



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* TERHADAP  
HALUSINASI PASIEN DI RUMAH SAKIT JIWA PEMPROPSU  
MEDAN**

**TESIS**

**Sri Eka Wahyuni  
0806469754**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY*  
TERHADAP HALUSINASI PASIEN DI RUMAH SAKIT JIWA  
PEMROPSU MEDAN**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister

**Sri Eka Wahyuni**

**0806469754**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI 2010**



## PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber-sumber  
baik yang dikutip maupun dirujuk telah nyatakan  
dengan benar

Nama : Sri Eka Wahyuni

NPM : 08069754

Tanda Tangan :



Tanggal : 30 JUNI 2010

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Sri Eka Wahyuni  
NPM : 0806469754  
Program Studi : Pasca Sarjana  
Judul Tesis : Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy*  
terhadap Halusinasi Pasien di RSJ Pemprosu Medan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc (  )  
Pembimbing : Ir. Yusron M.Kes (  )  
Penguji : Novy Helena C.D. SKp., M.Sc (  )  
Penguji : dr. Albert Maramis SpKJ (  )

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 15 Juli 2010

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul:

### **PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* TERHADAP HALUSINASI PASIEN DI RUMAH SAKIT JIWA PEMPROPSU MEDAN**

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan tim penguji tesis Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 15 Juli 2010

Pembimbing I



**Dr. Budi/Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc.**

Pembimbing II



**Ir. Yusron, M.Kes**

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul **“Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* terhadap Halusinasi Pasien di Rumah Sakit Jiwa Pempropsu Medan“** dengan tepat waktu.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak dan untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc, selaku pembimbing I tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, selalu memberikan masukan serta motivasi selama penyusunan tesis ini.
4. Bpk. Ir. Yusron, M.Kes, selaku pembimbing II tesis, yang telah memberikan arahan, masukan dan bimbingan selama penyusunan tesis.
5. Ibu Hemi Susanti, MN sebagai co-pembimbing yang membimbing penulis, memberi masukan serta motivasi dalam penyusunan tesis ini.
6. Keluarga tercinta yang selalu memberikan motivasi dan dukungan.
7. Rekan-rekan Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa serta semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyusunan tesis.

Kritik, saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan dan semoga tesis ini bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Sri Eka Wahyuni  
NPM : 0806469754  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Jiwa  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy Terhadap Halusinasi Pasien Di RSD Pemropsu Medan

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : Juni 2010  
Yang menyatakan



(Sri Eka Wahyuni)

PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juni 2010

Sri Eka Wahyuni

Pengaruh *cognitive behaviour therapy* terhadap halusinasi pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan

xvi + 147 hal + 24 tabel + 4 skema + 13 lampiran

#### Abstrak

Salah satu cara mengatasi halusinasi adalah dengan pemberian *cognitive behaviour therapy* (CBT). Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh CBT terhadap halusinasi pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan. Desain penelitian *quasi eksperimental* dengan jumlah sampel 56 responden. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan peningkatan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi yang bermakna antara kelompok yang mendapat dan tidak mendapat CBT ( $Pvalue < 0.05$ ). Halusinasi menurun secara bermakna pada kelompok yang mendapat CBT ( $Pvalue < 0.05$ ). Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat CBT halusinasi menurun secara tidak bermakna ( $Pvalue > 0.05$ ). CBT direkomendasikan dilakukan pada pasien halusinasi sebagai tindakan keperawatan spesialis.

Kata kunci: halusinasi, *cognitive behavior therapy*, cara mengontrol halusinasi  
Daftar pustaka 87 (1990-2010)

POST GRADUATE PROGRAM  
FACULTY OF NURSING  
UNIVERSITY OF INDONESIA

Tesis, June 2010

Sri Eka Wahyuni

Effect of cognitive behavior therapy for patients with hallucinations Pempropsu  
Mental Hospital in Medan

xvi + 147 page + 24 tables + 4 scheme + 13 appendixs

#### Abstract

One way of dealing with the provision of hallucination is cognitive behavior therapy (CBT). This study aimed to verify the effect of CBT on patients hallucinations Pempropsu Mental Hospital in Medan. Quasi experimental design with a sample of 56 respondents. The results showed a difference in improving the implementation of a meaningful way of controlling the hallucinations between groups that received and did not receive CBT (p value <0.05). Hallucinations were significantly decreased in the group receiving CBT (p value <0.05). While in the group who did not receive CBT decreased hallucinations was not significant (p value > 0.05). CBT is recommended in patients with hallucinations as a specialist nursing intervention.

Keywords: hallucinations, cognitive behavioral therapy, way of controlling hallucinations.

Bibliography 87 (1990-2010)

## DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	13
1.3 Tujuan Penelitian.....	14
1.4 Manfaat Penelitian.....	15
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Skizofrenia.....	17
2.2 Halusinasi.....	20
2.3 <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	47
<b>BAB 3 : KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	60
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	64
3.3 Hipotesis.....	67
3.4 Defenisi Operasional.....	67
<b>BAB 4 : METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian.....	71
4.2 Populasi dan Sampel.....	72
4.3 Tempat penelitian.....	76
4.4 Waktu Penelitian.....	76
4.5 Etika Penelitian.....	76
4.6 Alat Pengumpul Data.....	78
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	81
4.8 Analisis Data.....	



## BAB 5 : HASIL PENELITIAN

5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian .....	90
5.2 Hasil Penelitian .....	92

## BAB 6 : PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Terhadap Pengetahuan Pasien dalam Mengontrol Halusinasi .....	118
6.2 Pengaruh <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Terhadap Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi .....	124
6.3 Pengaruh <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Terhadap Halusinasi Pasien.....	129
6.4 Hubungan Pengetahuan dan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi dengan Halusinasi .....	132
6.5 Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Halusinasi Pasien, Pengetahuan dan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi .....	135
6.6 Keterbatasan Penelitian .....	141
6.7 Implikasi Hasil Penelitian.....	142

## BAB 7 : SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan .....	144
7.2 Saran .....	145

## DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Proses Pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> ..... 56
Tabel 3.3	Defenisi Operasional Variabel Dependen, Independen & Confounding..... 68
Tabel 4.3	Analisis Data..... 88
Tabel 5.1	Analisis usia pasien pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsi Medan tahun 2010..... 93
Tabel 5.2	Distribusi jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, terapi medis, lama rawat, lama sakit pasien pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsi Medan tahun 2010..... 95
Tabel 5.3	Analisis pengetahuan dalam mengontrol halusinasi sebelum dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsi Medan tahun 2010..... 96
Tabel 5.4	Analisis perbedaan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> pada kelompok yang mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsi Medan tahun 2010..... 98
Tabel 5.5	Analisis perbedaan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> pada kelompok yang tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsi Medan tahun 2010..... 99
Tabel 5.6	Analisis selisih perbedaan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsi Medan tahun 2010..... 100
Tabel 5.7	Analisis perbedaan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi setelah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> antara kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsi Medan tahun 2010..... 101

Tabel 5.8	Analisis pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	102
Tabel 5.9	Analisis perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> pada kelompok yang mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	103
Tabel 5.10	Analisis perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> pada kelompok yang tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	104
Tabel 5.11	Analisis selisih perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	105
Tabel 5.12	Analisis perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> antara kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	106
Tabel 5.13	Analisis halusinasi pasien sebelum dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	107
Tabel 5.14	Analisis perbedaan halusinasi pasien sebelum dan sesudah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	108
Tabel 5.15	Analisis selisih perbedaan halusinasi pasien sebelum dan sesudah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	109
Tabel 5.16	Analisis perbedaan halusinasi pasien setelah dilakukan <i>cognitive behaviour therapy</i> antara kelompok yang mendapat dan tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010.....	110
Tabel 5.17	Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan di RSJ Pempropsu Medan tahun 2010 (1).....	111

Tabel 5.18	Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan di RSJ Pemropsu Medan tahun 2010 (2).....	111
Tabel 5.19	Faktor yang berkontribusi terhadap pelaksanaan cara di RSJ Pemropsu Medan tahun 2010 (1).....	112
Tabel 5.20	Faktor yang berkontribusi terhadap pelaksanaan cara di RSJ Pemropsu Medan tahun 2010 (2).....	113
Tabel 5.21	Faktor yang berkontribusi terhadap halusinasi pasien di RSJ Pemropsu Medan tahun 2010 (1).....	114
Tabel 5.22	Faktor yang berkontribusi terhadap halusinasi pasien di RSJ Pemropsu Medan tahun 2010 (2).....	115
Tabel 5.23	Pengaruh pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi terhadap halusinasi di RSJ Pemropsu Medan tahun 2010.....	116
Tabel 5.24	Faktor yang berkontribusi terhadap perubahan halusinasi pasien di RSJ Pemropsu Medan tahun 2010.....	117

## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	63
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	66
Skema 4.1 Desain Penelitian.....	72
Skema 4.2 Alur Pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	85



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Rencana Waktu Penelitian
Lampiran 2	Kisi-kisi Instrumen
Lampiran 3	Instrumen A
Lampiran 4	Instrumen B
Lampiran 5	<i>Informed Consent</i>
Lampiran 6	Modul <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Halusinasi
Lampiran 7	Proses Pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>
Lampiran 8	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 9	Keterangan Lolos Kaji Etik
Lampiran 10	Keterangan Lolos Uji <i>Expert Validity</i>
Lampiran 11	Keterangan Lolos Uji Kompetensi
Lampiran 12	Surat Ijin Penelitian dari FIK UI
Lampiran 13	Surat Ijin Melakukan Penelitian dari RSJ Pemropsu Medan

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu hal yang paling didamba oleh setiap individu di belahan dunia. Sebab dengan kesehatan, setiap individu dapat hidup secara produktif dan sejahtera sampai akhir hidupnya. Kesehatan tidak hanya meliputi kesehatan fisik tetapi juga kesehatan mental. Hal ini sesuai dengan Undang Undang Kesehatan (2009) yang menyatakan bahwa kesehatan merupakan suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomis. Selain itu WHO (2003) juga menyatakan bahwa kesehatan merupakan suatu keadaan sehat baik secara fisik, mental, sosial dan bukan hanya terbebas dari penyakit dan kelemahan. Pernyataan ini memberi arti bahwa kesehatan jiwa atau mental merupakan bagian penting yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan individu dan juga merupakan bagian integral dari kesehatan.

Kesehatan jiwa bukan hanya berarti terbebas dari gangguan jiwa tetapi kesehatan jiwa diartikan sebagai suatu keadaan sejahtera dimana individu mampu menyadari kemampuan dirinya, mampu mengatasi stress yang biasa terjadi dalam kehidupannya, mampu bekerja secara produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya serta mampu berperan serta dalam komunitasnya (WHO, 2003). Sedangkan pengertian kesehatan jiwa menurut Stuart dan Laraia (2005) adalah suatu keadaan dimana individu mempunyai penilaian positif pada diri sendiri, pertumbuhan, perkembangan dan aktualisasi diri, mempunyai integritas diri, otonomi, persepsi yang realistis dan mampu beradaptasi dengan lingkungannya. Berdasarkan pengertian diatas, kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan yang seimbang yang tercermin dari pikiran, prilaku dan perasaan yang memungkinkan individu untuk hidup bahagia dan sejahtera dalam menjalankan kehidupannya mulai dari bayi sampai akhir hidupnya.

Kesehatan jiwa saat ini perlu menjadi fokus perhatian global. Hal ini dikarenakan banyaknya faktor-faktor yang dapat beresiko mempengaruhi kualitas kesehatan jiwa individu, seperti perkembangan global dunia yang sangat cepat baik informasi maupun teknologi serta masalah-masalah sosial lainnya seperti kemiskinan dan juga tingkat pendidikan yang rendah (WHO, 2001). Apabila individu tidak mampu menyikapi dan beradaptasi dengan baik terhadap perubahan serta kejadian yang terjadi, maka akan meningkatkan resiko terjadinya gangguan jiwa pada individu.

Gangguan jiwa merupakan dampak serius terhadap ketidakmampuan individu berfungsi secara efektif dalam waktu yang cukup lama yang ditandai dengan terjadinya kerusakan proses berpikir, *mood* dan perilaku (*The Canadian Mental Health Association*, 2008). Sedangkan *National Alliance on Mental Illness of America* (2010) menyatakan bahwa gangguan jiwa merupakan kondisi kesehatan individu yang ditandai dengan terjadinya gangguan pada proses pikir, perasaan, *mood*, kemampuan interaksi serta kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari. Sehingga gangguan jiwa dapat diartikan sebagai suatu kumpulan gejala yang tercermin dari pola pikiran, perasaan serta perilaku individu yang terganggu dan ditandai dengan terjadinya gangguan proses pikir, *mood* dan juga interaksi sosial. Dan kumpulan gejala tersebut menyebabkan individu mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti *self care* serta menimbulkan penderitaan bagi individu yang mengalaminya.

