dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam. Kecemasan dapat menimbulkan

kemarahan. Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui 3 cara, yaitu: mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang. Kemarahan diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal atau eksternal. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ledakan, cacian, makian, hilangnya benda berharga, tertipu, penggusuran, bencana dan sebagainya, hal tersebut akan mengakibatkan kehilangan atau gangguan pada sistem individu (*disruption and loss*). Terpenting adalah bagaimana seorang individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut (*personal meaning*) (Videbeck, 2008).

2.3.2 Pengkajian pada klien dengan perilaku kemarahan

Pada dasarnya pengkajian pada klien dengan perilaku kemarahan ditujukan pada semua aspek, yaitu biopsikososial-kultural-spiritual (Yosep, 2009).

a. Aspek biologi

Respon fisiologis timbul kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin, sehingga tekanan darah meningkat, takhikardia, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatkan kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan refleks cepat. Hal ini disebabkan energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

b. Aspek emosional

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

c. Aspek intelektual

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

d. Aspek sosial

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan dari orang lain. Menimbulkan penolakan dari orang lain, sebagai klien menyalurkan kemarahan dengan nilai dan mengkritik tingkah laku orang lain, sehingga orang lain merasa sakit hati. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri menjauhkan dari orang lain.

e. Aspek spiritual

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

2.4 Manajemen Marah (*Anger Management*)

Manajemen marah adalah suatu upaya mengkomunikasikan perasaan ketika marah dan bagaimana merespon emosi marah yang dirasakan. Respons terhadap marah dapat diperlihatkan melalui perubahan raut wajah dan gerakan tubuh yang menyertai marah, mengungkapkan, menyampaikan perasaannya kepada orang lain.

Menurut hasil riset *Institute For Mental Health Initiative* menjelaskan bahwa marah bisa berarti sehat, bahkan lebih sehat ketimbang memendam perasaan marah (*anger in*),

sedangkan kunci untuk marah yang sehat adalah pengendalian marah (*anger control*).

Sehingga marah yang keluar (*anger out*) dapat terjaga dan terpelihara (Safaria, 2012)

2.4.1 Macam-macam pengungkapan emosi marah

a. *Anger in*

Yaitu pengungkapan emosi marah yang dirasakan individu, cenderung ditekan kedalam dirinya tanpa mengeskpersikannya keluar. Misalnya; ketika sedang marah, seseorang lebih memilih diam dan tidak mau menceritakannya pada siapapun atau tidak menegur orang yang membuatnya marah. Kondisi seperti ini jika berkepanjangan akan memberi dampak negatif bagi diri sendiri dan mengganggu kenyamanannya saat berinteraksi dengan orang lain.

b. *Anger out*

Merupakan reaksi ke luar / objek yang dimunculkan oleh individu ketika dalam keadaan marah atau reaksi yang dapat diamati secara umum. Kondisi seperti ini bisa menjadi perbuatan merusak, misalnya memukul atau menendang sesuatu yang ada didekatnya, namun setelah itu dia akan merasakan kelegaan karena perasaan marahnya sudah terpuaskan. Anger out berkaitan dengan ketidakmampuan individu mengekspresikan kemarahannya secara konstruktif dan asertif. Akan tetapi mereka mengekspresikan emosinya dalam bentuk tindakan agresif dan merusak.

c. *Anger control*

Kemampuan individu untuk bisa mengontrol atau melihat sisi positif dari permasalahan yang dihadapi dan berusaha menjaga sikap yang positif walau menghadapi situasi yang buruk. Misalnya, mencari solusi yang baik atau tepat

ketika menghadapi suatu persoalan agar tidak merugikan diri sendiri dan orang lain.

2.4.2 Teknik pengelolaan marah

Menurut Kellner dalam laela (2010) menjelaskan bahwa ada beberapa tahapan dalam teknik pengelolaan marah (*Anger Management*) yaitu 5 sesi kegiatan untuk mengelola marah

1) Sesi satu : melatih kemampuan peserta mengenal tentang marah.

Tujuannya : peserta mampu mengidentifikasi tentang marah, bagaimana marah terjadi, faktor-faktor yang membuat marah, cara cepat untuk pengawasan kemarahan yang terjadi.

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring

2) Sesi dua : melatih kemampuan kontrol cepat kemarahan

Tujuannya : peserta mampu mengidentifikasi langkah cepat untuk mengatasi kemarahan yang dialami (sesuatu yang dianggap tepat bagi peserta). Dan mampu mengungkapkan dengan cara yang tepat.

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring

3) Sesi tiga : melatih kemampuan manage kemarahan.

Tujuannya : peserta mampu memahami perilaku asertif dalam berbagai situasi, memahami manfaat dan mempertahankan perilaku asertif. Peserta juga mampu mengembangkan strategi lain untuk mengelola kemarahan.

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring

4) Sesi empat : melatih peserta untuk membina hubungan dengan teknik komunikasi.

Tujuannya : peserta mampu membangun cara pengelolaan marah dengan menerapkan komunikasi yang efektif.

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring

5) Sesi lima : melatih kemampuan mengenali dan menemukan pikiran negatif

Tujuannya : peserta mampu mengidentifikasi pikiran negatif, dan mengungkapkan pikiran, perasaan dengan cara yang tepat.

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring.

Sedangkan Marcus Deborah (2007) menjelaskan bahwa *Anger Management* terdiri atas beberapa tahap yaitu :

Step 1 : Brainstorming

Peserta diminta untuk saling berdiskusi tentang perasaan marah yang dimiliki, bagaimana ekspresi yang dirasakan jika mengalami rasa amarah. Dalam diskusi ini masing-masing peserta mampu mengekspresikan segala hal-hal yang berkaitan dengan respon marah, baik dalam hal positif atau negatif.

Step 2 : Judging

Masing-masing kelompok mencurahkan ide-ide yang dimiliki dalam hal teknik-teknik yang mampu mengurangi ataupun menghilangkan rasa amarah. Dalam hal ini penilaian didasarkan pada kesepakatan kelompok untuk menentukan langkah-langkah yang baik digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa amarah, seperti; mengalihkan perasaan marah dengan kegiatan menonton televisi dan lain-lainnya.

Step 3 : Choosing

Pada tahap ini masing-masing kelompok diminta untuk memilih tiga pemikiran positif dari daftar langkah-langkah dalam menghilangkan dan mengurangi amarah. Dan dapat memilih satu ide yang akan digunakan sebagai strategi untuk mengatasi marah yang dirasakan.

Step 4 : Reciting

Pada tahap ini, merupakan proses pengendalian, dimana terapist meminta kepada peserta untuk dapat menceritakan langkah-langkah yang mereka tentukan dalam mengatasi dan mengurangi amarah. Peserta membacakan strategi yang mereka ambil dengan menjelaskan bagaimana penyebab marah yang dirasakan, bagaimana perasaan marah yang dirasakan, situasi bagaimana yang membuat marah makin memuncak dan bagaimana strategi untuk mengatasi situasi tersebut.

Step 5 : Practicing

Pada tahap ini merupakan intervensi dari strategi pengendalian marah. Para peserta diminta untuk melatih strategi yang telah dipilih, dengan mampu mengingat dan menjelaskan proses dari setiap proses marah yang dialami. Dimulai dari mampu mengidentifikasi strategi yang dimiliki, mampu menerapkan strategi , dan mampu mengintegrasikan perilaku tersebut kedalam lingkungan keluarga dan lingkungan sekolah.

Part 6 : Processing

Pada bagian ini peserta melaksanakan bentuk strategi yang telah dikuasai dalam mengatasi marah ini kedalam berbagai bentuk situasi. Aplikasinya dilakukan dalam kegiatan bermain peran dengan memunculkan suatu kondisi yang sesuai dengan situasi yang telah dipahami oleh peserta.

Part 7 : reinforcing activities

Dengan menyediakan lingkungan yang mendukung untuk meredam amarah, dan bisa membuat lebih sabar dalam menghadapi situasi marah. Hal ini juga dengan melatih peserta dengan bentuk-bentuk kegiatan yang membutuhkan kesabaran. Seperti permainan

yang cukup membuat peserta bisa fokus untuk jangka waktu lama. Sehingga menciptakan pribadi yang kuat dan tidak mudah frustrasi atau putus asa.

2.5 Latihan Asertif / *Assertive Training*

Latihan asertif (*assertive training*) adalah salah satu teknik dalam tritmen gangguan tingkah laku dimana klien diinstruksikan, diarahkan, dilatih, serta didukung untuk bersikap asertif dalam menghadapi situasi yang tidak nyaman atau kurang menguntungkan bagi dirinya. Menurut Goldstein (1986) latihan asertif merupakan rangkuman yang sistematis dari ketrampilan, peraturan, konsep atau sikap yang dapat mengembangkan dan melatih kemampuan individu untuk menyampaikan dengan terus terang pikiran, perasaan, keinginan dan kebutuhannya dengan penuh percaya diri sehingga dapat berhubungan baik dengan lingkungan sosialnya. Sedangkan Rees & Graham (1991) menyatakan bahwa inti dari latihan asertif adalah penanaman kepercayaan bahwa asertif dapat dilatihkan dan dikembangkan, memilih kata-kata yang tepat untuk tujuan yang mereka inginkan, saling mendukung, pengulangan perilaku asertif dalam berbagai situasi, dan umpan balik bagi setiap peserta dari trainer maupun peserta.

Tujuan utama latihan asertif adalah untuk mengatasi kecemasan yang dihadapi oleh seseorang akibat perlakuan yang dirasakan tidak adil oleh lingkungannya, meningkatkan kemampuan untuk bersikap jujur terhadap diri sendiri dan lingkungan, serta meningkatkan kehidupan pribadi dan sosial agar lebih efektif.

Dalam membangun perilaku asertif terdapat beberapa pendekatan yang dapat ditempuh. Salah satunya adalah Formula 3A, yang terangkai dari tiga kata *Appreciation*, *Acceptance*, *Accommodating* (Susanto, 2005):

Appreciation berarti menunjukkan penghargaan terhadap kehadiran orang lain, dan tetap memberikan perhatian sampai pada batas-batas tertentu atas apa yang terjadi pada diri mereka. Mereka pun, seperti kita, tetap membutuhkan perhatian orang lain. Dengan

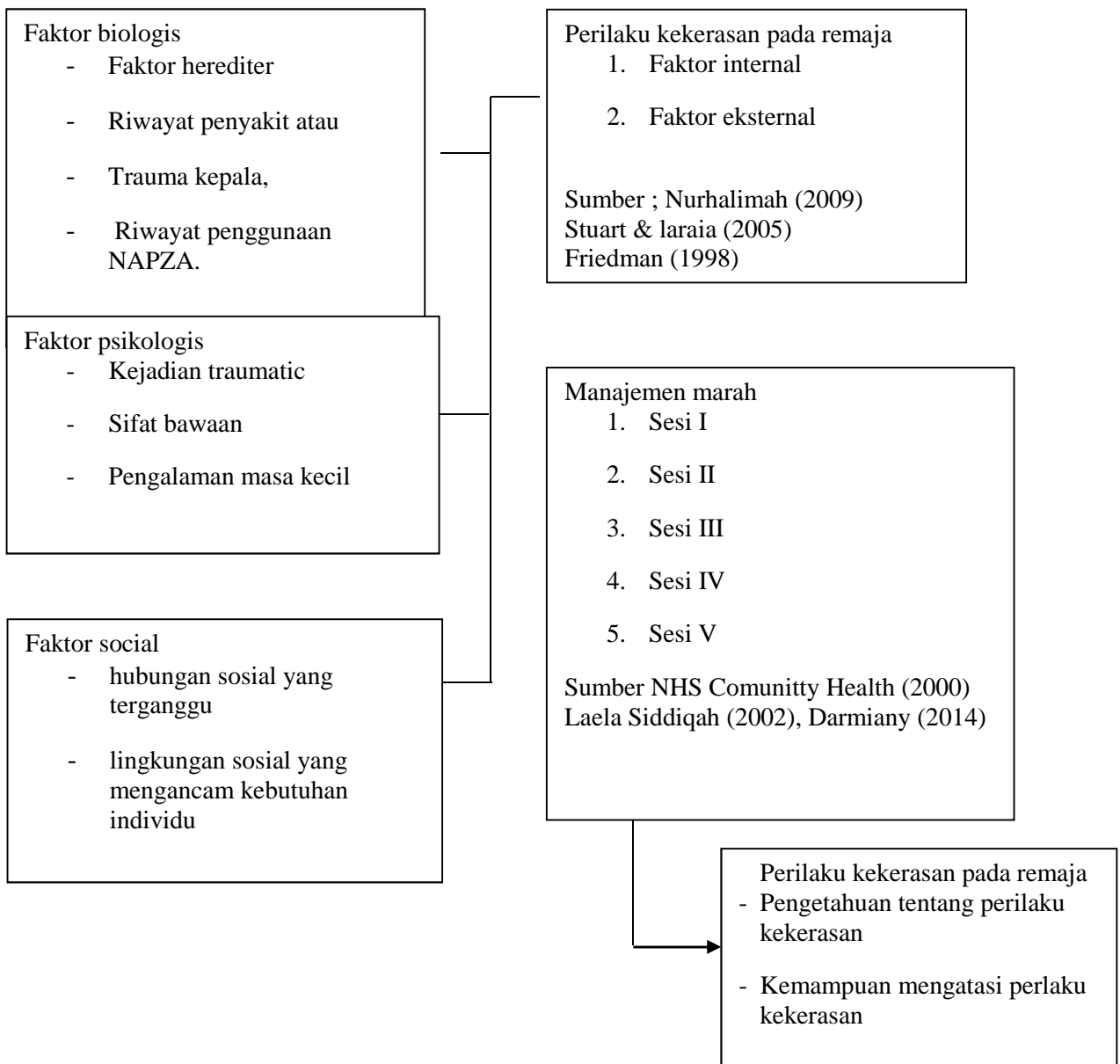
demikian, agar mereka mau memperhatikan, memahami, dan menghargai kita, maka sebaiknya kita mulai dengan terlebih dulu menunjukkan perhatian, pemahaman, dan penghargaan kepada mereka.