Jumlah penderita gangguan jiwa dunia berdasarkan data WHO (2003) adalah 450 juta penduduk. *Departement of Health and Human Service of America* (1991, dalam Videbeck, 2008) memperkirakan 51 juta penduduk Amerika terdiagnosis gangguan jiwa. Dan dari jumlah tersebut, 6.5 juta pasien mengalami disabilitas akibat gangguan jiwa berat yang dialaminya. Di Indonesia sendiri, prevalensi terjadinya gangguan jiwa berat berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (2007) adalah sebesar 0.5% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi Gangguan Mental



Emosional adalah 11,6% pada penduduk yang berumur lebih dari 15 tahun keatas. Jumlah penderita gangguan jiwa ini akan semakin bertambah seiring dengan terjadinya krisis multi dimensi maupun bencana yang terjadi di berbagai negara maupun di Indonesia.

Gangguan jiwa dapat terjadi dalam berbagai bentuk mulai dari ringan sampai berat. Dari berbagai bentuk gangguan jiwa, gangguan jiwa berat perlu menjadi fokus perhatian bersama. Hal ini dikarenakan dampaknya yang sangat buruk bagi kehidupan pasien. Berdasarkan Rethink (1996) gangguan jiwa berat merupakan suatu keadaan dimana individu terdiagnosa gangguan jiwa khususnya skizofrenia atau gangguan *affective (mood)* berat yang menyebabkan individu tidak mampu merawat dirinya sendiri secara mandiri, tidak mampu bekerja dan juga berinteraksi dengan orang lain. Selain itu gejala yang muncul bersifat kronis yang menyebabkan pasien harus dirawat berulang kali dirumah sakit dengan biaya perawatan yang tinggi serta menimbulkan beban bagi pasien maupun keluarga dan juga resiko bagi kesehatan/keamanan pasien dan oranglain di sekitarnya.

Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa berat yang paling sering dijumpai. Berdasarkan penelitian Ruggeri, dkk (2000), gangguan jiwa yang paling sering ditemukan di London adalah skizofrenia (67%) sedangkan di Verona didapatkan data bahwa skizofrenia juga merupakan bentuk yang paling sering ditemukan diantara bentuk-bentuk gangguan jiwa lainnya (74%). Coconcea dan Ramos (2009) juga menyatakan bahwa 50% penderita yang dirawat di rumah sakit jiwa merupakan pasien skizofrenia dan 100 ribu sampai 200 ribu orang terdiagnosa mengalami skizofrenia pada setiap tahunnya. Sedangkan prevalensi skizofrenia di Amerika Serikat sendiri adalah 1% dari jumlah populasi penduduk Amerika (*National Institute Mental Health of United States, 2009*). Sedangkan WHO (2010) menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat (skizofrenia) saat ini adalah 7 per seribu penduduk dewasa dan

terbanyak pada usia 15-35 tahun. Prevalensi tersebut akan semakin bertambah apabila skizofrenia tidak dapat dicegah maupun ditangani dengan semaksimal mungkin.

Berdasarkan WHO (2010), lebih dari 50% penderita skizofrenia tidak mendapat perawatan yang sesuai, dan tidak hanya itu dinegara-negara berkembang ditemukan lebih dari 90% penderita skizofrenia yang tidak diobati. Hal ini membuktikan bahwa walaupun prevalensi skizofrenia meningkat setiap tahunnya dan dampak yang ditimbulkan oleh skizofrenia buruk tetapi tidak diikuti oleh upaya perawatan pasien yang optimal.

Skizofrenia menurut *National Institute Mental Health of United States* (2009) adalah penyakit otak yang kronis dan berat yang berakibat terhadap individu sepanjang kehidupannya. Coconce dan Ramos (2009) juga menyebutkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa berat, kronis yang memiliki ciri-ciri yaitu adanya delusi, halusinasi, pikiran, prilaku dan pembicaraan yang tidak terorganisir. Skizofrenia dapat diartikan sebagai suatu kumpulan gejala yang ditandai dengan adanya penyimpangan realitas, kemunduran interaksi sosial dan juga pikiran yang tidak terorganisir serta menimbulkan distress dan disabilitas bagi pasien dalam waktu yang lama.

Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia. Penyebab terjadinya skizofrenia adalah integrasi dari faktor biologis, genetik dan juga psikososial (Kaplan, Saddock & Grebb, 1997). Videbeck (2008) juga menyebutkan bahwa faktor yang dapat menyebabkan timbulnya gangguan jiwa adalah faktor biologi yang meliputi faktor genetik, neuroanatomi dan neurokimia (struktur dan fungsi otak) serta imunovirologi, faktor psikologis dan juga faktor sosial. Torrey (1995, dalam Videbeck, 2008) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor sosial yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan jiwa adalah adanya disfungsi dalam pengasuhan anak maupun dinamika keluarga. Faktor biologis, psikologis dan sosial

merupakan faktor-faktor yang saling berhubungan dan menjadi faktor resiko maupun pencetus terjadinya skizofrenia.

Tanda dan gejala skizofrenia terdiri dari dua kategori gejala utama yaitu gejala positif dan negatif. Gejala positif skizofrenia meliputi waham, halusinasi, bicara tidak teratur dan kekacauan yang menyeluruh atau perilaku katatonik. Sedangkan gejala negatif skizofrenia meliputi pendataran afektif, alogia (miskin pembicaraan) dan avolisi / kurang perilaku inisiatif diri (Copel, 2007). Duckworth (2009) menyebutkan bahwa tanda dan gejala skizofrenia secara umum terbagi dalam 3 gejala utama yaitu gejala positif, gejala negatif dan gejala kognitif. Gejala positif atau gejala psikotik meliputi halusinasi dan delusi, gejala negatif seperti kurangnya ekspresi, ketidakmampuan memulai aktivitas, dan juga gejala kognitif yang terkait dengan proses berpikir.

Salah satu gejala positif yang sering terjadi pada individu yang mengalami skizofrenia adalah halusinasi. Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005), 70% pasien skizofrenia mengalami halusinasi. Penelitian juga menunjukkan bahwa 90% pasien halusinasi mengalami delusi, sedangkan pasien delusi hanya 35% yang mengalami halusinasi. Hal ini didukung juga oleh Thomas (1991, dalam McLeod dkk, 2006) yang menyatakan bahwa halusinasi secara umum ditemukan pada pasien gangguan jiwa salah satunya adalah pada pasien skizofrenia.

Halusinasi merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptornya. Sedangkan menurut Townsend (2005), halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera. Dengan kata lain halusinasi merupakan suatu pengalaman persepsi yang salah tanpa adanya stimulus. Dan pengalaman persepsi tersebut merupakan hal yang nyata bagi diri pasien tetapi tidak untuk oranglain.

Dari beberapa jenis halusinasi, halusinasi dengar merupakan fenomena yang mayoritas dijumpai sehari-hari pada pasien skizofrenia. Diperkuat pernyataan Tien (1991, dalam McLeod dkk, 2006) yang menyatakan bahwa halusinasi dengar merupakan masalah utama yang paling sering dijumpai. *American Psychiatric Association* (1994, dalam Coupland dkk, 2010) juga menyatakan bahwa halusinasi dengar merupakan gejala psikotik yang paling sering dijumpai. Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005), pasien skizofrenia 20% mengalami halusinasi secara bersamaan yaitu halusinasi dengar dan juga penglihatan, 70% mengalami halusinasi dengar, 20% mengalami halusinasi penglihatan dan 10% mengalami halusinasi lainnya. Persentase diatas menunjukkan bahwa 90% halusinasi pendengaran ditemukan pada pasien skizofrenia.

Halusinasi harus menjadi fokus perhatian tim kesehatan karena halusinasi apabila tidak ditangani secara baik dapat menimbulkan resiko terhadap keamanan diri pasien sendiri, oranglain dan juga lingkungan sekitar. Hal ini dikarenakan halusinasi dengar pasien sering berisikan perintah untuk melukai dirinya sendiri maupun oranglain (Rogers dkk, 1990 dalam Birchwood, 2009). Dan secara klinik dan evidence base, halusinasi dengar tersebut telah terbukti dapat menyebabkan distress pada individu (Garety & Hemsley, 1987 dalam Birchwood, 2009). Distress disebabkan karena frekuensi halusinasi yang sering muncul pada individu setiap harinya, kekerasan dari suara-suara yang didengar, isi dari halusinasi dan juga keyakinan pasien terhadap isi halusinasi (Birchwood, 2004). Selain itu halusinasi sering menyebabkan ketakutan/kecemasan bahkan depresi pada pasien gangguan jiwa. Birchwood (2009) juga menyebutkan bahwa 40% pasien skizofrenia mengalami depresi akibat halusinasi dengar yang dialaminya. Pinikahana, Happell dan Keks (2003, dalam Stuart & Laraia, 2005) menyebutkan bahwa 9 sampai dengan 13% pasien skizofrenia mengalami *suicide*. Dan 20-50% pasien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri. Hal tersebutlah yang menyebabkan halusinasi harus ditangani

sesegera mungkin karena dampaknya akan menimbulkan masalah yang lebih besar bagi pasien maupun oranglain.

Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya resiko buruk terhadap pasien, keluarga dan lingkungan sekitar adalah dengan jalan memberikan terapi pada pasien halusinasi. Berdasarkan *National Institute Mental Health of United States* (2007), terapi yang dilakukan untuk mengurangi halusinasi pada pasien skizofrenia adalah dengan cara pemberian terapi medis dan juga psikoterapi. Terapi medis dan psikoterapi tersebut harus dilakukan secara bersamaan agar didapat hasil yang lebih optimal.

Pemberian terapi medis meliputi pemberian antipsikotik atau yang dikenal juga sebagai obat-obatan neuroleptik, yang terdiri dari dua jenis yaitu antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal yang berguna untuk mengurangi gejala psikotik yang terjadi pada pasien skizofrenia. Tetapi berdasarkan Kaplan, Saddock dan Grebb (2003), hanya 10% pasien yang efektif dalam pemberian antipsikotik dan perawatan dirumah sakit yang singkat. Sedangkan selebihnya membutuhkan terapi yang komprehensif. Pernyataan diatas telah menguatkan fakta bahwa pasien juga membutuhkan terapi lainnya seperti psikoterapi disamping terapi medis.

Psikoterapi yang dapat dilakukan adalah *sosial skills training, cognitive remediation, cognitive adaptation training, cognitive behaviour therapy, group therapy* dan *family therapy* (Vorcalis, Carson & Shoemaker, 2006). Sedangkan menurut *National Institute Mental Health of United States* (2007), terapi psikososial yang diberikan adalah terapi keluarga, *cognitive behaviour therapy* dan *self help group*. Terapi psikososial ini dibutuhkan untuk mengurangi kekambuhan dari gejala-gejala psikotik seperti halusinasi dan delusi pada pasien skizofrenia.

Salah satu terapi yang direkomendasikan dalam upaya mengatasi halusinasi adalah *Cognitive behaviour therapy. Cognitive behaviour*

*therapy* adalah terapi yang digunakan untuk memodifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif (Oemarjoedi, 2003). *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006) juga menyatakan bahwa *cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan prilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi. Dengan demikian *cognitive behaviour therapy* merupakan suatu terapi yang membantu individu mengevaluasi kembali persepsi, keyakinan, cara berfikir dan prilaku yang tidak adaptif yang disebabkan oleh masalah yang dihadapinya.

Keefektifan terapi ini telah dibuktikan dalam penelitian Granholm, dkk (2005) yang menunjukkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy* pada pasien skizofrenia kronis dapat meningkatkan kemampuan coping, mengevaluasi pengalaman yang salah, pencapaian kognitif insight yang baik, meningkatkan fungsi sosial, mengurangi gejala-gejala positif dan negatif seperti halusinasi dan juga delusi. Selain itu *cognitive behaviour therapy* juga telah terbukti efektif dalam mengobati gejala positif akibat resistennya individu terhadap obat-obatan skizofrenia (Kingdon & Turkington, 1997). Dan berdasarkan Chi-Chan, dkk (2002), *cognitive behaviour therapy* juga memberikan manfaat dan efek yang positif dalam menurunkan kejadian kekambuhan pada pasien gangguan jiwa.

*Cognitive behaviour therapy* juga telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala-gejala skizofrenia khususnya halusinasi. Hal ini karena dalam proses pelaksanaannya *cognitive behaviour therapy* memperkuat keyakinan dan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi yaitu dengan cara melatih melakukan strategi coping dalam mengontrol

halusinasi secara konsisten (Smith dkk, 2003). Diperkuat oleh Turkington, Kingdon dan Weiden (2006) yang menyatakan bahwa dengan pemberian *cognitive behaviour therapy* memberikan perubahan yang sangat besar terhadap jumlah dan kekuatan gejala-gejala positif. Turkington, dkk (2006) juga menyebutkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy* dapat menolong gejala-gejala skizofrenia secara efektif. Dan observasi perawat di *United Kingdom* menyebutkan ada keuntungan dari pemberian *cognitive behaviour therapy* dalam mengurangi halusinasi dengar, depresi dan gejala lainnya.

Penelitian Tarrier, dkk (2002) juga menunjukkan bahwa terjadi perubahan yang signifikan terhadap gejala positif dan negatif skizofrenia, tanda dan gejala halusinasi yang terlihat dengan berkurangnya frekuensi, durasi, lokasi dan kekerasan halusinasi, tingkat keyakinan pasien terhadap halusinasi, jumlah dan frekuensi isi negatif halusinasi, intensitas dan jumlah distress yang ditimbulkan, akibat halusinasi terhadap aktivitas sehari-hari pasien dan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi setelah dilakukan *cognitive behaviour therapy* dalam 4 minggu. Dan penelitian ini juga menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* lebih efektif dalam menurunkan gejala positif dan negatif skizofrenia dibandingkan dengan hanya pemberian terapi secara umum maupun pemberian terapi konseling supportif. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa *cognitive behaviour therapy* dapat membantu pasien skizofrenia dalam mengurangi tanda dan gejala halusinasi yang dialaminya serta meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi.

Di Indonesia sendiri *cognitive behaviour therapy* sedang dikembangkan aplikasinya dalam tatanan pelayanan keperawatan jiwa dalam menangani pasien skizofrenia. Dibuktikan oleh penelitian Sasmita (2008) yang menunjukkan bahwa kemampuan prilaku dan kognitif pasien harga diri rendah meningkat setelah dilakukan *cognitive behaviour therapy*. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan Fauziah (2009) yang menunjukkan

bahwa pemberian *cognitive behaviour therapy* dapat meningkatkan kemampuan perilaku dan kognitif pasien dalam mengatasi perilaku kekerasan. Sedangkan pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* pada pasien halusinasi belum diteliti keefektifannya.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa pada pasien gangguan jiwa dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan jiwa baik dilayanan primer maupun di rumah sakit. Berdasarkan Doebbling (2007), pemberian terapi kesehatan jiwa ditatanan pelayanan kesehatan tidak hanya dapat diberikan oleh psikiater, tetapi juga dapat diberikan oleh seorang psikolog klinis, pekerja sosial kesehatan jiwa, perawat dan juga konselor. Tetapi pada beberapa negara, hanya psikiater dan juga perawat praktisi keperawatan jiwa yang telah mendapatkan lisensi yang dapat menuliskan resep obat-obatan pada pasien gangguan jiwa. Sedangkan pelaksana perawatan kesehatan lainnya dapat melakukan psikoterapi.

Perawat praktisi keperawatan jiwa yang dapat melakukan terapi pada pasien gangguan jiwa harus memiliki keahlian sebagai seorang *register nurse* dengan latar belakang pendidikan master keperawatan atau di atasnya dan telah mendapatkan latihan. Perawat tersebut dapat melakukan psikoterapi secara mandiri dan memberikan obat dibawah supervisi doktor keperawatan (Doebbling, 2007). Pernyataan tersebut memberi arti bahwa perawat spesialis jiwa merupakan salah satu tim kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa.

Di Indonesia sendiri, pelayanan keperawatan jiwa seperti diatas telah dikembangkan. Hamid (2009) menyebutkan bahwa perawat profesional yang dapat memberikan *nursing treatment* adalah perawat yang berada pada level magister atau doktor keperawatan yang tersertifikasi serta menjalankan peran sebagai pakar praktisi pada satu bidang tertentu seperti jiwa dan lainnya.



Perawat spesialis jiwa sebagai salah satu tim pelayanan kesehatan profesional yang berada 24 jam bersama pasien, merupakan orang yang paling mengerti dan mengetahui keadaan serta keunikan pasiennya. Dan sebagai wujud keprofesionalismenya, maka perawat jiwa diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien melalui terapi-terapi keperawatan generalis dan juga terapi keperawatan spesialis yang berorientasi untuk membantu pasien dalam proses penyembuhannya, membantu mengatasi masalah, memenuhi kebutuhan pasien dan juga membantu pasien menuju kemandirian.

Asuhan keperawatan pada pasien halusinasi bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya. Menurut Varcaris (1990) kemampuan yang harus dimiliki pasien meliputi 3 aspek yaitu kognitif, psikomotor dan juga afektif. Kemampuan kognitif merupakan pengetahuan pasien tentang cara-cara mengontrol halusinasi, sedangkan kemampuan psikomotor merupakan kemampuan pasien dalam melaksanakan cara-cara mengontrol halusinasi. Penelitian Carolina (2008) menunjukkan bahwa dengan penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi dapat meningkatkan kemampuan psikomotor dan kognitif pasien dalam mengontrol halusinasinya dan juga menurunkan tanda dan gejala halusinasi. Hal ini berarti dengan peningkatan kemampuan psikomotor dan kognitif pasien maka akan menimbulkan efek positif bagi pasien, pasien dapat mengontrol halusinasinya dan secara tidak langsung dapat menurunkan tanda serta gejala halusinasi yang sedang dialaminya.

Kemampuan kognitif atau pengetahuan yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mengenal halusinasi dan juga mengenal cara mengontrol halusinasi. Sedangkan kemampuan psikomotor atau pelaksanaan cara yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi, melatih cara yang diajarkan sesuai dengan jadwal dan juga mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang diajarkan saat halusinasi muncul (Keliat dkk, 2005).

Pernyataan di atas juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Carolina (2008) yang menunjukkan bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor yang harus dimiliki pasien halusinasi adalah pasien mampu menghardik halusinasinya, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas dan patuh minum obat.

Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan. Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan merupakan rumah sakit jiwa terbesar dan merupakan pusat rujukan di Sumatera Utara. Data yang diperoleh menunjukkan bahwa jumlah pasien gangguan jiwa yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan adalah 400 orang perbulannya. Dan dari jumlah tersebut 50-70% pasien gangguan jiwa melakukan rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Medan (Gultom, 2010 dalam Mursal, 2010). Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa banyak pasien yang berobat di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan.

Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan merupakan rumah sakit jiwa tipe A yang mempunyai kapasitas sejumlah 350 tempat tidur (Gultom, 2010 dalam Mursal, 2010). Dan dari hasil studi pendahuluan peneliti di Rumah sakit Jiwa Pemropsu Medan, didapatkan data bahwa jumlah pasien rawat inap rata-rata perbulan di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan adalah 162 orang. Dan dari jumlah tersebut, 134 orang pasien mengalami skizofrenia (83%). Berdasarkan hasil wawancara peneliti terhadap perawat yang bekerja di dua ruangan rawat inap Mawar dan Cempaka, pasien yang dirawat di dua ruangan tersebut berjumlah 43 orang. Dari jumlah tersebut 37 orang pasien (86%) mengalami skizofrenia dan 32 orang pasien (74%) mengalami halusinasi. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan data bahwa rata-rata pasien dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan dengan keluhan utama pada saat masuk rumah sakit adalah melakukan tindakan kekerasan di rumah. Tetapi setelah dikaji di ruangan didapatkan data bahwa pasien mengalami halusinasi.

Terapi yang diberikan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan adalah pemberian obat antipsikotik dan terapi elektrokonvulsif. Antipsikotik yang diberikan adalah pemberian antipsikotik atipikal yaitu Clozaril dan juga pemberian antipsikotik tipikal seperti Haloperidol. Hal ini menunjukkan bahwa terapi medis yang diberikan telah sesuai dengan terapi medis yang dianjurkan. Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien halusinasi adalah asuhan keperawatan generalis yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan pada pasien halusinasi dengan tujuan meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya. Dan selain melakukan terapi individu, pasien halusinasi juga diikuti sertakan dalam terapi aktivitas kelompok. Di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan belum pernah dilakukan penelitian tentang penerapan *cognitive behaviour therapy* dalam meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi maupun menurunkan tanda dan gejala halusinasi pasien.

## 1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian tentang halusinasi diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

- 1.2.1 Masih terfokusnya penatalaksanaan pasien halusinasi pada terapi medis.
- 1.2.2 Di Indonesia sendiri, *cognitive behaviour therapy* belum pernah diteliti keefektifannya pada pasien halusinasi.
- 1.2.3 Ditemukan 32 orang (74%) pasien yang dirawat di dua rawat inap Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan mengalami halusinasi.
- 1.2.4 Belum adanya *cognitive behaviour therapy* bagi pasien halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan.
- 1.2.5 Rata-rata pasien halusinasi yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan dengan keluhan utama pada saat masuk

rumah sakit adalah melakukan tindakan kekerasan dirumah, sehingga untuk mencegah terjadinya resiko buruk terhadap diri pasien sendiri, keluarga dan juga lingkungan dibutuhkan terapi yang lebih komprehensif.

### 1.3 Pertanyaan Penelitian

Penelitian ini ingin meneliti pengaruh *cognitive behaviour therapy* terhadap tanda dan gejala halusinasi pasien serta pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, adapun pertanyaan penelitian adalah :

- 1.3.1 Apakah penerapan *cognitive behavior therapy* berpengaruh terhadap pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi.
- 1.3.2 Apakah penerapan *cognitive behavior therapy* berpengaruh terhadap tanda dan gejala halusinasi.
- 1.3.3 Apakah ada faktor lain yang berpengaruh terhadap pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi serta tanda dan gejala halusinasi.

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### Tujuan Umum

Dapat diperoleh gambaran tentang pengaruh *cognitive behaviour therapy* terhadap pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Pempropsu Medan.

#### Tujuan Khusus

- 1.4.1 Diketahui karakteristik pasien yang mengalami halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Pempropsu Medan tahun 2010.
- 1.4.2 Diketuainya pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi sebelum dilakukan *cognitive*

*behavior therapy* di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan tahun 2010.

- 1.4.3 Diketahui perbedaan pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan *cognitive behavior therapy* pada kelompok intervensi di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan tahun 2010.
- 1.4.4 Diketuinya perbedaan pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan *cognitive behavior therapy* pada kelompok tidak mendapatkan intervensi di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan tahun 2010.
- 1.4.5 Diketahui perbedaan pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi setelah dilakukan *cognitive behavior therapy* pada kelompok yang mendapatkan intervensi dan kelompok yang tidak mendapat intervensi di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan tahun 2010.
- 1.4.6 Diketahui faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan tahun 2010.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat Aplikatif**

- 1.5.1.1 Hasil penelitian ini sebagai masukan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa di rumah sakit jiwa maupun komunitas khususnya pada pasien halusinasi.
- 1.5.1.2 Hasil penelitian ini dapat membantu pasien dalam menurunkan tanda dan gejala halusinasi serta meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi.

1.5.1.3 Hasil penelitian ini dapat sebagai bahan pertimbangan dalam menerapkan *cognitive behaviour therapy* sebagai salah satu tindakan efektif dalam menurunkan halusinasi pasien, meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi baik dirumah sakit maupun komunitas.

1.5.1.4 Hasil penelitian ini sebagai masukan bagi pihak rumah sakit untuk membuat suatu program pengembangan dalam penerapan terapi-terapi spesialis khususnya *cognitive behaviour therapy* pada pasien halusinasi.

## 1.5.2 Manfaat Keilmuan

1.5.2.1 Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar yang kuat untuk diterapkan pada pasien halusinasi

1.5.2.2 Hasil penelitian ini dapat menjadi *evidence based* pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* pada pasien halusinasi.

1.5.2.3 Hasil penelitian ini sebagai dasar acuan bahwa perawat spesialis jiwa sangat dibutuhkan pada tatanan pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit.

## 1.5.3 Manfaat Metodologi

1.5.3.1 Metode penelitian yang telah digunakan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk menentukan metode penelitian berikutnya dengan memperhatikan jumlah sampel, tehnik pengambilan sampel, kuisioner dan karakteristik responden.