Acceptance adalah perasaan mau menerima, memberikan arti sangat positif terhadap perkembangan kepribadian seseorang, yaitu menjadi pribadi yang terbuka dan dapat menerima orang lain sebagaimana keberadaan diri mereka masing-masing. Dalam hal ini, kita tidak memiliki tuntutan berlebihan terhadap perubahan sikap atau perilaku orang lain (kecuali yang negatif) agar ia mau berhubungan dengan kita. Tidak memilih-milih orang dalam berhubungan, dengan tidak membatasi diri hanya pada keselarasan tingkat pendidikan, status sosial, suku, agama, keturunan, dan latar belakang lainnya.

Accomodating. Menunjukkan sikap ramah kepada semua orang, tanpa terkecuali, merupakan perilaku yang sangat positif. Keramahan senantiasa memberikan kesan positif dan menyenangkan kepada semua orang yang kita jumpai. Keramahan membuat hati kita senantiasa terbuka, yang dapat mengarahkan kita untuk bersikap akomodatif terhadap situasi dan kondisi yang kita hadapi, tanpa meninggalkan kepribadian kita sendiri

2.6 Kerangka teori

Skema Kerangka Teori



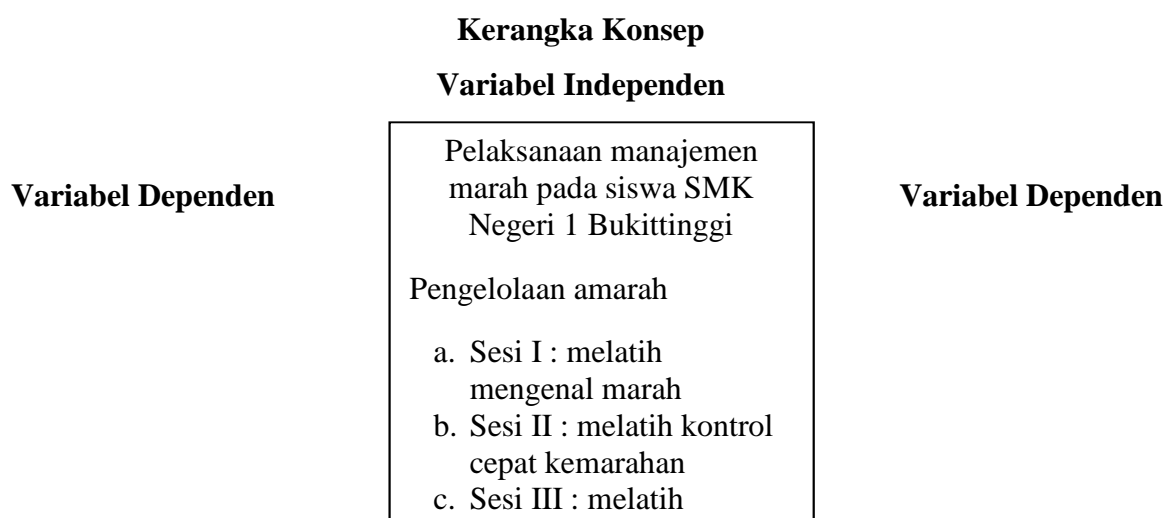
BAB III

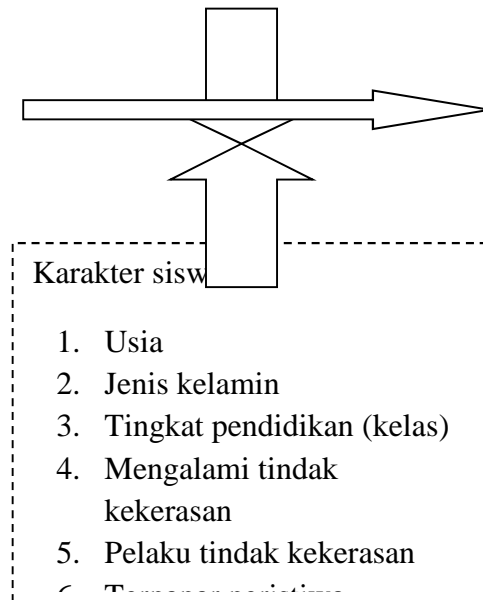
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melakukan penelitian nantinya. Kerangka konsep inti terdiri dari variabel independen, variabel dependen. Variabel dependen atau lebih dikenal dengan variabel terikat adalah gambaran perilaku kekerasan pada siswa. Selain perilaku kekerasan juga kemampuan mengatasi perilaku kekerasan akan diukur. Pada penelitian ini diharapkan setelah dilakukan intervensi terjadi peningkatan kemampuan dalam mengatasi perilaku kekerasan tersebut.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah program manajemen marah meliputi intervensi yang terdiri atas 5 sesi kegiatan yaitu (melatih mengenali marah, kontrol cepat kemarahan, melatih mengelola kemarahan, melatih berhubungan sosial melalui komunikasi efektif dan kemampuan mengidentifikasi pikiran negatif kemarahan) yang bertujuan memperbaiki perilaku yang muncul saat situasi marah. Melalui kegiatan ini diajarkan bagaimana cara mengatasi perilaku kekerasan. Pelaksanaan manajemen marah ini dilakukan dalam 4 minggu dalam bentuk program pengelolaan amarah..





Keterangan :

3.1.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah manajemen marah berupa program pengelolaan amarah, meliputi : Pengelolaan amarah Sesi I : melatih mengenal marah. Sesi II : melatih kontrol cepat kemarahan. Sesi III : melatih mengelola marah (perilaku asertif). Sesi IV : melatih membina hubungan dengan komunikasi. Sesi V : melatih mengenal pikiran negatif.

3.1.2 Variabel Dependen

Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah kemampuan mengatasi perilaku kekerasan dilihat dari respon anger in, anger out dan anger control. Dalam penelitian ini karakteristik responden dijadikan sebagai variabel dependen yaitu umur, jenis kelamin, kelas, serta riwayat sebagai pelaku, korban dan saksi kekerasan.

3.2 Hipotesis

Menurut Machfoed, dkk (2005), hipotesis diartikan sebagai dugaan atau jawaban sementara. Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat di rumuskan hipotesis penelitian (Ho) sebagai berikut :

- 3.2.1 Adanya perbedaan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan (anger in, anger out dan anger control) sebelum dan sesudah dilaksanakan manajemen marah pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi.
- 3.2.2 Adanya perbedaan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan (anger in, anger out dan anger control) sebelum dan sesudah pada responden siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi antara kelompok yang mendapatkan intervensi manajemen marah dan yang tidak mendapatkan intervensi manajemen marah.

3.3 Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati dalam melakukan pengukuran secara cermat terhadap objek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas. Variabel independen (variabel bebas) merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat), variabel ini dikenal dengan nama variabel bebas dalam mempengaruhi variabel lain. Variabel dependen merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab akibat karena variabel bebas (Azis, 2003). Defenisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel berikut :

Tabel
Defenisi Operasional Dan Variabel Penelitian

No	Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	cara ukur	Hasil ukur	Skala
A. Variabel Independen						
	Program	Program pengelolaan	Lembar observasi	(check list)	1. Tidak	di Nominal

manajemen marah pada siswa SMK	amarah yang meliputi pengenalan terhadap emosi marah, mengenali tanda-tanda amarah dan pemicu amarah, menggunakan teknik-teknik untuk meredakan amarah dan mencari alternatif solusi pemecahan masalah.	berikan pelatihan 2. Diberikan pelatihan
--------------------------------	---	---

B. Variabel Dependen : Perilaku kekerasan

2 Kemampuan mengatasi perilaku kekerasan	Kemampuan yang dimiliki siswa untuk mengatasi tanda dan gejala perilaku kekerasan dilihat dari	Item pertanyaan (15 buah)	Kuisisioner	Score 15 – 60	Interval
	- Respon kemarahan <i>Anger in</i> (dimana ungkapan emosi marah cenderung ditekan ke dalam diri)	Item pertanyaan (15 buah)	Kuisisioner	Score 15 – 60	Interval
	- Respon kemarahan <i>Anger out</i> (merupakan reaksi keluar yang dimunculkan ketika dalam keadaan marah)	Item pertanyaan (15 buah)	Kuisisioner	Score 15 – 60	Interval
	- Respon kemarahan <i>Anger control</i> (kemampuan untuk mengontrol marah dan berusaha menjaga sikap untuk tetap				

	positif menghadapi kondisi marah)				
1 Usia	Usia individu yang dihitung berdasarkan waktu kelahiran sampai ulang tahun yang terakhir saat diobservasi	Item pertanyaan	Kuisisioner	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2 Jenis kelamin	Penanda biologis yang dapat membedakan antara perempuan dan laki-laki	Item pertanyaan	Kuisisioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3 Pendidikan	Jenjang pendidikan formal (tingkatan kelas) saat diobservasi	Item pertanyaan	Kuisisioner	1. Kelas 1 2. Kelas 2 3. Kelas 3	Ordinal
4 Riwayat pelaku tindak kekerasan	Suatu keadaan dimana siswa lebih cenderung sebagai pelaku dalam tindak kekerasan	Item pertanyaan	Kuisisioner	1. Ya 2. Tidak	Ordinal
5 Riwayat korban kekerasan	Suatu keadaan dimana siswa lebih cenderung sebagai korban dalam tindak kekerasan	Item pertanyaan	Kuisisioner	1. Ya 2. Tidak	Ordinal
6 Terpapar peristiwa kekerasan	Suatu keadaan dimana siswa lebih cenderung sebagai pihak yang menyaksikan tindak kekerasan.	Item pertanyaan	Kuisisioner	1. Ya 2. Tidak	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

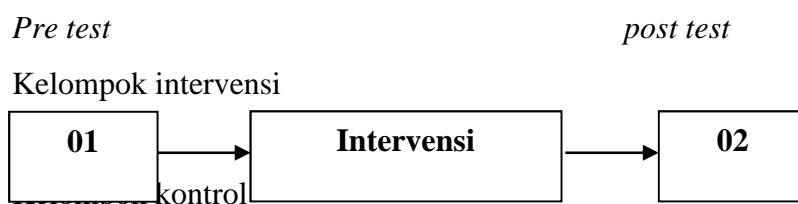
Pada bab ini diuraikan desain penelitian dan berbagai kegiatan yang terdapat dalam penelitian, diantaranya penetapan populasi, sampel dan sampling, waktu dan tempat penelitian, teknik pengumpulan data dan analisa data, validitas realibilitas serta etika penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengatasi kesulitan-kesulitan yang mungkin muncul selama proses penelitian. Dalam penelitian ini desain yang digunakan adalah “*Quasi experimental pre-post test with control group*” dengan intervensi anger management. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan tanda gejala perilaku kekerasan sebelum diberikan intervensi dan membandingkan dengan sesudah intervensi. Penelitian juga membandingkan responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Kelompok intervensi yaitu satu kelompok mendapatkan anger management. Sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dalam Ismail (2008) bahwa penelitian eksperimen peneliti melakukan alokasi subjek diberikan perlakuan dan mengukur hasil (efek) intervensi. Tapi setelah pengambilan data selesai kelompok ini akan mendapatkan intervensi agar tidak menyalahi etika penelitian.

Rancangan penelitian sebagai berikut :



Keterangan :



01 : Kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum diberikan anger management

02 : Kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah diberikan anger management

03 : Kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sebelum diberikan anger management

04 : Kemampuan mengatasi perilaku kekerasan sesudah diberikan anger management

$02 - 01 = X1$: Perubahan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan anger management

$04 - 03 = X2$: Perubahan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan anger management

$X1 - X2 =$ Perbedaan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kontrol/latihan asertif

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Sugiyono dalam Aziz,2009). Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi yang terdiri dari siswa kelas I, II dan III dengan jumlah keseluruhan yaitu 1.350 orang siswa

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono dalam Aziz,2009). Dalam penelitian ini kriteria inklusi responden yang akan dilakukan sosialisasi untuk perilaku kekerasan dan anger manajemen adalah :

- a. Siswa SMK Negeri 1

- b. Bersedia menjadi responden penelitian
- c. Dapat berkomunikasi dengan baik
- d. Siswa yang kooperatif dalam interaksi

Berdasarkan data awal yang dilakukan, dari 12 jurusan di SMK Negeri 1 Bukittinggi, tercatat jumlah populasi siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi sebanyak 1.350 orang.