1.5.3.2 Hasil penelitian ini berguna sebagai data dasar bagi pengembangan *clinical trial* maupun *cohort* dengan melakukan follow up dan pemberian *cognitive behaviour therapy* secara booster pada pasien halusinasi.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini. Adapun konsep dari teori tersebut meliputi: skizofrenia, halusinasi dan *cognitive behaviour therapy*.

#### 2.1 Skizofrenia

##### 2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan label yang diberikan untuk berbagai kumpulan gejala psikotik dengan karakteristik terjadinya distorsi realita, menarik diri dari interaksi sosial dan pikiran yang tidak terorganisir. Menurut Castle, dkk (1991), skizofrenia adalah penyakit yang ditandai dengan terjadinya kerusakan persepsi dan realita serta menimbulkan disfungsi sosial dan gangguan aktivitas. Sedangkan Videbeck (2008) menyatakan bahwa skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak yang menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu. Didukung oleh Stuart dan Laraia (2005) yang menyebutkan bahwa skizofrenia merupakan penyakit neurobiologi otak yang serius dan persisten yang meliputi terjadinya gangguan isi pikiran, halusinasi, proses emosi yang buruk dan perilaku yang tidak terorganisir.

Pernyataan-pernyataan diatas menunjukkan arti bahwa skizofrenia merupakan suatu kumpulan gejala yang meliputi pola pikiran, perilaku dan perasaan individu yang terganggu, ditandai dengan terjadinya penyimpangan realitas, kemunduran interaksi sosial dan juga pikiran yang tidak terorganisir. Sehingga dengan perilaku aneh yang ditunjukkan oleh pasien skizofrenia tersebut, menjadikan penyakit skizofrenia menjadi momok yang memalukan dan menakutkan bagi masyarakat awam.

### 2.1.2 Tanda dan gejala Skizofrenia

Skizofrenia ditandai dengan adanya delusi atau keyakinan individu yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada, halusinasi atau persepsi yang terjadi tanpa adanya stimulus eksternal, pikiran, perkataan dan perilaku yang tidak terorganisir. Tanda dan gejala skizofrenia yang dialami individu ditandai dengan dua kategori gejala utama yaitu gejala positif dan negatif.

Gejala positif skizofrenia meliputi waham, halusinasi, bicara tidak teratur dan kekacauan yang menyeluruh atau perilaku katatonik. Sedangkan gejala negatif skizofrenia meliputi pendataran afektif, alogia (miskin pembicaraan) dan avolisi (Copel, 2007). Menurut Davidson dan Neale (2001, dalam Fausiah & Widury, 2005), secara umum karakteristik symptom skizofrenia dapat digolongkan dalam 3 kelompok yaitu gejala positif, gejala negatif dan symptom lainnya. Gejala positif itu sendiri merupakan tanda-tanda yang tidak ditemukan pada individu yang sehat, namun gejala tersebut ada pada pasien skizofrenia. Sedangkan gejala negatif adalah gejala yang defisit yang menandakan individu tidak sehat.

Sedangkan Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa tanda dan gejala skizofrenia meliputi gejala positif seperti halusinasi dan delusi, gejala negatif seperti alogia dan anhedonia, gejala kognitif seperti gangguan dalam memori dan perhatian, gangguan mood seperti perasaan putus asa dan ingin mati serta disfungsi dalam aktivitas sosial dan pekerjaan pasien seperti *self care*, aktivitas, kerja dan juga hubungan interpersonal. Sedangkan Duckworth (2009) menyebutkan bahwa tanda dan gejala skizofrenia secara umum terbagi dalam 3 gejala utama yaitu gejala positif, gejala negatif dan gejala kognitif. Gejala positif atau gejala psikotik meliputi halusinasi dan delusi, gejala negatif seperti kurangnya ekspresi, ketidakmampuan memulai aktivitas, dan juga gejala kognitif yang terkait dengan proses berpikir.



Gejala-gejala diatas menandakan bahwa pada pasien skizofrenia terganggu dalam tiga kategori utama yaitu pikiran yang terganggu ditandai dengan adanya pikiran yang tidak sesuai dengan realitas, prilaku yang menyimpang ditandai dengan kekacauan menyeluruh atau katatonia dan juga perasaan yang terganggu ditandai dengan ketidakmampuan individu memulai aktivitas dan kurangnya ekspresi.

### 2.1.3 Diagnosis Medis

Berdasarkan ICD 10 dan juga PPDGJ III, skizofrenia digolongkan ke dalam kategori F20 dan ditegakkan apabila ditemukan gejala-gajala sebagai berikut: harus ada sedikitnya satu gejala yang amat jelas dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala tersebut kurang jelas. Gejala-gejala tersebut adalah *thought echo*, *thought insertion* atau *withdrawal*, *thought broadcasting*, *delusion control*, *delusion of influence*, *delusion of passivity*, *delusion perseption*, halusinasi dengar yang berkomentar secara terus menerus terhadap prilaku pasien, membicarakan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau jenis suara halusinasi yang berasal dari salah satu bagian tubuh dan waham yang menetap jenis lainnya. Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas yaitu halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, arus pikiran yang terputus ataupun yang mengalami sisipan, perilaku katatonik dan gejala-gejala negatif seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, respon emosional yang menumpul atau tidak wajar.

Dan gejala-gejala diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih. Dan harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek prilaku pribadi yang bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tidak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri dan penarikan diri secara sosial.

## 2.2 Halusinasi

### 2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi itu sendiri merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptornya. Sedangkan menurut Townsend (2005), halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera. Hal ini menunjukkan bahwa halusinasi dapat bermacam-macam yang meliputi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecapan.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), halusinasi adalah distorsi persepsi yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif, pengalaman yang salah atau palsu yang dapat terjadi pada indera pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan dan juga penciuman. Sedangkan NANDA (2005) juga menyatakan bahwa halusinasi merupakan perubahan dalam jumlah dan pola stimulus yang diterima disertai dengan penurunan berlebih distorsi atau kerusakan respon beberapa stimulus. Fausiah dan Widuri (2005) juga menyebutkan bahwa halusinasi adalah penghayatan (seperti persepsi) yang dialami melalui panca indera dan terjadi tanpa adanya stimulus eksternal.

Halusinasi yang paling sering terjadi adalah halusinasi dengar (Kaplan, Saddock & Grebb, 2003). Tien (1991 dalam McLeod dkk, 2006) juga menyatakan bahwa halusinasi dengar merupakan masalah utama yang paling sering dijumpai. *American Psychiatric Association* (1994, dalam Coupland dkk, 2010) juga menyatakan bahwa halusinasi dengar merupakan gejala psikotik yang paling sering dijumpai. Sedangkan Stuart dan Laraia (2005) juga menjelaskan bahwa 70% pasien skizofrenia mengalami halusinasi dengar. Persentase diatas menunjukkan bahwa halusinasi dengar merupakan halusinasi yang mayoritas dijumpai pada pasien skizofrenia.

## 2.2.2 Proses Terjadinya Halusinasi

Halusinasi mayoritas ditemukan pada pasien skizofrenia. Proses terjadinya halusinasi pada pasien skizofrenia dapat dijelaskan berdasarkan Model Adaptasi Stuart dan Laraia (2005) yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian stressor, sumber koping dan juga mekanisme koping.

### 2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (2005), faktor predisposisi yang dapat menyebabkan terjadinya halusinasi pada pasien skizofrenia meliputi faktor biologi, psikologi dan juga sosialkultural.

#### a. Faktor Biologi

Menurut Videbeck (2008), faktor biologi yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah faktor genetik, neuroanatomi, neurokimia serta imunovirologi.

##### 1) Genetik

Secara genetik ditemukan perubahan pada kromosom 5 dan 6 yang mempredisposisikan individu mengalami skizofrenia (Copel, 2007). Sedangkan Buchanan dan Carpenter (2000, dalam Stuart & Laraia, 2005) menyebutkan bahwa kromosom yang berperan dalam menurunkan skizofrenia adalah kromosom 6. Sedangkan kromosom lain yang juga berperan adalah kromosom 4, 8, 15 dan 22. Penelitian lain menunjukkan bahwa apabila satu persen masyarakat Amerika mengalami skizofrenia maka 10% turunan pertama mereka juga akan mengalami skizofrenia. Penelitian pada satu satu anak kembar identik juga menunjukkan kemungkinan 40% sampai 50% dari pasangan kembarannya mengalami skizofrenia. Sedangkan pada kembar non identik, jika salah satu pasangan kembarannya mengalami skizofrenia maka pasangan kembarannya memiliki kecenderungan

10% sampai 15% mengalami skizofrenia. Hal ini menunjukkan bahwa faktor genetik hanya sebagian kecil penyebab terjadinya skizofrenia dan ternyata masih ada faktor lain yang juga berperan sebagai faktor penyebab terjadinya skizofrenia.

## 2) Neuroanatomi

Perubahan neuroanatomis dan neurokimia yang abnormal pada otak juga akan mempengaruhi fungsi otak serta meningkatkan kepekaan individu terhadap stresor lingkungan dan stresor personal. Copel (2007) menyebutkan bahwa hasil pemeriksaan *Magnetic resonance Imaging (MRI)*, *Computed Tomography (CT)* dan *Positron Emission Tomography (PET)* menunjukkan bahwa pada individu skizofrenia ditemukan jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Dan hal inilah yang menyebabkan terjadinya kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan pada pasien skizofrenia.

Selain itu pemeriksaan juga menunjukkan terjadinya pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak dan juga penurunan oksigen serta metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Penelitian lain juga menunjukkan terjadinya penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporalis dan frontal (Videbeck, 2008). Perubahan pada kedua lobus tersebut belum diketahui secara pasti penyebabnya.

Keadaan patologis yang terjadi pada lobus temporalis dan frontalis berkorelasi dengan terjadinya tanda-tanda positif dan negatif dari skizofrenia. Copel (2007) menyebutkan bahwa tanda-tanda positif skizofrenia seperti psikosis disebabkan karena fungsi otak yang abnormal pada lobus temporalis. Sedangkan tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan atau motivasi dan anhedonia disebabkan oleh fungsi otak yang abnormal pada lobus frontalis.

Hal ini sesuai dengan Kaplan, Sadock dan Grebb (1997) yang menyatakan bahwa fungsi utama lobus frontalis adalah aktivasi motorik, intelektual, perencanaan konseptual, aspek kepribadian, aspek produksi bahasa. Sehingga apabila terjadi gangguan pada lobus frontalis, maka akan terjadi perubahan pada aktivitas motorik, gangguan intelektual, perubahan kepribadian dan juga emosi yang tidak stabil. Sedangkan fungsi utama dari lobus temporalis adalah pengaturan bahasa, ingatan dan juga emosi. Sehingga gangguan yang terjadi pada korteks temporalis dan nukleus-nukleus limbik yang berhubungan pada lobus temporalis akan menyebabkan timbulnya gejala halusinasi.

### 3) Neurokimia

Penelitian neurokimia menunjukkan bahwa terjadi perubahan sistem neurotransmiter otak yang dapat menyebabkan resiko terjadinya skizofrenia. Hal ini terjadi karena adanya malfungsi pada jaringan neuron yang mentransmisikan informasi berupa sinyal-sinyal listrik dari sel saraf melalui aksonnya dan melewati sinaps ke reseptor pascasinaptik di sel-sel saraf yang lain. Teori neurokimia menyebutkan terjadi kelebihan dopamin pada pasien skizofrenia (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). Pernyataan ini memberi arti bahwa neurotransmiter mempunyai peranan yang penting menyebabkan terjadinya skizofrenia.

Beberapa referensi menunjukkan bahwa neurotransmiter yang berperan menyebabkan skizofrenia adalah dopamin dan serotonin. Dan kedua neurotransmiter ini dapat ditemukan di sistem limbik. Shives (2005) menyebutkan bahwa neurotransmiter dopamin di sistem limbik berfungsi dalam pengontrolan gerakan yang kompleks, motivasi, kognisi dan pengaturan respon emosional. Sedangkan serotonin berperan dalam pengaturan emosi, aktivitas, keagresifan dan iritabilitas, kognisi, nyeri, bioritme dan proses neuroendokrin.

Adanya overload reuptake neurotransmitter dopamin dan serotonin mengakibatkan kerusakan komunikasi antar sel otak, sehingga jalur penerima dan pengiriman informasi di otak terganggu. Keadaan inilah yang mengakibatkan informasi tidak dapat diproses sehingga terjadi kerusakan dalam persepsi yang berkembang menjadi halusinasi dan kesalahan dalam membuat kesimpulan yang berkembang menjadi delusi.