Sedangkan sampel pada penelitian ini dengan menggunakan rumus Slovin yaitu

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

Keterangan :

- n = ukuran sampel
- N = ukuran populasi
- d = galat pendugaan

dalam penelitian ini jumlah populasi adalah 1.350 orang siswa yang tersebar dari kelas 1 sampai kelas III, maka sampel dalam penelitian ini adalah

$$n = \frac{1350}{1350 \times 0,1^2 + 1}$$

$$n = \frac{1350}{1350 \times (0,01) + 1}$$

$$n = \frac{1350}{13,5 + 1}$$

$$n = \frac{1350}{14,5}$$

$$n = 92$$

sampel dalam penelitian ini adalah 92 orang, sedangkan untuk kontrol sebanyak 92 orang. Dari jumlah tersebut dibagi 2 kelompok dengan menggunakan stratified random sampling yaitu populasi di kelompokkan menjadi sub-sub populasi berdasarkan kriteria tertentu yang dimiliki unsur populasi, masing-masing sub populasi diusahakan homogen. Dari masing-masing sub selanjutnya diambil

sebagian anggota secara acak dengan komposisi proposional, dan total anggota yang diambil ditetapkan sebagai jumlah anggota sampel dalam penelitian ini.

Dalam studi quasi eksperimental ini, untuk mengantisipasi adanya drop out dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurang sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga.

Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subjek penelitian (Sastroasmoro,2010) adalah :

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

Keterangan :

n' : ukuran sampel setelah revisi

n : besarnya sampel yang hilang

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

Maka :

$$n' = \frac{92}{(1 - 0,1)}$$

$$n = 102,2 \text{ dibulatkan menjadi } 102$$

berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 51 untuk responden setiap kelompok (51 responden untuk kelompok intervensi dan 51 untuk kelompok kontrol) sehingga jumlah sampel adalah 102. Kenyataannya pada penelitian ini responden berjumlah 92 orang yang terdiri dari kelompok intervensi 46 orang dan untuk kelompok kontrol 46 orang siswa. Hal ini disebabkan untuk 5 orang kelompok kontrol dan 5 orang kelompok intervensi drop out.

Sedangkan untuk teknik sampling dalam penelitian ini dengan menggunakan *cluster sampling* yaitu suatu cara pengambilan sampel bila objek yang diteliti atau

sumber data yang sangat luas atau besar, yakni populasinya heterogen dan terdiri atas kelompok yang masing-masing heterogen, maka caranya adalah berdasarkan daerah populasi yang telah ditetapkan (Aziz, 2009). *Cluster* dilakukan dengan cara melakukan randomisasi dari *cluster* yang terpilih.

Tabel 4.1 pemetaan besar sampel
Di SMK Negeri 1 Bukittinggi

Kelompok	Jumlah
Kelompok intervensi	
Kelompok 1	5 siswa
Kelompok 2	5 siswa
Kelompok 3	4 siswa
Kelompok 4	5 siswa
Kelompok 5	4 siswa
Kelompok 6	5 siswa
Kelompok 7	4 siswa
Kelompok 8	5 siswa
Kelompok 9	4 siswa
Kelompok 10	5 siswa
Kelompok kontrol	46 siswa
Total	92 orang

4.3 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di SMK Negeri 1 Bukittinggi mulai minggu ke I bulan September 2015 sampai dengan minggu ke empat bulan Oktober 2015. Pelaksanaan penelitian dapat dilihat dalam jadwal pelaksanaan kegiatan penelitian. Penelitian ini dilaksanakan di SMK Negeri 1 Bukittinggi. Adapun pemilihan kelas disesuaikan juga dengan kriteria inklusi sampel penelitian yang dipilih adalah kelas yang dapat menjadi lahan penelitian dengan tidak mengganggu proses pembelajaran siswa tersebut.

4.4 Waktu penelitian

Penelitian dimulai di SMK Negeri 1 Bukittinggi pada minggu ke II bulan september 2015 sampai dengan minggu ke empat bulan Oktober 2015, diawali dengan sosialisasi kegiatan penelitian dengan bidang kurikulum sekolah SMK Negeri 1 Bukittinggi.

Pengambilan data sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) serta 3 minggu untuk intervensi *anger management*.

4.5 Etika penelitian

Untuk melindungi hak-hak responden maka peneliti melakukan prosedur penelitian yang dimulai dengan pengurusan surat izin pengambilan data oleh pihak kampus Universitas Andalas dalam hal ini prodi S2 Keperawatan. Kemudian peneliti menyampaikan surat permohonan tersebut kepada Kesbangpol dan Linmas Kota Bukittinggi. Setelah mendapat izin oleh kesbangpol linmas maka surat ditembuskan kepada pihak sekolah SMK Negeri 1 Bukittinggi dan juga Dinas Pendidikan Kota Bukittinggi. Selanjutnya semua responden yang akan menjadi sampel penelitian akan diberikan informasi tentang rencana dan tujuan penelitian serta teknis kegiatan yang akan dilakukan melalui pertemuan resmi dan juga tertulis.

Sebagai pertimbangan etika peneliti meyakinkan bahwa responden mendapatkan hak: 1) self determination, yaitu responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak dalam penelitian ini, dengan surat pernyataan persetujuan (*informed consent*). Jadi setiap responden yang bersedia sebagai responden akan menandatangani surat persetujuan yang telah disediakan. 2) Privacy, yaitu responden dijaga kerahasiaannya dimana informasinya dimana informasi hanya digunakan untuk penelitian. 3) Anonymity, yaitu selama kegiatan penelitian nama responden tidak digunakan, dan diganti dengan nomor responden. 4) Confidentiality, yaitu peneliti menjaga rahasia identitas responden dan informasi yang diberikan jika data telah selesai digunakan. 5) Protection, yaitu responden bebas dari rasa tidak nyaman.

4.6 Alat pengumpulan data

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara (sebagai instrumen penelitian). Instrumen ini di bagi sebagai berikut :

Instrumen A: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari : usia, jenis kelamin, pendidikan (kelas). Dan juga untuk menilai riwayat perilaku kekerasan yang dialami oleh siswa yaitu apakah sebagai pelaku dalam tindak kekerasan, sebagai korban tindak kekerasan dan sebagai saksi pada suatu tindak kekerasan. Bentuk pertanyaan tertutup dan peneliti memberi nilai pada kotak yang tersedia.

Instrumen B: merupakan instrumen untuk mengukur tentang kemarahan. Terdiri atas 3 bagian (bagian pertama tentang *anger in*, bagian dua tentang *anger out* dan bagian tiga tentang *anger kontrol*). Dimana pertanyaan tentang *anger in* bertujuan melihat respon kemarahan siswa yang cenderung ditekan kedalam dirinya tanpa mengekspresikannya keluar. Untuk bagian *anger out* bertujuan melihat respon kemarahan siswa yang dimunculkan keluar atau reaksi yang dapat diamati secara umum. Sedangkan *anger kontrol* adalah melihat kemampuan individu untuk bisa mengontrol atau melihat sisi positif dari permasalahan yang dihadapi dan berusaha konsisten menjaga sikap positif walau menghadapi situasi yang buruk.

4.7 Uji Validitas

Uji coba instrumen dilakukan agar data yang diperoleh akurat dan objektif. Hal ini dimaksud agar instrumen yang digunakan sebagai alat ukur mempunyai validitas dan reliabilitas yang tinggi (Hastono, 2001). Untuk instrumen B dan C dilakukan uji coba instrumen agar data yang diperoleh akurat dan objektif sebagai alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba akan dilakukan pada

responden dengan karakteristik yang hampir sama. Responden yang dipakai untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden dalam penelitian.

Uji validitas menggunakan person product moment (r) yaitu membandingkan hasil (r) antara item pertanyaan dinyatakan valid jika skor variabel berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, yaitu bila (r) hasil lebih besar dari (r) tabel. Uji reliabilitas dilakukan setelah uji validitas dan semua pertanyaan dinyatakan valid.

4.8 Prosedur pengumpulan data

Langkah awal dari proses penelitian ini dimulai dengan pelaksanaan uji etik dengan memandang bahwa objek yang akan diteliti adalah manusia. Oleh karena itu sangat penting diperhatikan apakah proses dari penelitian ini agar tidak menyalahi etika penelitian. Setelah itu peneliti mengajukan permohonan izin kepada kantor Kesbangpol Dan Linmas kota Bukittinggi. Setelah mendapat izin tertulis, kemudian peneliti melakukan koordinasi dengan Kantor Kesbangpol dan Linmas untuk rekomendasi pada area penelitian.

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada area penelitian yaitu SMK Negeri 1 Bukittinggi. Langkah-langkah pelaksanaan kegiatan meliputi :

a. Identifikasi responden

Identifikasi responden dilakukan pada seluruh populasi yang ada di SMK Negeri 1 Bukittinggi. Responden mengisi kuisioner untuk menilai apakah responden termasuk dari pelaku kekerasan (sebagai pelaku), korban perilaku kekerasan (sebagai korban) atau menyaksikan peristiwa perilaku kekerasan (sebagai saksi).

b. *Pre test*

Setelah responden menandatangani pernyataan kesediaan menjadi responden dan mengisi data demografi saat itu juga dilakukan pre test dengan mengukur

tanda dan gejala perilaku kekerasan, kemudian data diedit dan dioleh sesuai dengan analisis data.

c. Intervensi

Intervensi dilakukan pada penelitian ini adalah memberikan anger management untuk mengontrol perilaku kekerasan pada kelompok intervensi,

Pelaksanaan manajemen marah yang dilakukan dalam penelitian ini dibagi menjadi 5 sesi yaitu:

- 1) Sesi satu : melatih kemampuan peserta mengenal tentang marah.

Tujuannya : peserta mampu mengidentifikasi tentang marah, bagaimana marah terjadi, faktor-faktor yang membuat marah, dan bagaimana respon kemarahan yang terjadi pada diri individu tersebut.

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring

- 2) Sesi dua : melatih kemampuan kontrol cepat kemarahan

Tujuannya : peserta mampu mengidentifikasi langkah cepat untuk mengatasi kemarahan yang dialami (sesuatu yang dianggap tepat bagi peserta). Dan mampu mengungkapkan dengan cara yang tepat.

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring

- 3) Sesi tiga : melatih kemampuan mengelola kemarahan.

Tujuannya : peserta mampu memahami perilaku asertif dalam berbagai situasi, memahami manfaat dan mempertahankan perilaku asertif. Peserta juga mampu mengembangkan strategi lain untuk mengelola kemarahan.

Latihan yang diberikan dalam sesi ini berupa tarik nafas dalam, mengelola marah dengan spritual dan teknik relaksasi otot

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring

- 4) Sesi empat : melatih peserta untuk mampu membina hubungan dengan teknik komunikasi.

Tujuannya : peserta mampu membangun cara pengelolaan marah dengan menerapkan komunikasi yang efektif. Latihan dalam sesi ini berupa latihan pengungkapan marah dengan verbal (meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik)

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring

- 5) Sesi lima : melatih kemampuan mengenali dan menemukan pikiran negatif (pikiran marah, dendam, sakit hati, pikiran ingin menyakiti/melukai). Pada sesi ini peserta mengemukakan pikiran negatif yang masih ada dalam diri setelah dilakukan latihan manajemen marah.

Tujuannya : peserta mampu mengidentifikasi pikiran negatif, dan mengungkapkan pikiran, perasaan dengan cara yang tepat.

Teknik pelaksanaan melalui brainstorming, role playing, feedback, transferring Dan pada kelompok kontrol tidak di lakukan latihan manajemen marah

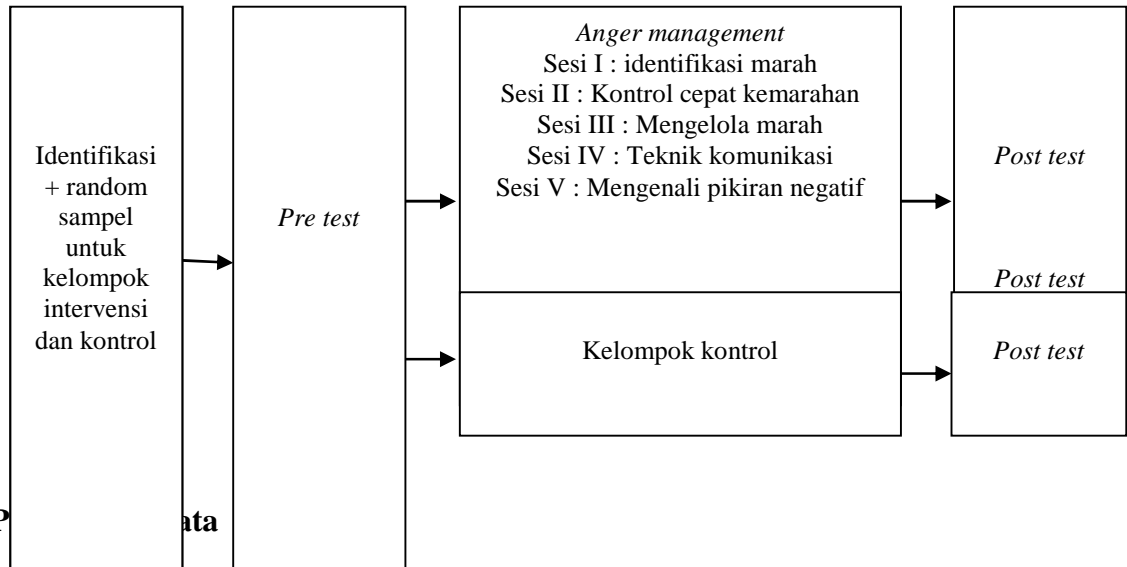
d. Post test

Selanjutnya kegiatan terakhir dalam penelitian ini adalah pengumpulan data setelah intervensi (post test) untuk kelompok intervensi dan kontrol. Prosedur

yang sama dilakukan pada waktu sebelum intervensi. Post test dilakukan untuk mengukur tentang kemampuan anger manajemen.