#### 4) Immunovirologi

Berdasarkan Shives (2005), faktor imunovirologi dapat mempengaruhi terjadinya skizofrenia. Beberapa faktor imunovirologi yang berpengaruh terhadap terjadinya skizofrenia adalah infeksi virus, trauma, respon imun, gizi buruk intra uteri, riwayat hipoksia pada saat lahir atau pada masa janin, riwayat injuri pada saat kehamilan trimester II atau pada saat lahir, defisiensi vitamin B1, B6, B12 dan C, riwayat konsumsi tembakau, alkohol dan obat-obatan.

#### b. Faktor Psikologis

Selain faktor biologi diatas, faktor psikologis juga ikut berperan mengakibatkan terjadinya skizofrenia. Menurut Kaplan, Sadock dan Grebb (2003), skizofrenia dapat disebabkan karena hasil fiksasi perkembangan dan juga merupakan konflik antara ego dengan dunia luar. Kerusakan ego memberikan kontribusi terhadap munculnya gejala skizofrenia. Secara umum kerusakan ego dapat mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan kontrol terhadap dorongan dari dalam. Selain itu hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus juga dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia. Oleh karena itu apabila individu mengalami hambatan dalam membatasi stimulus maka akan menyebabkan individu mengalami kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama masa kanak-kanak dan mengakibatkan stress dalam hubungan interpersonal.

Hal diatas didukung oleh Towsend (2005) yang menyebutkan bahwa faktor psikologi seperti pertahanan ego yang lemah pada individu, yang mengakibatkan penggunaan mekanisme pertahanan ego pada waktu ansietas yang ekstrem menjadi suatu yang maladaptif. Faktor psikologi ini dapat menjadi predisposisi maupun presipitasi terjadinya halusinasi pada pasien.

Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005) faktor psikologis yang dapat mempengaruhi adalah tingkat inteligensi, kemampuan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri dan motivasi. Selain itu faktor penyebab terjadinya skizofrenia berdasarkan teori belajar adalah anak-anak yang nantinya mengalami skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berpikir yang tidak rasional dengan mengimitasi orangtua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Hal ini memberi arti bahwa anak akan belajar dari orangtuanya yang mengalami skizofrenia dan akan mempraktekkan apa yang dilihatnya setelah ia besar dalam setiap ia mengalami masalah.

#### c. Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial budaya yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah adanya double bind didalam keluarga dan konflik dalam keluarga. Selain itu industrialisasi dan juga urbanisasi juga banyak berpengaruh dan menyebabkan terjadinya skizofrenia (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Torrey (1995, dalam Videbeck, 2008) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor sosial yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah adanya disfungsi dalam pengasuhan anak maupun dinamika keluarga. Konflik tersebut apabila tidak diatasi dengan baik maka akan menyebabkan resiko terjadinya skizofrenia.

Berdasarkan Towsend (2005), faktor sosial kultural meliputi disfungsi dalam keluarga, konflik keluarga, komunikasi double bind serta

ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi tugas perkembangan. Hal ini didukung oleh Seaward (1997, dalam Videbeck, 2008) menyebutkan bahwa skizofrenia disebabkan oleh faktor interpersonal yang meliputi komunikasi yang tidak efektif, ketergantungan yang berlebihan atau menarik diri dari hubungan, dan kehilangan kontrol emosional. Pernyataan ini menunjukkan bahwa faktor sosial budaya seperti pengalaman sosial dapat menjadi faktor penyebab terjadinya skizofrenia.

Selain itu Seaward (1997, dalam Videbeck, 2008) juga menyebutkan bahwa faktor budaya dan sosial yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah karena tidak adanya penghasilan, adanya kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal (tunawisma), kemiskinan dan diskriminasi ras, golongan, usia maupun jenis kelamin. Dan diperkuat oleh WHO (2001) yang menyatakan bahwa faktor kemiskinan, ketidakamanan dan juga pendidikan yang rendah dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia. Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa faktor sosial kultural yang dapat mempengaruhi yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, posisi sosial, latar belakang budaya, nilai dan pengalaman sosial individu. Hal diatas memberikan gambaran pada kita semua bahwa faktor sosial budaya seperti masalah kemiskinan, pendidikan maupun pekerjaan juga dapat mempengaruhi kualitas kesehatan jiwa individu. Dan oleh sebab itu perlu ditingkatkan kemampuan individu dalam beradaptasi menghadapi situasi tersebut agar individu tidak jatuh pada skizofrenia.

Pernyataan diatas didukung oleh penelitian Tarrier dkk (2002) yang menunjukkan bahwa karakteristik responden skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah 216 orang bejenis kelamin laki-laki (70%) dan berusia rata-rata 27 tahun. Hal berbeda dinyatakan oleh Kaplan, Saddock dan Grebb (1997) yang menyatakan bahwa prevalensi skizofrenia sama antara laki-laki dan perempuan, tetapi berbeda dalam



onset dan perjalanan penyakit. Laki-laki mempunyai onset skizofrenia lebih awal dari pada wanita.

Penelitian Tarrier dkk (1998) juga menunjukkan bahwa 76 responden skizofrenia tidak mempunyai pekerjaan (90%). Pekerjaan sangat erat kaitannya dengan penghasilan dan status ekonomi individu. Hal ini didukung oleh Kaplan, Saddock dan Grebb (1997) yang menyatakan bahwa stres yang dialami oleh anggota kelompok sosial ekonomi rendah berperan dalam perkembangan skizofrenia.

Masalah keluarga dan pendidikan dapat menjadi pencetus terjadinya skizofrenia. Hal ini ditunjukkan oleh penelitian Tarrier dkk (1998) yang menemukan bahwa skizofrenia ditemukan pada 24 responden (33.33%) yang hidup sendiri dan 78 responden tidak mempunyai pendidikan ataupun keahlian (91%). Hal ini menunjukkan bahwa memang kehidupan perkawinan dapat menjadi pencetus terjadinya skizofrenia jika terjadi akumulasi masalah yang tidak dapat diselesaikan (Hawari, 2001 dalam Carolina, 2008). Begitu juga pendidikan, pendidikan dapat menjadi sumber coping individu yang dapat membantu individu dalam mengatasi stress (Stuart & Laraia, 2005).

Menurut Kaplan, Saddock dan Grebb (1997), prevalensi terjadinya skizofrenia pada laki-laki adalah 15 sampai 25 tahun, sedangkan pada wanita usia 25 sampai 35 tahun, sedangkan onset terjadinya skizofrenia sebelum umur 10 tahun atau sesudah 50 tahun sangat jarang. Carolina (2008) menyebutkan bahwa usia berhubungan dengan variasi stressor dalam hidup, sumber dukungan dan sumber coping dalam mengatasi masalah.

#### **2.2.2.2 Faktor Presipitasi**

Pada kondisi normal, otak mempunyai peranan penting dalam meregulasi sejumlah informasi. Informasi normal diproses melalui aktivitas neuron.

Stimulus visual dan auditory dideteksi dan disaring oleh thalamus dan dikirim untuk diproses di lobus frontal. Sedangkan pada pasien skizofrenia terjadi mekanisme yang abnormal dalam memproses informasi (Perry, Geyer & Braff, 1999 dalam Stuart & Laraia, 2005). Gejala pencetus yang menyebabkan hal tersebut terjadi adalah faktor kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu (Stuart & Laraia, 2005).

Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005), faktor pencetus dari kondisi kesehatan individu yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah asupan nutrisi yang kurang, kurang istirahat, kelelahan, infeksi dan lainnya. Sedangkan faktor lingkungan yang menjadi faktor pencetus adalah lingkungan yang bermusuhan, perumahan yang tidak memuaskan, kehilangan kebebasan dan adanya tekanan, perubahan dalam kejadian kehidupan, permasalahan dalam hubungan interpersonal, kurangnya sosial support, isolasi sosial, stigma, kemiskinan dan masalah dalam pekerjaan. Selain itu faktor sikap dan juga perilaku yang dapat menjadi pencetus terjadinya skizofrenia adalah kurangnya kemampuan individu dalam berhubungan sosial, perilaku yang agresif, kehilangan motivasi, harga diri yang rendah serta kurangnya kepercayaan diri pada individu.

### **2.2.2.3 Penilaian Terhadap Stressor**

Penilaian terhadap stressor merupakan penilaian individu ketika menghadapi stressor yang datang. Menurut Liberman dan Colleagues (1994, dalam Kaplan, Saddock & Grebb, 2003), faktor biologis, psikososial dan lingkungan saling berintegrasi satu sama lain pada saat individu mengalami stres sedangkan individu sendiri memiliki kerentanan (diatesis), yang jika diaktifkan oleh pengaruh stres maka akan menimbulkan gejala skizofrenia. Model diatesis stress di atas sama seperti Model Adaptasi Stuart dan Laraia (2005). Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005), penilaian seseorang terhadap stressor terdiri dari respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Hal ini memberikan arti bahwa

apabila individu mengalami suatu stressor maka ia akan merespon stressor tersebut dan akan tampak melalui tanda dan gejala yang muncul.

#### 2.2.2.4 Sumber Koping

Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005), sumber koping merupakan hal yang penting dalam membantu pasien dalam mengatasi stressor yang dihadapinya. Sumber koping tersebut meliputi asset ekonomi, sosial support, nilai dan kemampuan individu mengatasi masalah. Apabila individu mempunyai sumber koping yang adekuat maka ia akan mampu beradaptasi dan mengatasi stressor yang ada.

Keluarga merupakan salah satu sumber koping yang dibutuhkan individu ketika mengalami stress. Hal tersebut sesuai dengan Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa keluarga memang merupakan salah satu sumber pendukung yang utama dalam penyembuhan pasien skizofrenia. Diperkuat pernyataan *National Institute of Mental Health of United States* (2009) yang menyatakan bahwa keluarga sangat penting dalam perawatan pasien skizofrenia karena nantinya setelah pasien keluar dari rumah sakit, pasien akan berada di rumah bersama keluarga. Hal inilah yang menyebabkan terapi keluarga sangat penting dalam penyembuhan pasien karena melalui terapi ini keluarga mengetahui tentang penyakit dan perawatannya, dan melalui terapi tersebut keluarga akan belajar strategi koping dan pemecahan masalah serta memastikan pasien tetap menjalankan perawatannya.

Selain keluarga, sumber koping yang penting dalam penyembuhan pasien adalah kemampuan individu dalam pemecahan masalah. *National Institute Mental Health of United States* (2009) menyebutkan bahwa kemampuan pasien dalam mengatasi masalah sangat penting dalam penyembuhannya. Kemampuan pasien skizofrenia dalam mengatasi gejala-gejala yang dialaminya seperti halusinasi merupakan sumber koping yang efektif dalam penyembuhan penyakitnya. Sehingga dalam perawatan pasien

gangguan jiwa, terapis harus mengkaji dan meningkatkan kemampuan coping pasien dalam mengatasi gejala penyakitnya. Selain itu dalam perawatan pasien tersebut, terapis membantu pasien belajar tentang tanda-tanda awal kekambuhan, cara mengatasi gejala dan cara mencegah terjadinya gejala kekambuhan. Pernyataan ini memberi arti bahwa dengan kemampuan individu mengatasi masalah, dapat menjadi sumber coping pasien dalam mengatasi gejala-gejala persisten seperti halusinasi pada saat di dirawat di rumah sakit maupun setelah pasien pulang ke rumah.

#### **2.2.2.5 Mekanisme Coping**

Pada pasien skizofrenia, klien berusaha untuk melindungi dirinya dari pengalaman yang disebabkan oleh penyakitnya. Klien akan melakukan regresi untuk mengatasi kecemasan yang dialaminya, melakukan proyeksi sebagai usaha untuk menjelaskan persepsinya dan menarik diri yang berhubungan dengan masalah membangun kepercayaan dan preokupasi terhadap pengalaman internal.

#### **2.2.3 Tanda dan Gejala Halusinasi**

Secara umum tanda dan gejala pasien yang menderita halusinasi adalah

1. Respon terhadap realita tidak tepat (Copel, 2007).

Respon yang tidak tepat ini dapat terjadi pada kelima panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan.