Untuk memperjelas alur kerja penelitian maka peneliti meng gambarkannya dalam skema berikut :

Identifikasi.....pretest.....intervensi.....post test



4.9 P Data

Data yang telah dikumpulkan diolah dan disajikan dengan menggunakan tabel pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

4.9.1 *Editing*, data yang telah ada dilakukan untuk memeriksa validitas dan reliabilitas. Kegiatan ini meliputi pemeriksaan atas kelengkapan pengisian kuisisioner, kejelasan makna jawaban, konsistensi dan relevansi jawaban dan keseragaman pengukuran.

4.9.2 *Coding*, sebelum data diolah selanjutnya akan dibuat struktur data yang terdiri dari kegiatan pembuatan variabel, penentuan jenis data, penentuan variabel label, penentuan *value* label dan penentuan skala data yang akan digunakan.

4.9.3 *Entri data*, untuk keperluan analisa maka data dilakukan *entri data* dengan memasukkan data dari kuisisioner dalam bentuk kode ke program komputerisasi yang sesuai.

- 4.9.4 *Cleaning data*, setelah data dimasukkan kemudian dilakukan pembersihan seluruh data agar terbebas dari segala kesalahan dalam bentuk pengkodean maupun membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data ke komputer.
- 4.9.5 *Tabulasi data*, hasil olehan data yang ada tersebut selanjutnya dilakukan peringkasan data yang masuk (data mentah) kedalam tabel-tabel yang telah dipersiapkan. Proses tabulasi meliputi antara lain a) mempersiapkan tabel dalam kolom dan barisnya yang sesuai, b) menghitung banyaknya frekuensi untuk setiap kategori jawaban, c) menyusun distribusi atau tabel frekuensi. Setelah data didapat, dilakukan pengecekan lagi apakah data ada yang salah atau tidak.

4.10 Analisa data

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi analisa univariat dan bivariat.

4.10.1 Analisa univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian, yaitu dengan distribusi frekuensi. Hasil statistik deskripsi meliputi mean, median, modus, standar deviasi, minimal dan maksimal serta proporsi dari variabel penelitian (Supriyanto, 2007). Pada penelitian ini variabel yang dianalisis secara univariat adalah karakteristik responden antara lain : usia, jenis kelamin, pendidikan (kelas), pelaku kekerasan, korban perilaku kekerasan dan terpapar peristiwa kekerasan.

4.10.2 Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007).

Dalam penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk menguji kesetaraan dan menganalisis perbedaan tanda dan gejala perilaku kekerasan pada responden. Uji kesetaraan dengan menggunakan uji beda mean yaitu uji *paired t-test*. Perbedaan respon perilaku kekerasan sebelum dan sesudah intervensi dianalisa dengan uji beda 2 mean yaitu uji *dependen t-test*. Tingkat kemaknaan dalam uji statistik digunakan 95% ($\alpha=0,05$)

Tabel 4.2
Analisis variabel penelitian

A. Analisis karakteristik siswa

No	Variabel karakteristik	Variabel karakteristik	Cara Analisis
1	Umur siswa	Umur siswa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol	<i>Chi-square</i>
2	Jenis kelamin siswa	Jenis kelamin siswa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol	<i>Chi-square</i>
3	Riwayat perilaku kekerasan a. Sebagai pelaku b. Sebagai korban c. Sebagai saksi	Riwayat perilaku kekerasan yang dialami oleh siswa yaitu : a. Sebagai pelaku b. Sebagai korban c. Sebagai saksi	<i>Chi-square</i>
4	Respon perilaku kekerasan yang dialami oleh siswa (anger in, anger out dan anger kontrol)	Respon perilaku kekerasan yang dialami oleh siswa (anger in, anger out dan anger kontrol) pada kelompok intervensi dan	<i>Chi-square</i>

kelompok kontrol

B. Analisis Kesetaraan Variabel Dependen (siswa dengan perilaku kekerasan)

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1	Perilaku kekerasan yang meliputi respon anger in, anger out dan anger control (sebelum anger management)	Perilaku kekerasan yang meliputi respon anger in, anger out dan anger control (sebelum anger management)	<i>t Independent</i>
2	Perilaku kekerasan yang meliputi respon anger in, anger out dan anger control (setelah anger management)	Perilaku kekerasan yang meliputi respon anger in, anger out dan anger control (setelah anger management)	<i>t Independent</i>

C. Analisis kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada siswa sebelum dan sesudah intervensi

No	Variabel kemampuan mengatasi perilaku kekerasan	Variabel kemampuan mengatasi perilaku kekerasan	Cara Analisis
1	Kemampuan mengatasi perilaku kelompok sebelum pelaksanaan anger management	Kemampuan mengatasi perilaku kekerasan kelompok kontrol sebelum pelaksanaan anger management	<i>Paired-T-Tes</i>
2	Kemampuan mengatasi perilaku kelompok sesudah pelaksanaan anger management	Kemampuan mengatasi perilaku kekerasan kelompok kontrol sesudah pelaksanaan anger management	<i>Paired-T-Tes</i>
3	Perbedaan mengatasi kekerasan intervensi pelaksanaan management	Perbedaan mengatasi perilaku kelompok sesudah pelaksanaan anger	Uji <i>Independen T-Tes</i>

D. Analisis Multivariat

Sabri dan Hastono (2007) menjelaskan analisis regresi merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan anatar dua atau lebih variabel (variabel dependen) melalui variabel lain. Dalam penelitian ini analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik siswa dengan perilaku kekerasan melalui uji analisis regresi linear ganda. Menurut Sudjana (2005) dan Sudrajat (2007), persamaan umum regresi linear ganda adalah

$$Y = a_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots$$

Perubahan PK = $a + b_1 \text{ anger management} + b_2 \text{ umur} + b_3 \text{ jenis kelamin} + b_4 \text{ kelas} + b_5 \text{ riwayat pelaku} + b_6 \text{ riwayat korban} + b_7 \text{ riwayat saksi}$

keterangan :

y : subjek dalam variabel dependen yang diprediksi

a : harga Y bila $X = 0$ (harga konstan)

b : angka arah atau koefisien regresi, yang menunjukkan angka peningkatan ataupun penurunan variabel dependen yang didasarkan pada variabel independen. Bila b (+) maka naik, bila (-) maka terjadi penurunan

x : subjek pada variabel independen yang mempunyai nilai tertentu

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan secara lengkap tentang proses pelaksanaan dan hasil penelitian tentang pengaruh latihan manajemen marah terhadap perilaku kekerasan di SMK Negeri 1 Bukittinggi yang dimulai pada tanggal 1 September sampai dengan 16 Oktober 2015. Pada penelitian ini telah diteliti 92 orang siswa yang dibagi menjadi 46 orang kelompok control dan 46 orang kelompok intervensi sesuai dengan kriteria inklusi yang ditetapkan. Pada kelompok intervensi peneliti melakukan latihan manajemen marah untuk mengontrol perilaku

5.1 Proses Pelaksanaan Terapi

5.1.1 Tahap Persiapan

Persiapan pelaksanaan penelitian tentang pengaruh manajemen marah dengan perilaku kekerasan (PK) di SMK Negeri 1 Bukittinggi diawali dengan pengurusan izin penelitian dengan menyertakan proposal penelitian yang sudah disetujui pembimbing dan surat pernyataan lolos uji etik. Dalam pengurusan perizinan peneliti mendapat dukungan yang baik oleh pihak penyelenggara sekolah. Surat izin dari Kantor Kesbangpol dan Linmas Kota Bukittinggi langsung diterima oleh kepala sekolah SMK Negeri 1 Bukittinggi dan diarahkan untuk pelaksanaan penelitian agar lebih mudah.

Peneliti diarahkan memilih jurusan yang ada di SMK Negeri 1 Bukittinggi. Pemilihan jumlah peserta dan ruangan yang akan digunakan untuk pelaksanaan penelitian ditetapkan oleh kepala kurikulum sekolah. Sehingga didapatkan untuk ruangan yang

digunakan sebagai tempat pelaksanaan penelitian untuk kelompok intervensi adalah ruangan kelas X teknik mesin

Berikutnya peneliti mempersiapkan untuk pengumpul data yaitu peneliti dan dibantu oleh guru BK. Kemudian dilanjutkan dengan melakukan pengarahan untuk penyamaan persepsi tentang prosedur, cara pengambilan data dan waktu pengumpulan data tetapi tidak dilakukan *interrater reliability*. Setelah mempersiapkan pengumpul data selanjutnya adalah melakukan pengambilan sampel. Pengambilan sampel secara *Cluster Sampling*, dimana semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi penelitian dimasukkan dalam penelitian dengan metode randomisasi sesuai dengan *cluster* yang dibutuhkan

Selanjutnya peneliti mempersiapkan untuk pengambilan sampel dalam penelitian dengan mengidentifikasi dan menyeleksi siswa yang akan dijadikan responden penelitian yaitu siswa yang bersedia menjadi responden nantinya. Siswa yang telah bersedia untuk menjadi sampel penelitian akan diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian dan manfaat penelitian ini kedepannya. Kemudian peneliti meminta siswa untuk menandatangani *informed consent*.

5.1.2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini diawali dengan dilakukannya pre test pada siswa dengan meminta siswa untuk mengisi kuisioner tentang data demografi dan pengungkapan kemampuan emosi marah (*anger in, anger out dan anger control*). Pre test dilakukan secara individu pada setiap klien yang akan dijadikan responden. Setelah dilakukan pre test maka peneliti melakukan kontrak pertemuan dengan siswa tentang pelaksanaan penelitian.

Pada kelompok intervensi peneliti melakukan kontrak untuk pelaksanaan manajemen marah. Program manajemen marah didahului dengan memvalidasi kemampuan siswa terkait dengan masalah perilaku kekerasan. Sedangkan untuk kelompok kontrol peneliti hanya kontrak untuk melakukan pre dan post test sesuai dengan waktu dan jadwal yang telah ditentukan.

Pada kelompok intervensi dilakukan program anger manajemen dari sesi 1 sampai sesi 5. Pada sesi 1 sampai sesi 5 dilakukan masing-masing hanya dilakukan satu kali pertemuan. Sehingga jumlah pertemuan untuk masing-masing kelompok adalah 5 kali pertemuan dan satu kali untuk evaluasi kemampuan kelompok. Untuk pelaksanaan manajemen marah dilakukan dengan durasi waktu untuk setiap sesi adalah 20 sampai 30 menit.

Pada pelaksanaan sesi 1 dan 2 siswa tidak menemukan hambatan dalam mengidentifikasi tentang marah yang terjadi serta cara cepat untuk mengatasi kemarahan. Pada sesi 3 dan sesi 4 tentang bagaimana manage kemarahan cukup menghadapi kendala, dimana siswa yang masih berusia remaja cenderung lebih mendahulukan ego dalam pengambilan keputusan terhadap mengontrol marah yang dialami. Pada sesi ini peneliti lebih menekankan teknik manajemen marah dengan teknik relaksasi dan tarik nafas dalam, sehingga lebih mudah untuk dipahami oleh siswa dan terlatih menggunakannya seperti yang telah diajarkan.

Selama intervensi manajemen marah diberikan kepada kelompok intervensi tampak adanya kerjasama yang baik, hal ini dapat terlihat dari upaya siswa untuk mengerjakan PR pada buku kerjanya dengan baik sehingga terdokumentasi dengan baik. Siswa juga

langsung tanggap bila peneliti datang berkunjung ke sekolah, siswa tampak semangat dan antusias dalam bertanya untuk pelaksanaan intervensi selanjutnya. Selama intervensi dilakukan hanya ada 10 orang yang drop out disebabkan tidak masuk sekolah disebabkan sesuatu hal. Sehingga jumlah siswa yang mengikuti intervensi dalam penelitian ini sebanyak 46 orang.

Setelah sesi 5 dilaksanakan, maka dilanjutkan dengan kegiatan post test pada siswa yang termasuk kelompok intervensi untuk mengetahui kondisi akhir kemampuan siswa dalam mengontrol perilaku kekerasan melalui respon kognitif, emosi, dan perilaku sosialnya. Sedangkan kegiatan post test pada kelompok kontrol dilakukan setelah dilakukan post test pada kelompok intervensi.

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini terdiri dari karakteristik dan kemampuan mengelola kemarahan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi.

5.2.1 Karakteristik siswa dengan perilaku kekerasan

Pada bagian ini akan dijelaskan analisis karakteristik siswa dengan perilaku kekerasan dan analisis kesetaraan karakteristik siswa. Karakteristik siswa yang dilihat adalah: umur, jenis kelamin, kelas, riwayat perilaku kekerasan (pelaku, korban dan saksi dari perilaku kekerasan)

Analisis karakteristik siswa dibagi menurut jenis data, yaitu data numerik dan kategorik. Data numerik adalah usia siswa dan dianalisis dengan menggunakan statistik central tendensi yaitu mean, median dan standar deviasi. Sedangkan data kategorik terdiri dari jenis kelamin, kelas dan riwayat perilaku kekerasan. Hasil

analisis menggambarkan distribusi frekuensi siswa pada kelompok anger mangement dan kelompok yang tidak mendapatkan manajemen marah.