Isi halusinasi dapat bermacam-macam yaitu:

##### **a. Halusinasi Pendengaran**

Halusinasi dengar merupakan gejala mayoritas yang sering dijumpai pada pasien skizofrenia. Tien (1991, dalam McLeod dkk. 2006) menyatakan bahwa halusinasi dengar merupakan masalah utama yang paling sering dijumpai. *American Psychiatric*

*Association* (1994, dalam Coupland dkk, 2010) juga menyatakan bahwa halusinasi dengar sering ditemukan pada pasien gangguan jiwa dan juga skizofrenia. Diperkuat oleh Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia 70% mengalami halusinasi dengar. Senada dengan pernyataan diatas Wong (2008) yang juga menyatakan bahwa lebih dari 70% pasien skizofrenia mengalami halusinasi dengar. Pernyataan diatas menunjukkan bahwa persentase halusinasi dengar merupakan persentase terbesar yang ditemukan pada pasien skizofrenia dibandingkan dengan halusinasi lainnya.

Menurut Copel (2007), halusinasi pendengaran merupakan gejala umum yang tampak pada pasien skizofrenia paranoid. Dan halusinasi pendengaran yang terjadi pada pasien skizofrenia paranoid terfokus pada satu tema tunggal sementara pasien tetap mempertahankan fungsi kognitif dan afek yang serasi.

Menurut Smith (2003), pada pasien halusinasi dengar tanda dan gejala dapat dikarakteristik dalam beberapa kategori yaitu karakteristik fisik meliputi: jumlah dan isi dari suara, frekuensi terjadinya, kekuatannya, kejelasan suara yang didengar, lokasi, keyakinan pasien terhadap suara yang didengarnya, tingkat atau derajat kemampuan mengontrol suara-suara, efek dan konsekuensi emosional dan perilaku akibat suara. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala halusinasi meliputi frekuensi, durasi, lokasi dan kekerasan halusinasi, tingkat keyakinan pasien terhadap halusinasi, jumlah dan frekuensi isi negatif halusinasi, intensitas dan jumlah distress yang ditimbulkan, akibat halusinasi terhadap aktivitas sehari-hari pasien dan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi

Pasien halusinasi dengar umumnya mendengar sesuatu tanpa adanya stimulus dari luar. Menurut Rogers dkk (1990 dalam Birchwood, 2009), halusinasi pasien dapat berisikan perintah untuk melukai dirinya sendiri maupun oranglain dan hal ini sering membahayakan bagi pasien sendiri, oranglain maupun lingkungan. Cancro dan Lehman (2000, dalam Videbeck, 2008) menyebutkan bahwa paling sering suara yang didengar adalah suara orang berbicara pada pasien atau membicarakan pasien. Suara dapat satu ataupun banyak dan dapat berupa suara yang dikenal maupun yang tidak dikenal. Sedangkan Sauosa (2007) menyebutkan bahwa halusinasi yang didengar dapat berbentuk suara perempuan (49,87%) dan laki-laki (50,13%). Dan reaksi pasien ketika mendengar suara tersebut, 48,32% adalah marah dan halusinasi yang didengar berasal dari kedua telinga (91,47%).

Sementara itu hasil penelitian Nayani dan David (1996, dalam Birchwood, 2009) menunjukkan bahwa isi halusinasi pendengaran 84% berupa perintah untuk melakukan sesuatu, 77% mengkritik individu, 70% menghina pasien, 66% mengancam, 61% membicarakan tentang orang lain, 53% mendebat pasien, 48% menyenangkan pasien, 41% menanyakan sesuatu dan 40% menertawakan pasien.

Halusinasi dengar harus menjadi fokus perhatian kita bersama karena halusinasi dengar apabila tidak ditangani secara baik dapat menimbulkan resiko terhadap keamanan diri pasien sendiri, oranglain dan juga lingkungan sekitar. Hal ini dikarenakan halusinasi dengar pasien sering berisikan perintah untuk melukai dirinya sendiri maupun oranglain (Rogers dkk, 1990 dalam Birchwood, 2009). Dan secara klinik dan evidence base, halusinasi dengar tersebut telah terbukti dapat menyebabkan distress pada individu (Garety & Hemsley, 1987 dalam Birchwood, 2009).

Senada dengan itu, Wong (2008) juga menyebutkan bahwa lebih dari 75% pasien halusinasi dengar mengalami distress yang sangat tinggi akibat halusinasi yang didengarnya.

Nayani dan David (1996 dalam Birchwood, 2009) juga menyebutkan bahwa pasien halusinasi mengalami distress oleh karena halusinasi yang didengarnya, karena frekuensi halusinasi muncul sedikitnya 5 kali dalam sehari dan dengan durasi lebih dari 3 jam perhari. Birchwood (2009) juga menyebutkan bahwa distress juga dapat disebabkan karena kekerasan dari suara-suara yang didengar, isi dari halusinasi dan juga kepercayaan pasien terhadap isi halusinasi. Dan hal tersebut sering menyebabkan ketakutan/kecemasan bahkan depresi pada pasien skizofrenia. Dan 40% pasien skizofrenia mengalami depresi akibat halusinasi dengar yang dialaminya.

Penelitian Wong (2008) tentang karakteristik halusinasi dengar pada pasien psikotik didapatkan hasil bahwa frekuensi terjadinya halusinasi terjadi dalam beberapa kali dalam setiap jam (27%), 18% pasien melaporkan satu kali dalam setiap jam, 41% terjadi setiap hari dan 14% terjadi setiap minggu. Dan durasi halusinasi dengar tersebut terjadi lebih kurang 10 menit (63%), 27% melaporkan bahwa durasi terjadinya halusinasi adalah kurang dari satu jam dan 9% melaporkan bahwa halusinasi terjadi sepanjang hari. Dan berdasarkan keyakinan pasien terhadap halusinasi yang didengarnya didapat hasil bahwa pasien percaya bahwa halusinasi tersebut merupakan suatu hal yang buruk, suatu hal yang baik, peperangan emosional dan resistensi emosional. Keyakinan bahwa halusinasi merupakan suatu hal buruk berhubungan dengan keyakinan pasien bahwa halusinasi merupakan suatu hal yang maha kuat.

b. Halusinasi Penciuman

Pada halusinasi penciuman isi halusinasi dapat berupa pasien mencium aroma atau bau tertentu seperti urine atau feces atau bau yang bersifat lebih umum atau bau busuk atau bau yang tidak sedap (Cancro & Lehman, 2000 dalam Videbeck, 2008).

c. Halusinasi Penglihatan

Sedangkan pada pasien halusinasi penglihatan, isi halusinasi berupa melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada sama sekali, misalnya cahaya atau orang yang telah meninggal atau mungkin sesuatu yang bentuknya menakutkan (Cancro & Lehman, 2000 dalam Videbeck, 2008). Isi halusinasi penglihatan pasien adalah klien melihat cahaya, bentuk geometris, kartun atau campuran antara gambaran/bayangan yang kompleks. Dan bayangan tersebut dapat menyenangkan pasien atau juga sebaliknya mengerikan (Stuart & Laraia, 2005).

d. Halusinasi Pengecapan

Sementara itu pada halusinasi pengecapan, isi halusinasi berupa pasien mengecap rasa yang tetap ada dalam mulut, atau perasaan bahwa makanan terasa seperti sesuatu yang lain. Rasa tersebut dapat berupa rasa logam atau pahit atau mungkin seperti rasa tertentu. Atau berupa rasa busuk, tak sedap dan anyir seperti darah, urine atau feces (Stuart & Laraia, 2005).

e. Halusinasi Perabaan

Isi halusinasi perabaan adalah pasien merasakan sensasi seperti aliran listrik yang menjalar ke seluruh tubuh atau binatang kecil yang merayap di kulit (Cancro & Lehman, 2000 dalam Videbeck, 2008). Pasien juga dapat mengalami nyeri atau tidak nyaman tanpa



adanya stimulus yang nyata, seperti sensasi listrik dari bumi, benda mati ataupun dari oranglain (Stuart & Laraia, 2005).

2. Tersenyum atau tertawa sendiri (Towsend, 2005)

Pasien tertawa sendiri karena isi halusinasi pasien berisikan hal yang menyenangkan bagi pasien. Hal ini sesuai dengan Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa memang pada tahap satu dari tahapan intensitas halusinasi adalah halusinasi bersifat menyenangkan dan perilaku pasien yang tampak adalah pasien terlihat tersenyum ataupun tertawa sendiri.

3. Berbicara sendiri (Towsend, 2005)

Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa perilaku pasien pada tahap satu halusinasi adalah pasien menggerakkan bibir tanpa suara. Pada tahap ini halusinasi umumnya menyenangkan dan pasien mengalami ansietas sedang. Pengalaman halusinasi menunjukkan emosi seperti ansietas, kesepian, merasa bersalah, takut dan mencoba memfokuskan pada pikiran yang menyenangkan untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan pengalaman sensorinya dapat dikontrol jika ansietasnya dapat diatasi.

4. Melakukan aktivitas fisik yang merefleksikan isi halusinasi (Stuart & Laraia, 2005).

Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005) pada tahap ketiga halusinasi, halusinasi bersifat mengendalikan. Pengalaman sensori mulai mengendalikan dan individu mengalami ansietas berat. Individu mulai menyerah untuk mencoba melawan pengalaman halusinasinya dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan. Individu mengalami kesepian apabila halusinasinya berakhir. Perilaku pasien lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolaknya. Tahapan berlanjut

diberikan oleh halusinasinya dari pada menolaknya. Tahapan berlanjut pada tahap keempat dimana pengalaman sensori menjadi menakutkan apabila individu tidak mengikuti perintah yang akhirnya dapat berakhir dengan pasien melakukan tindakan yang beresiko terhadap keamanan dirinya sendiri, oranglain dan juga lingkungan sekitar.

5. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu / memiringkan kepala ke satu sisi seperti jika seseorang sedang mendengarkan sesuatu (Towsend, 2005)

Sama seperti perilaku sebelumnya perilaku ini terjadi karena individu dikendalikan oleh halusinasinya. Perilaku pasien lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolaknya (Stuart & Laraia, 2005).

6. Kurangnya interaksi dengan oranglain (Copel, 2007)

Stuart dan Laraia (2005), menyebutkan bahwa individu merasa malu dengan dengan pengalamannya dan menarik diri dari oranglain. Dan hal ini terjadi pada tahap kedua tahapan intensitas halusinasi. Halusinasi umumnya menjijikkan dan pasien mengalami ansietas berat. Pengalaman sensori bersifat menjijikkan dan menakutkan. Individu mulai merasa kehilangan kontrol dan berusaha menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan. Dan apabila tahapan berlanjut individu akan mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan oranglain.

7. Kurang dapat berkonsentrasi (Copel, 2007; Towsend, 2005)

Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005), berkurangnya kemampuan individu berkonsentrasi terjadi pada tahap dua intensitas halusinasi. Pada tahap ini pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, individu mulai merasa kehilangan kontrol dan berusaha menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan.

## 2.2.4 Penatalaksanaan Halusinasi

### 2.2.4.1 Terapi Medis

Terapi medis untuk klien halusinasi adalah pemberian obat golongan antipsikotik. Antipsikotik yang dikenal saat ini adalah antipsikotik tipikal dan juga antipsikotik atipikal. Antipsikotik sangat bermanfaat dalam mengurangi gejala psikotik yang terjadi pada pasien skizofrenia.

Berdasarkan Videbeck (2008), kerja utama obat-obatan antipsikotik pada sistem syaraf adalah menyekat reseptor neurotransmitter dopamin. Reseptor dopamin diklasifikasikan ke dalam sub kategori yaitu (D1, D2, D3, D4 dan D5) dan D2, D3 dan D4 dikaitkan dengan skizofrenia. Antipsikotik tipikal merupakan antagonis (bloker) yang kuat terhadap D2, D3 dan D4. Hal ini membuat obat-obatan antipsikotik tipikal efektif dalam menangani gejala target seperti halusinasi tetapi juga menimbulkan efek samping ekstrapiramidal akibat penyekatan reseptor D2. Sedangkan pada antipsikotik atipikal, selain dapat menangani gejala target seperti halusinasi, obat tersebut juga mempunyai efek bloker D2 yang relatif rendah sehingga efek ekstrapiramidal yang ditimbulkan rendah. Selain itu antipsikotik atipikal dapat menghambat reuptake serotonin seperti pada beberapa obat-obatan antidepresan, yang menyebabkan antipsikotik atipikal tersebut juga efektif digunakan untuk mengatasi gejala-gejala negatif pada pasien skizofrenia.