Sedangkan kesetaraan karakteristik antara kelompok yang mendapatkan manajemen marah dan kelompok yang tidak mendapatkan manajemen marah dianailis dengan uji *T Independent* untuk data numerik dan uji chi square untuk data kategorik. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kedua kelompok, dengan kata lain kedua kelompok sama dan homogen.

5.2.1.1 Karakteristik Usia

Karakteristik usia siswa dengan Perilaku kekerasan merupakan variabel numerik dianalisis dengan menggunakan *central tendensi* guna mendapatkan nilai mean, median dan standar deviasi. Sementara untuk menganalisis kesetaraan karateristik berdasarkan usia pada kelompok yang mendapatkan anger mangement dengan kelompok yang tidak mendapatkan anger mangement dilakukan dengan uji T independet. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.1

Tabel 5.1
Analisa usia siswa pada kelompok yang mendapatkan manajemen marah dan kelompok kontrol di SMK Negeri 1 Bukittinggi tahun 2015
 (n = 92)

Variabel	Jenis kelompok	n	Mean	Median	SD	Min – maks	P value
Usia	Intervensi	46	16,28	16,00	1,068	15 – 18	0,301
	Kontrol	46	16,04	16,00	1,134	15 – 19	
	Total	92	16,16	16,00	1,101		

Hasil analisis usia siswa dengan perilaku kekerasan pada tabel 5.1 menjelaskan bahwa dari 92 orang siswa dalam penelitian ini, rata-rata berusia 16 Tahun dengan usia termuda 15 tahun dan usia tertua adalah 19 tahun. Uji statistik kesetaraan karakteristik berdasarkan usia pada tabel 5.1 menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata usia siswa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu dengan *p value* 0,301 > 0,05. Ini berarti rata-rata usia siswa pada kedua kelompok adalah homogen.

5.2.1.2 Karakteristik klien berdasarkan jenis kelamin, tingkatan kelas, riwayat sebagai pelaku, korban dan sering terpapar peristiwa kekerasan.

Karakteristik siswa berdasarkan jenis kelamin, kelas dan riwayat perilaku kekerasan yang merupakan data kategorik dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi sedangkan uji kesetaraan siswa berdasarkan jenis kelamin, kelas dan riwayat perilaku kekerasan dengan menggunakan uji *chi square*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.2

Berdasarkan uraian hasil analisis karakteristik pada tabel 5.2 dapat diketahui bahwa karakteristik siswa dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki 89 orang (96,7%) sebagian besar berada dikelas 2 (47,8%)

Tabel 5.2
Distribusi siswa berdasarkan karakteristik di SMK Negeri 1 Bukittinggi tahun 2015 (n=92)

No	Karakteristik	Kelompok intervensi (n=46)		Kelompok kontrol (n=46)		Jumlah (n=92)		p
		n	%	n	%	n	%	
1	Jenis kelamin							
	a. Laki-laki	45	97,8%	44	95,7%	89	96,7%	1,000
	b. Perempuan	1	2,2%	2	4,3%	3	3,3%	

2	Kelas siswa							
	a. Kelas 1	15	32,6%	19	41,3%	34	37,0%	
	b. Kelas 2	22	47,8%	17	37,0%	39	42,4%	0,56
	c. Kelas 3	9	19,6%	10	21,7%	19	20,0%	
3	Riwayat pelaku kekerasan							
	a. Pelaku (YA)	23	50,0%	16	34,8%	39	42,4%	0,20
	b. Tidak	23	50,0%	30	65,2%	53	57,6%	
4	Riwayat korban kekerasan							
	a. Korban (YA)	21	45,7%	21	45,7%	42	45,7%	1,00
	b. Tidak	25	54,3%	25	54,3%	50	54,3%	
5	Riwayat saksi kekerasan							
	a. Saksi (YA)	25	54,3%	31	67,4%	56	60,9%	0,28
	b. Tidak	21	45,7%	15	32,6%	36	39,1%	

Hasil uji analisis jenis kelamin siswa adalah laki-laki 96,7% (89 orang), untuk tingkatan kelas siswa yang paling banyak adalah (kelas 2) sebesar 42,4% (39 orang) sedangkan riwayat perilaku kekerasan pada siswa yang paling banyak adalah sebagai saksi sebanyak 60,9% (56 orang), riwayat korban kekerasan 45,7% (42 orang) dan sebagai pelaku kekerasan sebanyak 42,4% (39 orang).

Pada tabel 5.2 menjelaskan hasil uji statistik kesetaraan karakteristik berdasarkan jenis kelamin, kelas siswa, riwayat sebagai pelaku kekerasan, riwayat sebagai korban kekerasan dan riwayat sebagai saksi kekerasan didapatkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, ini berarti kedua kelompok memiliki varian yang sama atau homogen ($p \text{ value} = 0,05$).

5.2.2 Respon kemampuan perilaku kekerasan

Pada bagian ini akan dipaparkan distribusi rata-rata respon-respon kemampuan kemarahan siswa sebelum dilakukan manajemen marah, kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, perbedaan antara sebelum dengan setelah dilakukan manajemen marah dan perbedaan rata-rata selisih kemampuan dari kemarahan siswa

sebelum dengan setelah dilakukan manajemen marah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.2.2.1 Respon kemampuan perilaku kekerasan

Pada bagian ini akan dijelaskan analisis respon-respon kemampuan kemarahan siswa yang terdiri dari: *anger ini*, *anger out* dan *anger kontrol* sebelum dilakukan Latihan Manajemen Marah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kesetaraan respon kemarahan dianalisis dengan uji *Independent Sample T-Test* dengan hasil uji analisis terangkum pada tabel 5.3

Tabel 5.3
Analisis Kemampuan mengelola Kemarahan Siswa Sebelum Dilakukan Latihan Manajemen Marah di SMK Negeri 1 Bukittinggi tahun 2015
 (n=92)

Respon kemarahan	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – max	P value
Anger in	1. Intervensi	46	13,81	2,06	0,304	10,46-17,43	0,022
	2. Kontrol	46	12,92	1,55	0,229	9,76-16,03	
	Total	92	13,36	1,80	0,266		
Anger out	1. Intervensi	46	10,89	1,56	0,229	7,90-14,54	0,001
	2. Kontrol	46	9,79	1,49	0,220	6,96-14,23	
	Total	92	10,34	1,52	0,224		
Anger Kontrol	1. Intervensi	46	12,86	1,23	0,181	10,04-14,75	0,000
	2. Kontrol	46	11,62	1,21	0,179	9,10-14,44	
	Total	92	12,24	1,22	0,180		

Berdasarkan kuisisioner pada penelitian ini, rentang kemampuan *anger in* adalah minimal < 14,59 (rendah), 14,59 – 20,91 (sedang) dan >20,91 adalah tinggi. Dalam penelitian ini pada kelompok intervensi sebelum dilakukan Manajemen Marah dengan nilai rata-rata 13,81 hal ini menunjukkan masih dalam kategori kemampuan yang rendah

Berdasarkan kuisisioner pada penelitian ini, rentang kemampuan *anger out* adalah minimal < 12,47 (rendah), 12,47– 18,97 (sedang) dan >18,97 adalah tinggi. Dalam penelitian ini pada kelompok intervensi sebelum dilakukan Manajemen Marah dengan

nilai rata-rata anger out adalah 10,89 hal ini menunjukkan masih dalam kategori kemampuan yang rendah

Berdasarkan kuisisioner pada penelitian ini, rentang respon *anger control* adalah minimal $< 11,85$ (rendah), $11,85- 18,83$ (sedang) dan $>18,83$ adalah tinggi. Dalam penelitian ini pada kelompok intervensi sebelum dilakukan Manajemen Marah dengan nilai rata-rata anger out adalah 12,86 hal ini menunjukkan masih dalam kategori kemampuan yang sedang. Berarti sebelum dilakukan Manajemen Marah kelompok intervensi sudah memiliki anger control yang cukup baik.

Berdasarkan tabel 5.3 diatas hasil uji statistik terhadap kesetaraan respon-respon kemampuan perilaku kekerasan pada siswa sebelum dilakukan manajemen marah antara kelompok yang mendapatkan latihan manajemen marah dan kelompok yang tidak mendapatkan latihan manajemen marah menunjukkan kemampuan *anger in*, *anger out* dan *anger control* ternyata tidak mempunyai kesetaraan yang sama atau homogen ($p \text{ value} < 0,05$)

5.2.2.2 Perbedaan Kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri

1 Bukittinggi sebelum dan sesudah dilakukan manajemen marah

Perubahan respon-respon kemarahan siswa sebelum dan sesudah dilakukan Latihan Manajemen Marah pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dilakukan dengan uji *Dependent T-Test (Paired T Test)* yang hasil analisa disajikan pada tabel 5.4

Tabel 5.4

Analisis Perubahan Kemampuan mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Siswa

**Sebelum dan Sesudah Dilakukan latihan Manajemen marah Pada Kelompok
Intervensi di SMK Negeri 1 Bukittinggi tahun 2015
(n=92)**

Respon kemarahan	Kelompok	n	Mean	SD	SE	P value
INTERVENSI						
Anger in	Sebelum	46	13,81	2,06	0,304	0,879
	Sesudah	46	13,75	1,45	0,214	
	Selisih		0,06	2,69		
Anger out	Sebelum	46	10,89	1,56	0,229	0,017
	Sesudah	46	10,12	1,24	0,183	
	Selisih		0,76	2,09		
Anger Kontrol	Sebelum	46	12,86	1,23	0,181	0,002
	Sesudah	46	12,14	0,78	0,114	
	Selisih		0,72	1,49		
KONTROL						
Anger in	Sebelum	46	12,92	1,56	0,229	0,276
	Sesudah	46	13,26	1,43	0,211	
	Selisih		0,33	2,05		
Anger out	Sebelum	46	9,79	1,49	0,22	0,421
	Sesudah	46	9,66	1,53	0,225	
	Selisih		0,13	1,09		
Anger Kontrol	Sebelum	46	11,62	1,21	0,179	0,751
	Sesudah	46	11,67	1,15	0,169	
	Selisih		0,05	1,02		

Dari tabel 5.4 menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada kelompok yang mendapatkan Latihan Manajemen Marah terdapat perubahan yang bermakna sesudah mendapatkan manajemen marah terhadap respon kemarahan yang dialami. Kemampuan *anger out* terjadi penurunan yang bermakna dengan *p-value* 0,017 < 0,05, Kemampuan *anger control* terjadi peningkatan yang bermakna dengan nilai 0,002 < 0,05. Sedangkan kemampuan *anger in* masih belum menurun dengan nilai 0,879 > 0,05

Berdasarkan hasil uji statistik tersebut maka dapat disimpulkan pada 5% ada perubahan yang bermakna (perubahan yang lebih baik) dari kemampuan kemarahan yang dialami klien yaitu *anger out* dan *anger control*, setelah mendapatkan Latihan Manajemen Marah.

Sedangkan dari tabel 5.5 di atas menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada kelompok kontrol tidak terdapat perubahan yang bermakna pada siswa yang tidak mendapatkan Latihan Manajemen Marah. Kemampuan kemarahan siswa pada *anger in* meningkat menjadi 0,27 0,05, kemampuan *anger out* 0,42 0,05 dan respon *anger kontrol* 0,75 0,05.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas, maka dapat disimpulkan pada 5% tidak ada perubahan yang bermakna terhadap respon kemarahan siswa yang tidak mendapatkan Latihan Manajemen Marah (p value 0,05)

5.2.2.3 Perbedaan kemampuan Kemarahan Setelah Dilakukan Latihan Manajemen Marah Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi karakteristik respon kemarahan siswa dengan masalah perilaku kekerasan sesudah dilakukan latihan manajemen marah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan *Uji Independen Sampel T-Test* dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.5

Tabel 5.5
Analisis kemampuan kemarahan pada siswa setelah dilakukan Latihan Manajemen Marah di SMK Negeri 1 Bukittinggi tahun 2015
 (n=92)

Respon kemarahan	Kelompok	n	Mean	SD	Min – mak	P value
Anger in	1. Intervensi	46	0,06	2,66	11,50-16,73	0,431
	2. Kontrol	46	-0,33	2,05	10,46-15,68	
Anger out	1. Intervensi	46	0,76	2,08	7,59-12,33	0,072
	2. Kontrol	46	0,13	1,09	10,36-13,49	
Anger kontrol	1. Intervensi	46	0,72	1,49	10,36-13,49	0,005
	2. Kontrol	46	-0,04	1,01	9,10-14,75	

Hasil uji analisis diatas memperlihatkan bahwa kemampuan kemarahan (*anger control*) pada siswa yang mendapatkan Latihan Manajemen Marah lebih baik secara bermakna pada siswa dibandingkan dengan siswa yang tidak mendapatkan Latihan Manajemen Marah dengan nilai *p value* $0,005 < 0,05$

5.2.2.4 Selisih perubahan kemampuan mengelola kemarahan setelah dilakukan Latihan Manajemen Marah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Perbedaan selisih perubahan rata-rata respon-respon kemarahan antara siswa yang mendapatkan Manajemen Marah dan yang tidak mendapatkan Manajemen marah dianalisis dengan menggunakan *Uji Independent Sampel T-Test* dengan hasil pada tabel 5.6

Tabel 5.6

Analisis Selisih Perubahan kemampuan mengatasi Perilaku kekerasan Pada Siswa Sebelum Dan Sesudah Pelaksanaan Manajemen marah Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di SMK Negeri 1 Bukittinggi

(n=92)

Respon kemarahan	Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	<i>p value</i>
Respon anger in (selisih pre & post)	1. Intervensi	46	0,0607	2,686	0,396	0,791	0,431
	2. Kontrol	46	0,3335	2,049	0,302		
Respon anger out (selisih pre & post)	1. Intervensi	46	0,7626	2,088	0,308	1,818	0,073
	2. Kontrol	46	0,1309	1,091	0,161		
Respon anger kontrol (selisih pre & post)	1. Intervensi	46	0,717	1,497	0,221	2,866	0,005
	2. Kontrol	46					

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui selisih perubahan kemampuan mengelola kemarahan *anger in* antara yang mendapat manajemen marah dan tidak mendapat manajemen marah tidak ada perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,431 > 0,05$)

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui selisih perubahan kemampuan mengelola kemarahan *anger out* antara yang mendapat manajemen marah dan tidak mendapat manajemen marah tidak ada perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,073 > 0,05$)

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui selisih perubahan kemampuan mengelola kemarahan *anger control* antara yang mendapat manajemen marah dan tidak mendapat manajemen marah ada perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,005 < 0,05$)

Berdasarkan hasil-hasil analisis diatas maka dapat diketahui bahwa ada perbedaan yang bermakna ($P \text{-value} < 0,05$) pada selisih perubahan kemampuan mengelola Kemarahan antara yang mendapat Manajemen Marah dan yang tidak mendapat Manajemen Marah kecuali pada kemampuan mengelola *Anger In* dan *Anger Out* dengan $P\text{-value} > 0,05$

5.2.3 Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap respon perilaku kekerasan pada siswa siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi.

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perubahan respon perilaku kekerasan pada siswa yang mengalami masalah kemarahan dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap respon-respon kemarahan setelah dilakukan manajemen marah pada kelompok intervensi. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap respon-respon kemarahan siswa dianalisis menggunakan uji korelasi regresi linear yang dapat dilihat pada tabel-tabel berikut :

Hasil analisis dapat diketahui bahwa manajemen marah memiliki hubungan yang sedang dengan nilai r sebesar 0,330. Adapun peluang untuk memperbaiki respon

anger in dari perilaku kekerasan dengan memberikan manajemen marah adalah sebesar 10,9% ($R^2=0,109$), dapat dilihat dari tabel 5.7

Tabel 5.7
Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Respon Kemarahan Anger In Pada Siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015
 (n = 46)

Karakteristik	Respon Kemarahan			
	B	SE	p	R ²
(Constant)	6,211	7,743	0,427	0,109
1. <i>Anger manajemen</i>	0,092	0,181	0,084	0,614
2. Umur	0,664	0,536	0,490	0,223
3. Jenis kelamin	71,367	1,604	-0,139	0,399
4. Kelas	-0,614	0,800	-0,304	0,448
5. Pelaku	-0,422	0,476	-0,174	0,381
6. Korban	-0,610	0,494	-0,212	0,225
7. Saksi	-0,094	0,484	-0,033	0,847

Dari regresi linear ganda variabel yang mempunyai *P-value* <0,25, seperti umur, dan riwayat sebagai korban akan dimasukkan kedalam pemodelan sehingga pemodelan seperti tabel 5.8

Tabel 5.8
Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap respon Anger In perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

(n=46)

Karakteristik	Respon Kemarahan			
	B	SE	p	R ²
(Constant)	10,411	3,497		0,005
1. Umur	0,242	0,204	0,178	0,242
2. Korban	1,083	0,397	0,364	0,378
				0,058

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa karakteristik umur dan riwayat sebagai koban kekerasan tidak berhubungan dengan respon anger in pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi.

Sedangkan Hasil analisis dari tabel 5.9 diatas dapat diketahui bahwa manajemen marah memiliki hubungan yang sedang dengan nilai r sebesar 0,331. Adapun peluang untuk memperbaiki respon *anger out* dari perilaku kekerasan dengan memberikan manajemen marah adalah sebesar 10,9% ($R^2=0,109$), dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut

Tabel 5.9

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Respon Kemarahan Anger out Pada Siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

(n = 46)

Karakteristik	Respon Kemarahan			
	B	SE	p	R ²
(Constant)	7,592	6,650		0,261
1. <i>Manajemen marah</i>	0,209	0,156	0,222	0,188
2. Umur	-0,132	0,460	-0,113	0,777
3. Jenis kelamin	0,868	1,378	0,103	0,532
4. Kelas	0,436	0,687	0,252	0,530
5. Pelaku	0,419	0,409	0,170	0,312
6. Korban	0,186	0,424	0,075	0,664

7. Saksi	-0,110	0,415	-0,045	0,792
----------	--------	-------	--------	-------

Dari regresi linear ganda variabel yang mempunyai *P-value* <0,25, seperti program *Manajemen Marah* akan dimasukkan kedalam pemodelan sehingga pemodelan seperti tabel 5.11

Tabel 5.10

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap respon *Anger out* perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

(n=46)

Karakteristik	Respon Kemarahan				
	B	SE	p	R ²	
(Constant)	8,016	1,485		0,000	
1. Manajemen marah	0,198	0,139	0,211	0,160	0,044

Bedasarkan tabel 5,10 dapat diketahui bahwa *manajemen marah* tidak mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap respon *anger out*.

Tabel 5.11

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Respon Kemarahan Anger Control Pada Siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

(n = 46)

Karakteristik	Respon Kemarahan				
	B	SE	p	R ²	
(Constant)	13,320	4,103		0,002	0,136
1. Anger manajemen	0,006	0,096	0,010	0,953	
2. Umur	-0,020	0,284	-0,027	0,945	
3. Jenis kelamin	0,535	0,850	0,101	0,533	
4. Kelas	-0,104	0,424	-0,096	0,808	
5. Pelaku	-0,070	0,252	-0,045	0,783	
6. Korban	-0,563	0,262	-0,364	0,038	

7. Saksi	-0,202	0,256	-0,130	0,436
----------	--------	-------	--------	-------

Hasil analisis dari tabel 5.11 dapat diketahui bahwa manajemen marah memiliki hubungan yang sedang dengan nilai r sebesar 0,369. Adapun peluang untuk memperbaiki respon *anger control* dari perilaku kekerasan dengan memberikan *Manajemen marah* adalah sebesar 13,6% ($R^2=0,136$), dapat dilihat dari tabel

Dari regresi linear ganda variabel yang mempunyai *P-value* $<0,25$, seperti program riwayat sebagai korban akan dimasukkan kedalam pemodelan sehingga pemodelan seperti tabel 5.12

Tabel 5.12

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap respon Anger Control perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi Tahun 2015

(n=46)

Karakteristik	Respon Kemarahan			
	B	SE	p	R ²
(Constant)	12,882	0,36	0,000	
1. Korban	-0,478	0,222	-0,309	0,037

Berdasarkan tabel 5.12 dapat diketahui bahwa riwayat sebagai korban tidak mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap respon *anger control* dengan *p-value* $>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa karakteristik siswa sebagai korban perilaku kekerasan tidak berkontribusi dalam menentukan terhadap respon kemarahan yaitu *anger control*.

Berdasarkan hasil analisis tabel-tabel diatas dapat disimpulkan bahwa *Manajemen marah* mempunyai hubungan yang sedang untuk respon *anger in*, *anger out* dan *anger control*. Namun tidak ada hubungan karakteristik siswa dengan *Manajemen marah* (*p Value* 0,05), hal ini dapat disebabkan karena dipengaruhi oleh faktor lain.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini akan memaparkan tentang pembahasan hasil penelitian, keterbatasan penelitian baik dari aspek metodologi maupun proses pelaksanaan dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan dan penelitian berikutnya.

6.1 Pengaruh manajemen marah terhadap perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi.

Pengaruh manajemen marah terhadap respon emosi dan kemampuan pengelolaan marah seperti *anger in*, *anger out* dan *anger control* akan diuraikan terhadap masing-masing respon tersebut.

6.1.1 Pengaruh manajemen marah terhadap kemampuan *anger in* pada siswa SMK

Negeri 1 Bukittinggi

Berdasarkan hasil penelitian ini, rentang kemampuan *anger in* adalah minimal $< 14,59$ (rendah), $14,59 - 20,91$ (sedang) dan $>20,91$ adalah tinggi. Dalam penelitian ini pada kelompok intervensi sebelum dilakukan manajemen marah dengan nilai rata-rata 13,81 hal ini menunjukkan masih dalam kategori kemampuan yang rendah. Pada siswa yang mendapatkan manajemen marah ditemukan tidak terdapat hubungan secara bermakna, namun terdapat penurunan hasil ukur. Hal ini berarti mulai terjadi penurunan kemampuan secara *anger in* terhadap perilaku kekerasan yang dialami oleh siswa. Sedangkan berdasarkan uji selisih diketahui selisih perubahan kemampuan mengelola kemarahan *anger in* antara yang mendapat manajemen marah dan tidak mendapat manajemen marah tidak ada perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,431 > 0,05$).

Hasil penelitian Darmiany (2014) menyatakan bahwa perlunya pelatihan mengelola marah untuk menurunkan perilaku agresi siswa. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa dorongan marah yang sering dialami oleh siswa adalah sangat sering dengan presentase 65,6%. Pemberian program manajemen marah ini dapat berpengaruh terhadap respon kemarahan yang dialami siswa walaupun secara signifikan belum terlihat. Namun dari beberapa penelitian menjelaskan bahwa proses perubahan kognitif yang merupakan elemen penting dalam pengelolaan marah dan berpengaruh terhadap perubahan perilaku belum sepenuhnya dikuasai oleh siswa. Berdasarkan hasil literatur lainnya bahwa perasaan marah itu harus dilawan dengan cara berfikir yang rasional dan logis, yang dapat diterima menurut akal sehat, serta menggunakan cara komunikasi yang rasional (Faizmh, 2009).

Sedangkan pada siswa yang tidak mendapatkan program manajemen marah tidak ditemukan perubahan yang bermakna pada respon anger in. hal ini disebabkan karena siswa belum mengetahui atau menyadari tentang marah dan pengelolaan marah yang dialami. Kellner (1999) menjelaskan remaja sekolah yang tidak mendapatkan program pengelolaan marah sulit untuk merubah kebiasaan dan perilakunya yang negatif. Hal ini disebabkan dalam kegiatan manajemen marah diberikan informasi tentang marah dan bagaimana berperilaku ketika dalam kondisi marah. Dalam program manajemen marah diajarkan tentang teknik dan strategi mengelola marah. Dengan demikian siswa yang mendapatkan program manajemen marah telah mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan pengelolaan marah, namun belum mampu mengelola dan bagaimana menyalurkan amarah dengan baik. Stuart (2009) menyebutkan bahwa pengetahuan dan

intelegensi adalah sumber coping yang menuntun individu untuk melihat cara lain dalam menghadapi tekanan yang bisa membuat marah.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemberian program manajemen marah pada siswa belum dapat menurunkan nilai kemarahan secara bermakna, namun telah terjadi penurunan secara statistik pada kelompok yang mendapat intervensi sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan program manajemen marah tidak ada perubahan respon kemarahan siswa. Peterson, 1999 dalam Laela (2010) menyatakan bahwa amarah merupakan faktor predisposisi dari perilaku agresif, dan amarah itu paralel dengan dorongan agresi. Sehingga intervensi terhadap marah perlu dilakukan sebagai sarana mengurangi dampak perilaku marah tersebut.

6.1.2 Pengaruh manajemen marah terhadap kemampuan *anger out* pada siswa SMK

Negeri 1 Bukittinggi

Berdasarkan hasil penelitian ini, rentang kemampuan *anger out* adalah minimal < 12,47 (rendah), 12,47– 18,97 (sedang) dan >18,97 adalah tinggi. Dalam penelitian ini pada kelompok intervensi sebelum dilakukan Manajemen Marah dengan nilai rata-rata *anger out* adalah 10,89 hal ini menunjukkan masih dalam kategori kemampuan yang rendah. Sedangkan berdasarkan uji selisih di dapatkan selisih perubahan kemampuan mengelola kemarahan *anger out* antara yang mendapat manajemen marah dan tidak mendapat manajemen marah tidak ada perbedaan yang bermakna ($p\ value = 0,073 = 0.05$)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada siswa menunjukkan bahwa terdapat perbedaan penurunan respon emosi marah secara bermakna antara kelompok yang mendapatkan program manajemen marah dan yang tidak mendapatkan manajemen

marah. Hal ini dikarenakan bahwa program manajemen marah ini memberikan kesempatan pada siswa untuk mengenali perasaan-perasaan yang disebabkan karena adanya pikiran yang negatif terhadap setiap kejadian atau peristiwa yang membuat siswa berperilaku kekerasan sehingga dapat menimbulkan perilaku yang maladaptif. Perubahan yang terjadi menunjukkan bahwa program manajemen marah bermanfaat secara praktis untuk membantu siswa memberdayakan dirinya dalam mengendalikan perilakunya, mengingat bahwa perilaku kekerasan merupakan masalah perilaku yang kompleks dengan banyak faktor yang mempengaruhinya (Currie, 2004)

Program manajemen marah dinilai efektif untuk mengurangi agresifitas, baik sebagai pencegahan maupun penanganan yaitu dengan menggunakan pendekatan kognitif-perlakuan, Kellner (1999). Program manajemen marah tidak hanya fokus pada aspek kognitif saja, namun juga memperhitungkan fungsi individu pada aspek afektif dan perilaku. Dimana perubahan dari salah satu aspek akan diikuti oleh perubahan pada aspek lainnya (Martin, 2005 dalam Laela, 2010)

Perilaku kekerasan yang muncul sangat berhubungan dengan perasaan marah yang dialami seseorang sehingga dampak marah keluar sangat bergantung dengan kemampuan dalam mengelola marah tersebut. Wilkowski & Robinson (2008) menyatakan bahwa amarah merupakan kondisi perasaan internal yang secara khusus berkaitan dengan meningkatkan dorongan untuk menyakiti orang lain. Menurut teori *anger mangement* dikembangkan program pengelolaan marah untuk meningkatkan kemampuan remaja mengendalikan diri melalui proses kognitif sehingga diharapkan kecendrungan marah dan perilaku kekerasan yang muncul dapat dikurangi

.