Hal ini juga diperkuat oleh Littrell dan Littrell (1998, dalam Videbeck, 2008) yang menyatakan bahwa antipsikotik tipikal digunakan untuk mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia seperti halusinasi, waham, gangguan pikiran dan juga gejala positif lain, tetapi tidak memiliki efek pada gejala negatif. Sedangkan antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi juga mengurangi gejala negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dan anhedonia. Akan tetapi pada beberapa individu pengobatan antipsikotik tersebut tidak

mendapatkan efek terapi. Sehingga akhirnya gejala tersebut menimbulkan terjadinya gangguan yang lebih lanjut seperti depresi, ansietas, harga diri rendah dan isolasi sosial dan akan menambah masalah serta beban bagi pasien skizofrenia itu sendiri. Dan berdasarkan Kaplan, Saddock dan Grebb (2003), terapi medis hanya 10 persen pasien skizofrenia yang efektif dengan pemberian antipsikotik dan perawatan rumah sakit singkat. Sedangkan selebihnya membutuhkan terapi medis dan psikososial secara komprehensif untuk mendapatkan efek terapi yang optimal. Hal inilah yang menyebabkan psikoterapi juga dibutuhkan dalam perawatan pasien skizofrenia.

#### **2.2.4.2 Terapi Keperawatan**

Asuhan keperawatan pada pasien halusinasi bertujuan membantu pasien dalam mengontrol halusinasinya. Menurut Stuart dan Laraia (2005), beberapa strategi dan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dalam upaya perawatan pasien halusinasi adalah

a. Membina hubungan interpersonal dan hubungan saling percaya

Jika perawat cemas atau takut, pasien juga akan merasa cemas dan takut. Perawat diharapkan dapat sabar, menunjukkan penerimaan dan menjadi pendengar yang baik.

b. Mengkaji gejala halusinasi termasuk durasi, intensitas dan frekuensi

Mengobservasi isyarat perilaku yang mengindikasikan adanya halusinasi. Mengobservasi isyarat yang mengidentifikasi tahapan intensitas halusinasi dan durasi dari halusinasi. Membantu pasien mengingat jumlah halusinasi yang dialami setiap hari

c. Fokus pada gejala dan ajak pasien untuk menggambarkan tentang apa yang terjadi

Menolong pasien untuk mengontrol halusinasi, lakukan distraksi dan minimalikan intensitas terjadinya halusinasi

- d. Mengidentifikasi apakah pasien pernah menggunakan obat-obatan terlarang
- e. Katakan dengan singkat dan sederhana bahwa perawat tidak sedang mengalami stimulus yang sama. Hal ini dilakukan agar klien menyadari apa yang sedang terjadi pada lingkungannya. Jangan melakukan argumentasi tentang perbedaan persepsi. Jika halusinasi terjadi, jangan biarkan pasien sendiri.
- f. Anjurkan pasien untuk melakukan hubungan interpersonal dengan oranglain sebagai tehnik manajemen untuk mengontrol gejala
- g. Bantu pasien menggambarkan dan membandingkan halusinasi yang sekarang dan yang lalu
- h. Bantu mengidentifikasi kebutuhan yang mungkin tercermin melalui isi halusinasi.
- i. Tetapkan pengaruh gejala pasien terhadap aktivitas sehari-hari pasien

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk merawat pasien halusinasi adalah mengurangi stimulus eksternal seperti musik yang keras, kenali faktor pencetus dengan cara bertanya pada pasien tentang onset terjadinya halusinasi, monitor program televisi untuk meminimalkan stimulus eksternal yang menjadi pencetus terjadinya halusinasi, monitor halusinasi yang berisikan perintah yang dapat menyebabkan perilaku agresif atau perilaku kekerasan dan lakukan terapi medis yang telah ditetapkan (Shives, 2005).

Sedangkan Copel (2007) menyebutkan bahwa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah memonitor tanda-tanda halusinasi, menganjurkan pasien untuk menceritakan isi halusinasinya, bila halusinasi timbul orientasikan pasien ke realita dan beri umpan balik berdasarkan situasi itu. jangan menyangkal pengalaman pasien namun terangkan bahwa persepsi sensori pasien tidak sama dengan persepsi sensori oranglain. berbicara dengan pasien saat pasien sedang mengalami halusinasi secara aktif, memberitahu

pasien tentang cara-cara hubungan interpersonal yang dapat membantu memenuhi kebutuhan, mengurangi ansietas dan menurunkan kebutuhan untuk berhalusinasi, bantu pasien mengidentifikasi perasaan mana yang mengarahkannya pada halusinasi, mengajarkan tehnik distraksi pada pasien dan sediakan kesempatan pasien untuk terlibat dalam aktivitas. Secara umum tindakan keperawatan pada pasien halusinasi adalah dengan mengorientasikan pasien ke realita, melakukan kegiatan, melakukan interaksi sosial dengan oranglain dan juga obat-obatan.

Tindakan keperawatan pada pasien halusinasi meliputi:

a. Tindakan Generalis

1. Individu

Melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan halusinasi. Penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi yang dilakukan oleh Carolina (2008) menunjukkan bahwa dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dan juga menurunkan tanda dan gejala halusinasi. Standar asuhan keperawatan meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, identifikasi hasil, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi. Rencana tindakan keperawatan halusinasi dilakukan pada pasien melalui pertemuan yang direncanakan empat kali pertemuan, dan melalui pertemuan tersebut diharapkan klien dapat mengenal halusinasinya dan mempraktekkan empat cara mengontrol halausinasi yaitu menghardik, bercakap-cakap dengan oranglain, melakukan aktivitas terjadwal dan patuh minum obat.

Berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa (2008), tindakan generalis keperawatan yang dilakukan pada halusinasi meliputi tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga. Tindakan keperawatan pada pasien bertujuan agar halusinasi yang dihadapi pasien teratasi, klien dapat mengenal halusinasinya dan juga mengontrol halusinasinya. Dan tindakan keperawatan yang dilakukan

adalah mengidentifikasi jenis halusinasi klien, mengidentifikasi isi halusinasi, mengidentifikasi waktu halusinasi klien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi, mengajarkan klien cara menghardik halusinasi, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien di rumah), memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, menganjurkan dan bersama klien membuat jadwal kegiatan harian untuk latihan mengenal dan mengontrol halusinasi, mengevaluasi jadwal kegiatan yang sudah dibuat bersama klien.

Berdasarkan Varcarolis (1990) kemampuan yang harus dimiliki pasien meliputi 3 aspek yaitu kognitif, psikomotor dan juga afektif. Kemampuan kognitif atau pengetahuan yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mengenal halusinasi dan juga mengenal cara mengontrol halusinasi. Sedangkan kemampuan psikomotor atau kemampuan pasien dalam melaksanakan cara-cara mengontrol halusinasi yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi, melatih cara yang diajarkan sesuai dengan jadwal dan juga mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang diajarkan saat halusinasi muncul (Keliat dkk, 2005).

Kemampuan kognitif atau pengetahuan dan psikomotor atau pelaksanaan cara-cara mengontrol halusinasi yang harus dimiliki pasien adalah

a. Menghardik

Salah satu cara mengontrol halusinasi adalah menghardik halusinasi. Klien menghardik dengan cara mengatakan stop atau pergi hingga halusinasi pergi. Hal ini sesuai dengan Millis (2000,

dalam Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006) yang menyatakan bahwa coping yang harus dilakukan untuk mengontrol halusinasi dan juga melawan kekhawatiran akibat halusinasi adalah dengan cara interaksi yaitu menyuruh halusinasi pergi. Begitu juga Kneils, dkk (2004) yang menyatakan bahwa dengan melawan halusinasi dapat membantu pasien mengatasi masalahnya. Stuart dan Laraia (2005) juga menyebutkan salah satu cara mengontrol halusinasi adalah dengan melawan kembali halusinasi yang dapat dilakukan dengan cara berteriak/menghardik halusinasi tersebut.

b. Bercakap-cakap dengan orang lain

Pasien diajarkan bagaimana cara menyampaikan kepada oranglain tentang kondisi yang dialaminya saat itu dan dianjurkan bercakap-cakap dengan oranglain sebelum halusinasi muncul. Millis (2000, dalam Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006) yang menyatakan bahwa dengan aktivitas sosial seperti berbicara dengan oranglain baik teman maupun keluarga dapat membantu pasien dalam mengontrol halusinasi dan juga melawan kekhawatiran akibat halusinasi. Smith (2003), menyebutkan hal yang sama bahwa dengan meningkatkan interaksi sosial dapat membantu pasien dalam mengontrol halusinasinya.

c. Melakukan aktivitas

Melakukan aktivitas merupakan salah satu cara mengontrol halusinasi. Hal ini juga sesuai dengan Millis (2000, dalam Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006) yang menyatakan bahwa dengan aktivitas dapat membantu pasien dalam mengontrol halusinasi dan juga melawan kekhawatiran akibat halusinasi. Selain itu Smith (2003) menyebutkan bahwa salah satu cara mengontrol halusinasi adalah dengan cara meningkatkan aktivitas.



d. Patuh minum obat

Menurut Carson (2000), cara yang digunakan untuk mengatasi halusinasi adalah dengan penggunaan obat. Begitu juga dengan Millis (2000, dalam Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006) juga menyebutkan hal yang sama yaitu medikasi dapat mengatasi halusinasi.

e. Mengubah keyakinan tentang halusinasi

Birchwood (2009) menyebutkan bahwa pasien menilai halusinasi merupakan sesuatu yang sangat kuat dan menguasai dan pasien menilai dirinya tidak punya kekuasaan, memalukan dan merasa rendah. Dan hal itu menyebabkan 2/3 pasien mengalami distress dan tertekan. Oleh karena itu pasien harus dapat mengubah keyakinan yang salah tentang dirinya. Menurut Smith (2003), pasien harus dapat membantah keyakinan tersebut. Hal ini juga didukung oleh Stuart dan Laraia (2005) yang menyebutkan bahwa pasien halusinasi harus melawan kembali halusinasinya dengan cara mencoba untuk berpikir secara positif dan menanamkan pada diri sendiri bahwa individu mampu melawan halusinasi (*self talk*).

f. Melakukan distraksi ketika halusinasi muncul

Menurut Smith (2003), keyakinan tentang kekuatan dan kekuasaan halusinasi akan menjadi melemah ketika pasien dilatih strategi koping untuk mengontrol halusinasi secara konsisten. Salah satu tehnik yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan tehnik distraksi seperti mendengarkan musik, membaca dengan kuat dan menonton televisi (Millis, 2000 dalam Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Smith (2003) juga menyebutkan hal yang sama bahwa salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengontrol halusinasi adalah dengan meningkatkan stimulus sensori seperti

mendengar musik atau televisi. Begitu juga dengan Copel (2007), salah satu tehnik yang dapat membantu pasien mengontrol halusinasi adalah mengajarkan tehnik distraksi pada pasien. Hal diatas sesuai dengan Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa salah satu cara mengontrol halusiansi adalah dengan cara melakukan tehnik distraksi. Dan tehnik distraksi yang dapat dilakukan pasien adalah dengan cara menonton televisi, melakukan hobi, membaca, bejalan/berenang, humor, rekreasi, menari, pergi ke pesta/konser, bernyanyi/bermain musik, bekerja, menulis dan mendengarkan musik.

g. Melakukan relaksasi

Menurut Millis (2000, dalam Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006), aktivitas fisik yang dapat digunakan untuk mengontrol halusinasi adalah dengan melakukan tehnik relaksasi atau tehnik nafas. Smith (2003) juga menyebutkan bahwa tehnik relaksasi merupakan salah satu tehnik untuk membantu pasien mengontrol halusinasi, mengontrol sensasi fisik dengan cepat dan membantu pasien menjadi lebih nyaman. Stuart dan Laraia (2005) juga menyebutkan bahwa salah satu cara mengontrol halusiansi adalah membuat pasien menjadi lebih baik yaitu dengan cara melakukan tehnik relaksasi.

2. Kelompok

Melakukan terapi aktivitas kelompok yang dapat dilakukan adalah Terapi Aktivitas Kelompok Persepsi yang terdiri dari 5 sesi. Sesi pertama befokus untuk mengenal halusinasi, sesi kedua mengontrol halusinasi dengan menghardik, sesi ketiga mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, sesi keempat mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap dan sesi kelima mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat (Keliat & Akemat, 2005).