Keterampilan dalam manajemen marah sangat penting dalam mengantisipasi atau mengurangi terjadinya perilaku kekerasan atau perilaku agresi pada remaja seperti mengejek, memukul, berkelahi dan sebagainya, juga berpengaruh pada perkembangan pribadi individu. Individu yang memiliki kecerdasan interpersonal yang baik cenderung diterima oleh lingkungan, dapat mengekspresikan dirinya secara baik dan merasa puas dalam kehidupannya (darmainy, 2014)

Kurangnya kemampuan mengenali emosi marah, dapat menyebabkan individu tidak mampu mengendalikan emosinya serta bereaksi secara tidak sesuai dan berlebihan. Kekurangmampuan dalam mengenali emosi marah juga berdampak pada kebingungan dalam mengenali secara pasti emosi yang sedang dialaminya, sehingga seringkali bereaksi secara tidak tepat terhadap situasi emosional (Goleman, 1977)

Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan manajemen marah pada penelitian ini tidak mengalami penurunan anger out secara bermakna. Ini disebabkan karena siswa belum mampu mengidentifikasi perasaan marah dan perilaku marah terhadap situasi atau kejadian yang dialami dalam kehidupannya. Sehingga ketika bertemu dengan peristiwa yang sama maka emosi siswa akan tetap sama. Dengan demikian perilaku marah anger out tidak dapat dirubah dan mempengaruhi emosi yang menyebabkan perilaku kekerasan akan terjadi berulang. Secara teoritis seringkali remaja mengalami emosi negatif, cemas dan lain-lain, karena remaja berada pada usia transisi dari kanak-kanak menuju remaja terjadi krisis identitas, sehingga seringkali menimbulkan berbagai macam masalah (Hurlock, 1986 dalam Darmiany, 2014).

Hasil analisis terhadap respon anger out setelah diberikan manajemen marah pada kelompok yang mendapatkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan menunjukkan perbedaan yang bermakna dimana pada kelompok yang mendapatkan manajemen marah memperlihatkan terjadinya penurunan respon emosi anger out secara bermakna. Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat manajemen marah tidak terjadi penurunan yang tidak bermakna.

6.1.3 Pengaruh manajemen marah terhadap kemampuan *anger control* pada siswa

SMK Negeri 1 Bukittinggi

Berdasarkan hasil penelitian ini, rentang kemampuan *anger control* adalah minimal < 11,85 (rendah), 11,85– 18,83 (sedang) dan >18,83 adalah tinggi. Dalam penelitian ini pada kelompok intervensi sebelum dilakukan Manajemen Marah dengan nilai rata-rata anger out adalah 12,86 hal ini menunjukkan masih dalam kategori kemampuan yang sedang. Berarti sebelum dilakukan Manajemen Marah kelompok intervensi sudah memiliki kemampuan anger control yang cukup baik. Sedangkan berdasarkan uji selisih diketahui selisih perubahan kemampuan mengelola kemampuan *anger control* antara yang mendapat manajemen marah dan tidak mendapat manajemen marah ada perbedaan yang bermakna ($p\ value = 0,005 = 0,05$)

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap siswa memperlihatkan adanya peningkatan secara bermakna pada respon anger control. Peningkatan ini terjadi secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan manajemen marah. Ini berarti bahwa manajemen marah memberikan pengaruh yang bermakna terhadap anger control pada siswa dengan perilaku kekerasan.

Hal ini berarti Manajemen marah berpengaruh secara bermakna dalam meningkatkan respon *anger control* pada siswa dengan masalah perilaku kekerasan yang sangat berdampak terhadap interaksi social individu. Menurut Boyd dan Nihart (1998) tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial akan ditemukan penurunan interaksi sosial. Menurut Beck, emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Pengalaman marah dapat mengganggu hubungan interpersonal. Dengan diberikan Manajemen marah, individu akan belajar untuk berpikir secara rasional dan berperilaku yang adaptif sehingga hubungan interpersonalnya dengan orang lain meningkat

Seseorang yang dapat mengendalikan amarah tidak membiarkan dirinya dikuasai oleh amarah. Individu dapat mengatur emosinya dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi (Goleman, 1997). Kemarahan yang tidak terkendali dapat menimbulkan perilaku-perilaku yang agresif baik secara verbal maupun non verbal. Hal ini tentunya dapat merusak relasi dengan orang lain dan merugikan diri sendiri.

Berdasarkan literatur (Darmiany, 2014) program manajemen marah dapat menurunkan perilaku agresif remaja sehingga 97,95% remaja menyatakan bahwa pentingnya manajemen marah dengan alasan siswa merasa sangat kurang memiliki keterampilan mengelola marah sehingga sering menimbulkan masalah dengan orang lain dan juga proses belajar menjadi terganggu.

Manajemen marah dapat efektif menurunkan perilaku kekerasan siswa walaupun dalam waktu singkat. Mengubah perilaku dapat dilakukan dengan strategi (WHO, dalam Notoadmojo, 2003) yaitu menggunakan kekuasaan/ kekuatan/ dorongan,

pemberian informasi, diskusi partisipan. Walaupun belum secara keseluruhan dari siswa mengalami perubahan perilaku untuk mengendalikan emosi marah, hal ini bisa di berikan kesempatan dan motivasi kepada siswa untuk melaksanakan latihan yang diberikan sehingga membudaya dalam diri siswa, karena perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu kebutuhan, motivasi, sikap dan kepercayaan (Sunaryo, 2004)

Respon *anger control* seseorang sebagian besar disebabkan oleh evaluasi, interpretasi, dan filosofi yang disadari maupun tidak disadari. Hambatan psikologis atau emosional tersebut merupakan akibat dari cara berpikir yang tidak logis dan irrasional, dimana emosi yang menyertai individu dalam berpikir penuh dengan prasangka, sangat personal, dan irrasional. Teori *Manajemen marah* menegaskan bahwa keyakinan yang tidak rasional akan membawa individu pada emosi dan perilaku negatif yang tidak sehat seperti perilaku amuk (agresif) dan rasa bersalah (Jensen, 2008). *Manajemen marah* baik diberikan pada individu PK karena di dalam konsep *Manajemen marah* menjelaskan pada individu cara berpikir rasional, mengubah emosi yang mengganggu dan mengendalikan emosi sehingga individu dapat menyelesaikan masalah.

Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan manajemen marah tidak terjadi peningkatan kemampuan respon anger control. Hal ini disebabkan karena ketidaktahuan dan ketidakmampuan siswa dalam mengontrol marah saat dalam situasi dan kondisi yang bisa membuat marah. Keterampilan manajemen marah sangat penting dalam mengantisipasi atau mengurangi terjadinya perilaku kekerasan dan agresif pada remaja, sehingga remaja yang memiliki kemampuan kelola marah cenderung diterima dilingkungan dan dapat mengekspresikan dirinya sendiri dengan cara menghasilkan sesuatu yang positif

6.2 Faktor-faktor yang berhubungan dengan respon perilaku kekerasan

Hasil penelitian ini menunjukkan beberapa faktor yang berhubungan atau tidak berhubungan secara bermakna dengan respon perilaku kekerasan pada siswa SMK. Pembahasan selengkapnya terurai sebagai berikut :

6.2.1 Hubungan usia dengan perilaku kekerasan pada siswa SMK

Berdasarkan hasil penelitian usia tidak ada hubungan yang bermakna dengan respon perilaku kekerasan. Hal ini berarti perubahan usia pada siswa SMK tidak diikuti oleh perubahan respon perilaku kekerasan. Baik untuk respon emosi anger in, anger out dan anger control.

Menurut Stuart & Laraia (2005) menjelaskan bahwa karakteristik yang termasuk pada umur, jenis kelamin, pendidikan, peran sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan individu, riwayat kesehatan dimasa lalu merupakan faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan pada individu.

Dalam penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan antara usia dengan respon perilaku kekerasan ini disebabkan karena peneliti hanya melihat usia dari masing-masing secara keseluruhan pada kelompok intervensi dan kontrol.

6.2.2 Hubungan dengan jenis kelamin siswa dengan perilaku kekerasan

Berdasarkan hasil penelitian ini terlihat bahwa jenis kelamin tidak ada hubungan yang bermakna dengan respon perilaku kekerasan pada pelaksanaan manajemen marah. Ini berarti jenis kelamin antara pria dan jenis kelamin wanita tidak mempengaruhi respon perilaku kekerasan. Baik dari respon emosi anger in, anger out dan anger kontrol.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa karakteristik jenis kelamin berhubungan dengan kejadian perilaku kekerasan verbal dan pelaku dari jenis kelamin laki-laki lebih dominan dibandingkan dari jenis kelamin perempuan (Putri, 2010). Namun dalam penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin disebabkan karena peneliti melihat hubungan dari masing-masing respon emosi anger ini, anger out dan anger control. Sedangkan penelitian sebelumnya hubungan dikaitkan pada respon afektif, perilaku, sosial dan fisiologis secara keseluruhan

6.2.3 Hubungan dengan pendidikan (kelas) siswa dengan respon perilaku kekerasan

Pada penelitian ini pendidikan lebih di fokuskan terhadap tingkatan kelas, berdasarkan hasil penelitian tingkatan kelas dari siswa SMK tidak ada hubungan yang bermakna dengan respon perilaku kekerasan. Ini berarti tingkatan kelas seseorang tidak mempengaruhi terjadinya perubahan pada respon perilaku kekerasan. Baik respon emosi anger in, anger out dan anger control.

Hasil penelitian terdahulu diterdahulu oleh keliat (2003) menyebutkan karakteristik pendidikan, status perkawinan dan pekerjaan mempengaruhi dalam kejadian perilaku kekerasan, dimana sebagian besar pendidikan menengah dan rendah, tidak bekerja, tidak kawin dan riwayat dirawat untuk pertama kali di rumah sakit.

Namun dalam penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan antara tingkatan kelas dengan respon perilaku kekerasan dikarenakan peneliti hanya melihat hubungan dari masing-masing respon emosi anger ini, anger out dan anger control. Sedangkan pada

peneliti sebelumnya hubungan tersebut lebih dikaitkan dengan perilaku kekerasan secara keseluruhan.

6.2.4 Hubungan riwayat perilaku kekerasan siswa SMK sebagai pelaku kekerasan, sebagai korban dan sebagai saksi dalam perilaku kekerasan

Berdasarkan hasil penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna dengan perilaku kekerasan pada siswa SMK Negeri 1 Bukittinggi

Berdasarkan Dyah (2009) menyatakan bahwa frekuensi dirawat menunjukkan seberapa sering individu dengan perilaku kekerasan mengalami kekambuhan terhadap perilaku kekerasan yang muncul. Dalam penelitian ini peneliti hanya melihat hubungan dari masing-masing respon perilaku kekerasan berdasarkan anger in, anger out dan anger control. Dari masing-masing respon kemarahan, terlihat pada riwayat sebagai korban juga tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap respon kemarahan siswa yaitu pada anger kontrol. Sedangkan pada penelitian sebelumnya hubungan tersebut dikaitkan dengan perilaku kekerasan secara keseluruhan. Hal ini juga sesuai dengan hasil yang dikemukakan Fauziah (2009) bahwa berdasarkan literatur dinyatakan bahwa riwayat perilaku kekerasan dimasa lalu sebagai faktor penyebab perilaku kekerasan.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah dalam pengumpulan data peneliti hanya melakukan secara sendiri dan tanpa bantuan dari pihak lain. Dalam penelitian ini untuk mendapatkan responden yang benar-benar melakukan perilaku kekerasan cukup sulit dengan jumlah populasi yang besar, sehingga untuk pemilihan sampel kurang mewakili secara maksimal.

Keterbatasan lain adalah kuisisioner yang digunakan cukup banyak dan cukup butuh waktu untuk memahaminya, sehingga peneliti perlu berulang-ulang menjelaskannya. Kesulitan lainnya yang dirasakan adalah keterbatasan dalam proses pelaksanaan penelitian yang menggunakan ruangan kelas, dimana kelas tersebut adalah untuk proses pembelajaran. Sehingga kadang untuk penelitian tempat yang digunakan berpindah-pindah. Lamanya waktu yang digunakan untuk penelitian ini dirasa kurang karena untuk melihat secara langsung perubahan perilaku dan membudayakan pada siswa ini membutuhkan waktu yang cukup lama.

6.4 Implikasi Hasil Penelitian

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan dan pendidikan keperawatan dan terhadap penelitian berikutnya.

6.4.1 Pelayanan Keperawatan Jiwa

Latihan Manajemen marah adalah salah satu teknik dalam keperawatan jiwa yang efektif untuk membantu individu dengan perilaku kekerasan untuk mengontrol perilaku kekerasannya dengan melatih bagaimana berfikir, berperasaan dan berperilaku sehingga meningkatkan hubungan sosialnya dan mampu menurunkan respon perilaku kekerasan sehingga mampu berperilaku asertif atau berperilaku normal. Latihan manajemen marah dapat diberikan dalam bentuk individu dan kelompok dan dapat juga di berikan kepada individu yang sehat sehingga mampu mencegah perilaku kekerasan dan mampu mengontrol kemarahan dalam situasi yang bisa menyebabkan perilaku kekerasan terjadi. Program ini sangat baik di berikan di

tatanan rumah sakit jiwa, penting diberikan pada tatanan kelompok, keluarga dan komunitas umumnya.

6.4.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah keilmuan tentang aplikasi salah satu bentuk pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa pada kelompok gangguan, resiko dan sehat. Dalam upaya kesehatan jiwa dan dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran keperawatan jiwa khususnya di rumah sakit dan komunitas.

6.4.3 Penelitian berikutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk pelaksanaan penelitian berikutnya tentang pengaruh manajemen marah terhadap perkembangan keperawatan jiwa pada berbagai individu dan kelompok dengan masalah keperawatan yang sama atau berbeda. Dalam upaya pengembangan penelitian selanjutnya di rekomendasikan penelitian manajemen marah di kombinasikan dengan penelitian terapi asertif yang terbukti efektif dalam mengatasi perilaku kekerasan yang terjadi.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat ditarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

7.1 Kesimpulan

- 7.1.1 Karakteristik dari 92 orang siswa yang dilakukan dalam penelitian ini rata-rata berusia 16 tahun dengan usia termuda adalah 15 tahun dan tertua adalah 19 tahun, lebih banyak laki-laki (96,7%) sebagian besar masih berada di kelas 2 (42,4%) dan memiliki riwayat perilaku kekerasan yaitu sebagai pelaku (42,4%), sebagai korban (45,7%) dan sebagai saksi (60,9%)
- 7.1.2 Kemampuan siswa dalam mengontrol perilaku kekerasan diketahui dari kemampuan emosi *anger in*, *anger out* dan *anger control*. Kemampuan tersebut bervariasi dari rendah sampai tinggi.
- 7.1.3 Kemampuan emosi *anger out* dan *anger control* meningkat secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan latihan manajemen marah, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan latihan manajemen marah kemampuan *anger in*, *anger out* dan *anger control* terjadi penurunan.
- 7.1.4 Adanya perbedaan secara bermakna pada kemampuan *anger out* dan *anger control* pada kelompok yang mendapatkan latihan manajemen marah dengan kelompok yang tidak mendapatkan latihan manajemen marah.
- 7.1.5 Adanya pengaruh manajemen marah terhadap kemampuan siswa dalam mengontrol perilaku kekerasan melalui kemampuan *anger in*, *anger out* dan *anger control*. Tidak adanya pengaruh usia, jenis kelamin, tingkatan kelas dan riwayat perilaku kekerasan pelaku, korban dan saksi) dengan kemampuan *anger in*, *anger out* dan *anger control*.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas ada beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan yaitu sebagai berikut :

7.2.1 Aplikasi keperawatan

7.2.1.1 Perawat jiwa di diharapkan mampu menjadikan program kesehatan jiwa sebagai salah satu upaya untuk melatih kemampuan-kemampuan yang telah dipelajari dan dimiliki terutama dalam program Usaha Kesehatan jiwa di Sekolah (UKS) sehingga latihan yang diberikan dapat membudaya bagi masyarakat sekolah terutama dalam hal Manajemen Marah.

7.2.1.2 Perawat jiwa sebaiknya memberikan latihan-latihan lanjutan selain program manajemen marah sehingga kemampuan individu meningkat secara bermakna terutama pada siswa dan masyarakat sekolah pada umumnya dalam bentuk usaha kesehatan jiwa sekolah.

7.2.2 Pengembangan keilmuan

7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan sebaiknya mampu mengembangkan program manajemen marah pada individu dan kelompok serta menjadi salah satu kompetensi yang dikuasai mahasiswa atau lulusan perawat yang melakukan praktek keperawatan jiwa baik di rumah sakit ataupun komunitas.

7.2.2.2 Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan program manajemen marah pada berbagai individu dan kelompok, sehingga menjadi modalitas terapi keperawatan jiwa yang efektif dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa dan meningkatkan derajat kesehatan jiwa dimasyarakat.

7.2.3 Penelitian berikutnya

- 7.2.3.1 Perlunya penelitian lebih lanjut pada individu dengan masalah perilaku kekerasan dengan desain longitudinal untuk mengetahui pencapaian kemampuan dalam mengontrol perilaku setelah dilakukan latihan manajemen marah.
- 7.2.3.2 Perlu dilakukan penelitian tentang efektifitas pelaksanaan manajemen marah terhadap kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dibandingkan dengan pendekatan terapi yang lain.
- 7.2.3.3 Perlu dilakukan penelitian tentang kemampuan perilaku kekerasan dengan berbagai karakteristik lainnya seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, budaya, ras, agama, sosial ekonomi keluarga, geografis dan sebagainya
- 7.2.3.4 Perlu dilakukan penelitian tentang analisis faktor-faktor yang yang mempengaruhi kemampuan perilaku kekerasan, guna melihat faktor-faktor yang dominan berpengaruh terhadap kemampuan perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Nasir, Muhit. (2011) *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa Pengantar Dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika
- Adelman Howard S, Linda (2000) *Promoting Mental Health In Schools In The Midst Of School Reform*. *The Journal Of School Health*; 70,5
- Aziz Alimul H. (2009) *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Barbara Kozier, Erb, Berman, Shirlee (2011) *Fundamentals Of Nursing: Concepts, Prces, And Practice, Edisi 7*, Jakarta: EGC
- Budiarto Eko (2002) *Biostatistika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Brenda E Booth. (2010) *Anger Management For Nurses*. *Journal Of Practical Nursing*: Fall 2010, 60, 3
- Blake Christie S, Hamrin (2007) *Current Approaches To Assessment And Management Of Anger And Aggression In Youth: A Review*. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*; Nov 2007; 2-, 4
- Cashin, Andrew. (2008) *Narrative Therapy: A Psychotherapeutic Approach In The Treatment Of Adolescents With Asperger's Disorder*. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*. Pg 48; 21, 1
- Darmiany, Hari Witono (2014) *Pengembangan Model Pelatihan Kelola Marah (anger management) Untuk Mengurangi Perilaku Agresif Remaja (siswa SMP) Di Mataram*. *Jurnal Ilmiah Widya Pustaka Pendidikan Volume 2 Edisi September-Desember*
- Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi (2013) *Profil Kesehatan Kota Bukittinggi*
- Depkes RI (2005) *Usaha Kesehatan Sekolah*, Juni 6, 2015
<http://www.panduanuks//depkes.pdf>
- Dwyer, kevin p. (2002) *Mental Health In The Schools*. *Journal Of Child And Family Studies*, Vol. 11, no. 1, pp. 101 – 111
- Departemental Advice For School Staff. (2005) *Mental Health And Behaviour In Schools*. Departement For Education

- Dewa Carolyn S, Salinda H, Dianne M, Gail R, Terry K, Shirley E, *Direct And Indirect Time Inputs And Assertive Community Treatment*. Community Mental Health Journal. Pg 17
- Fitria, N. 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP): Untuk 7 Diagnosis Keperawatan Jiwa Berat Bagi Program S-1 Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Friedman, Marlyn M. 1998. *Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktik*. Jakarta. EGC
- Fortinash, Katherin M, Patricia A, Holday Worret. (2003) *Foundations Of Psychiatric Mental Health Nursing, Third Edition*, United States Of America. Mosby
- Goleman, daniel. 1997. *Social Intelligence: The New Science Of Human Relationship*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Hasanah Nur, Yoyon S, Ika H, Sumi L (2008) *Peningkatan Kepercayaan Diri Mahasiswa Melalui Pelatihan Asertivitas*. Juni 6, 2015. <http://www.latihanasertif//psychology.pdf>
- Huraerah Abu, (2006) *Kekerasan Terhadap Anak*. Bandung. Penerbit Nuansa
- Herrero Juan, Estefania, Gonzalo (2006) *The Relationships Of Adolescent School-Related Deviant Behaviour And Victimization With Psychological Distress; Testing A General Mode Of Tehe Mediation Role Of Parents And Teachers Across Groups Of Gender And Age*. Journal Of Adolescence 671-690
- Isaacs Ann. (2005) *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatrik*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Kaplan Harold, Sadock, Grebb (2010) *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis, Jilid Satu*. Tangerang ; Binarupa Aksara Publisher
- Kutash Krista, Albert. (2004) *The Mental Health Needs Of Youth With Emotional And Behavior Disabilities Placed In Special Education Programs In Unban Schools*. Journal Of Child And Family Studies, Vol 13, pp.235-248
- Krupa, Terry, Eastabrook, Shirley, Hern, Louise, Lee, Diane;Et Al. (2005) *How Do People Who Receive Assertive Community Treatment Experience This Service*; 29,1
- Kellner, Millicent H, Bry, Brenna H. (1999) *Effects Of Anger Management Groups In A Day School For Emotionally Disturbed Adolescents*. <http://www.angermanagement//psychology.pdf> pg.645
- Levac, Anne Marie, Elizabeth, Merka, Patricia, Dipi, Reddon. (2008) *Exploring Parent Participant In A Parent Training Program For Children's Aggression*:

Understanding And Illuminating Mechanisms Of Change. Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing. Pg 78, 21, 2

Lichtenstein, David P, Rupa P. (2009) *Assessing And Trating Co-Occurring Disorders In Adolescent: Examining Typical Practice Of Community-Based Mental Health And Substance Use Treatment Providers*. Community Ment Health J. 46:252 – 257

Marcus Deborah, Mark M. (2007) *An Anger Management Program For Children With Attention Deficit, Hiperactivity Disorder*. Therapeutic Recreation Journal Vol.41, No 1, 16-28

Mahfuzh Jamaluddin.2005.*Psikologi Anak Dan Remaja Muslim*. Jakarta. Pustaka Al-Kautsar

Miesje M, Nijs, Clothilde, Wanda, Niek, Huibert, Carolien, Marco (2014) *Perceived School Safety Is Strongly Associated With Adolescent Mental Health Problems*. Community Ment Health J, 50:127-134

Moreno Valley College (2013) *Anger Management Training Manual*. Diakses 4 September 2015

NHS Newcastle and north tyneside community health (2010) *anger management course workbook*. Diakses 2 September 2015

Putri, Dewi Eka (2010) *Pengaruh Rational Emotive Behavior Therapy Terhadap Klien Perilaku Kekerasan Diruang Rawat Inap RSMM Bogor*

Poter Patricia, Perry (2009) *Fundamentals Nof Nursing. Buku 1 Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika

Safaria, Triantoro, Nofrans (2012) *Manajemen Emosi Sebuah Panduan Cerdas Bagaimana Mengelola Emosi Positif Dalam Hidup Anda*. Bumi Aksara

Semiun Yustinus. (2006) *Kesehatan Mental: Pandangan Umum Mengenai Penyesuaian Diri Dan Kesehatan Mental Serta Teori-Teori Terkait, edisi 1*.Yogyakarta : Kanisius

Semiun Yustinus. (2006) *Gangguan Mental Yang Sangat Berat, Simtomatologi, Proses Diagnosis Dan Proses Terapi Gangguan-Gangguan Mental, Edisi 3*.Yogyakarta : Kanisius

Siddiqah laela (2010) *Pencegahan Dan Penanganan Perilaku Agresif Remaja Melalui Pengelolaan Marah (Anger Management)*. Jurnal Psikologi Volume 37, no.1, juni 2010. 50 – 64

Sunaryo (2004) *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC

Stuart, G.W. (2012) *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5 Revisi*. Jakarta: EGC

- Stuart & Laraia (2005) *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5*. Jakarta. EGC
- Saam Zulfan, Wahyuni. (2013) *Psikologi Keperawatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Sastroasmoro Sudigdo, Sofyan (2014) *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi Ke-5*. Jakarta: Sagung Seto
- Susan, Choung, Andrew. (2006) *A 3-Year Panel Study Of Mental Disorders Among Adolescents*
In Taiwan. The American Journal Of Psychiatry; 162,7
- Sunardi (2010) *Latihan Asertif*. PLB FIP UPI. Juni 6, 2015. <http://www.latihanassertif/psychology.pdf>
- Surbakti, EB. 2008. *Kenakalan Orang Tua Penyebab Kenakalan Remaja*. Jakarta. PT Alex Media Komputindo
- Stuart, G. W. dan Laraia, M. T., 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 7th edition. St. Louis: Mosby Year Book
- Videbeck, Sheila L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta : EGC
- Yosep, I. 2009. *Keperawatan Jiwa, Edisi Revisi*. Bandung: PT Refika Aditama
- Zappe Carol, Donald Epstein. (1987) *Assertive Training*. Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services; 25,8