### 3. Tindakan Keperawatan Spesialis

Menurut Vorcalis, Carson dan Shoemaker (2006). terapi yang dapat dilakukan adalah

#### a) *Cognitive behavior Therapy*

Menurut Seckinger dan Amador (2001, dalam Stuart & Laraia, 2005), *cognitive behavior therapy* pada dahulunya dikembangkan untuk gangguan afektif tetapi saat ini telah digunakan secara sukses untuk mengobati halusinasi yang persisten dan juga delusi. Terapi ini juga efektif untuk pasien skizofrenia yang resisten terhadap pengobatan. *Cognitive behavior therapy* merupakan metode merubah proses pikir, prilaku dan emosi. Pelaksanaan *cognitive behavior therapy* menggunakan pendekatan psikoedukasi dapat menurunkan gejala positif psikotik terutama seperti halusinasi dan delusi pada pasien skizofrenia kronis.

Hasil penelitian Sasmita (2008) yang menunjukkan bahwa kemampuan prilaku dan kognitif pasien harga diri rendah meningkat setelah dilakukan *cognitive behaviour therapy*. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan Fauziah (2009) yang menunjukkan bahwa pemberian *cognitive behaviour therapy* dapat meningkatkan kemampuan prilaku dan kognitif pasien dalam mengatasi prilaku kekerasan. Terapi ini akan dijelaskan lebih lanjut yang akan digunakan sebagai intervensi.

#### b) *Sosial skills training*

*Sosial skills training* merupakan terapi prilaku yang digunakan untuk menolong individu yang mengalami kesulitan berhubungan dengan oranglain. Tujuan terapi ini adalah untuk mengajarkan individu prilaku verbal dan non verbal dalam interaksi sosial. membantu pasien belajar menginterpretasikan signal sosial. sehingga pasien dapat memutuskan bagaimana bertindak yang

sesuai dengan situasi (Koenigsberg, 2003). Hasil penelitian Renidayati (2007) juga menunjukkan bahwa dengan *social skills training* dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor pasien yang mengalami isolasi sosial.

c) *Group therapy*

Terapi kelompok yang dapat dilakukan pada pasien halusinasi adalah *cognitive behaviour group*, yang hampir sama dengan pendekatan *cognitive behaviour group* pada psikotherapy. Fokus kerja kelompok adalah pada proses berpikir dan pola perilaku. Terapis berasumsi bahwa sikap yang negatif dan pikiran yang negatif adalah hasil dari interpretasi individu terhadap dunia jelek, pemikiran ini akan menghasilkan pola perilaku yang maladaptif. Anggota kelompok dapat memberikan support satu sama lain tentang sikap dan perilaku mereka dan mengobservasinya (Frisch & Frisch, 2006).

d) *Family therapy*

*Family therapy* adalah tipe *psychotherapy* yang melibatkan seluruh anggota keluarga inti atau keluarga extended. Terapis membantu keluarga menghadapi masalah yang penting dan mempengaruhi fungsi keluarga dan lingkungan rumah. Tujuannya untuk meningkatkan komunikasi, memecahkan masalah keluarga, mengerti situasi keluarga dan membuat fungsi keluarga lebih baik. Untuk keluarga dengan masalah kesehatan mental, terapi keluarga dapat mengajarkan keluarga tentang penyakit dan bagaimana mengatasi masalah yang berhubungan dengan perawatan anggota keluarga. Hasil penelitian Wardaningsih (2007) juga memperlihatkan bahwa ada pengaruh psikoedukasi keluarga secara bermakna dalam menurunkan beban keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

### 2.2.5.3 Terapi Psikososial

Terapi Psikososial yang dapat dilakukan untuk membantu pasien dalam mengatasi halusinasi berdasarkan *National Institute Mental Health of America* (2009) adalah

#### a. *Cognitive Behaviour Therapy*

*Cognitive Behaviour Therapy* merupakan suatu terapi yang digunakan untuk mengubah pikiran dan perilaku pasien secara bersamaan. Terapi ini akan dijelaskan lebih lanjut dan digunakan sebagai intervensi dalam penelitian ini.

#### b. Terapi Keluarga

Terapi keluarga penting dilakukan untuk membantu penyembuhan pasien halusinasi. Hal ini dikarenakan pasien halusinasi akan dirawat di rumah oleh keluarga setelah kembali dari rumah sakit. Dengan terapi keluarga, anggota keluarga dapat belajar strategi koping dan meningkatkan kemampuan mengatasi masalah. Dan melalui terapi ini keluarga belajar bagaimana cara merawat pasien di rumah.

#### c. *Self Help Group*

*Self Help Group* pada pasien skizofrenia dan keluarganya merupakan hal yang penting dilakukan. Tujuannya agar anggota kelompok dapat saling memberikan motivasi dan semangat. Masing-masing anggota mengetahui tentang kesamaan masalah yang dihadapi sehingga mereka tidak merasa terkucilkan.

Dari ketiga terapi diatas, *cognitive behaviour therapy* merupakan terapi yang direkomendasikan dilakukan pada pasien halusinasi. Karena dengan *cognitive behaviour therapy* banyak manfaat yang didapatkan pasien yaitu pasien dapat mengurangi gejala positif dan negatif skizofrenia yang dialaminya, menurunkan kekambuhan dan meningkatkan kemampuan koping (Chi-Chan

dkk, 2002; Granholm, dkk, 2005). Dan dengan pelaksanaan *cognitive behaviour therapy*, cara berpikir dan perilaku pasien yang salah diubah menjadi positif, dan tersebut menjadi salah satu sumber coping pasien ketika nantinya ia mengalami hal yang sama.

### 2.3 *Cognitive behaviour therapy*

*Cognitive behaviour therapy* memiliki asumsi bahwa pola berpikir dan keyakinan mempengaruhi perilaku dan perubahan kognisi ini dapat menghasilkan perubahan perilaku yang diharapkan (Dobson & Dozois, 2001). Teori *Cognitive Behaviour* pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Sementara itu adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irrasional, dimana pemikiran yang irrasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku maka *cognitive behaviour therapy* diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif (Oemarjoedi, 2003).

*Cognitive behaviour therapy* merupakan terapi yang berfokus untuk mengubah perilaku dan pikiran individu. Kenny (2008) menyatakan bahwa *cognitive behaviour therapy* telah menjadi pengobatan central dan preventif. Secara evidence based *cognitive behaviour therapy* dalam jangka waktu pendek merupakan terapi psikologis yang dapat merubah pemikiran negatif. Selain itu *cognitive behaviour therapy* dapat menolong individu merubah pikirannya dan membawanya ke dalam perspektif baru, dan diajarkan juga strategi perilaku yang adaptif. Senada dengan pernyataan diatas, *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006)

menyatakan bahwa *cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan prilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi.

Oemarjoedi (2003) menyebutkan bahwa bagaimana individu menilai situasi dan bagaimana cara mereka menginterpretasikan suatu kejadian akan sangat berpengaruh terhadap kondisi reaksi emosional yang kemudian akan mempengaruhi tindakan yang dilakukan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sistem keyakinan atau kepercayaan adalah penyebab utama dari gangguan perilaku.

Untuk memahami psikopatologi gangguan mental dan perilaku, *cognitive behaviour therapy* mencoba menguraikan penyebabnya sebagai akibat dari adanya pikiran dan asumsi irasional, adanya distorsi dalam proses pemikiran manusia. Walaupun pada umumnya masalah gangguan mental psikologis berakar pada masa anak-anak, namun gangguan tersebut diperkuat dengan cara pengulangan pada masa selepas masa anak-anak. Dialog internal didalam diri individu memegang peran penting dalam tingkah laku yang ditampilkan. Individu menyimpulkan asumsi dan membentuk konsep yang salah atau negatif. Dan konsep yang negatif tersebut akan mempengaruhi kualitas perasaan yang ditampilkan untuk menjadi negatif, dan perasaan negatif akan mengarah pada tingkah laku menjadi negatif pula (Oemarjoedi, 2003).

Hal senada juga disebutkan oleh Burns (1998 dalam Safaria & Saputra, 2009) yang menyatakan bahwa semua penilaian tentang setiap peristiwa tergantung dari *self talking* individu dengan pikirannya, yang sering disebut dialog internal, sehingga apapun tanggapan dari pikiran tersebut tergantung dari seberapa baik individu tersebut mengenal sederatan dari setiap peristiwa positif maupun negatif yang berada dalam pikirannya, sehingga penilaian tersebut pada akhirnya akan menghasilkan suatu perasaan atau *mood* yang diciptakan secara otomatis dari pikiran-pikiran tersebut. Dan tidak jarang

penilaian tersebut mengalami kekacauan kognitif atau yang sering disebut distorsi kognitif. Beck (2008, dalam Townsend, 2009) juga menyatakan bahwa pikiran otomatis akan terjadi secara cepat sebagai respon terhadap situasi dan tanpa adanya analisis rasional. Pikiran tersebut seringkali merupakan pikiran negatif dan berdasarkan pada logika yang keliru. Dan Beck (1987 dalam Townsend, 2009) menyebutnya sebagai pikiran negatif atau distorsi kognitif.

Menurut Beck (1987, dalam Townsend, 2009; Burns, 1998 dalam Safaria & Saputra, 2009), macam-macam distorsi kognitif yang dapat menyebabkan kegalauan emosi dapat terjadi dalam beberapa bentuk yaitu: 1) Pemikiran segalanya atau tidak sama sekali, hal ini menunjukkan segala sesuatu dari kategori hitam atau putih secara ekstrem. 2) Terlalu mengeneralisasi (*over generalisasi*), yaitu memandang peristiwa yang negatif sebagai sebuah kekalahan tanpa akhir. 3) Filter mental, yaitu menemukan hal kecil yang negatif dan terus memikirkannya sehingga pandangan dalam diri individu menjadi gelap. 4) Mendiskualifikasikan yang positif, yaitu menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu bukan apa-apa. 5) Loncatan kesimpulan, yaitu membuat sebuah penafsiran negatif walaupun tanpa fakta yang jelas untuk mendukung kesimpulan. 6) Pembesaran dan pengecilan, yaitu melebih-lebihkan pentingnya segala sesuatu hal (misalnya kesuksesan oranglain atau kesalahan diri sendiri). 7) Penalaran emosional, yaitu menganggap bahwa emosi-emosi yang negatif mencerminkan bagaimana sebenarnya realita. 8) Pernyataan harus, yaitu mencoba menggerakkan diri sendiri dengan harus serta seharusnya tidak, seolah-olah harus dicambuk untuk melakukan sesuatu. 9) Memberi cap salah / salah memberi cap, yaitu suatu bentuk ekstrem dari *overgeneralisasi*, selain menguraikan kesalahan dalam diri individu, individu memberi sebuah cap yang negatif pada diri sendiri. 10) Personalisasi, yaitu memandang diri sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif. Distorsi ini merupakan sumber bersalah dan individu yang mengalaminya merasa bertanggungjawab atas semua peristiwa negatif yang terjadi.



Menurut Stuart dan Laraia (2005), strategi *cognitive behaviour therapy* adalah menurunkan ansietas yang salah satunya dengan cara latihan relaksasi, restrukturisasi kognitif dengan cara memonitor pikiran dan perilaku dan belajar perilaku baru seperti belajar *token economy*, *role play* dan *social skills training*. Sedangkan menurut Meichenbaum (1996, dalam Corey, 1996; Oemarjoedi, 2003), proses *cognitive behaviour modification* menggunakan teknik terapi *self instructional* yang merupakan proses merestrukturisasi sistem kognisi pasien, dan sebagai langkah awal untuk perubahan perilaku pasien harus mengenali cara mereka berpikir, merasa dan bertindak serta bagaimana akibatnya terhadap oranglain. Proses tahapan dalam *cognitive behaviour modification* adalah 1) observasi diri, pasien diminta mendengar dialog internal dalam diri mereka dan mengenali karakteristik pernyataan negatif yang ada, proses ini melibatkan kegiatan meningkatkan sensitivitas terhadap pikiran, perasaan, perbuatan, reaksi fisiologis dan pola reaksi terhadap oranglain. 2) Membuat dialog internal baru; setelah pasien belajar untuk mengenali perilaku menyimpang, mereka mulai mencari kesempatan untuk mengembangkan alternatif tingkah laku adaptif dengan cara merubah dialog internal sehingga dengan dialog internal baru tersebut dapat menghasilkan tingkah laku baru yang akan memberi dampak terhadap struktur kognisi pasien. 3) Belajar keterampilan baru; pasien belajar teknik mengatasi masalah secara praktis yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Pada pelaksanaannya *cognitive behaviour therapy* juga mempersiapkan diri pasien agar dapat melakukan intervensi dan memotivasi dirinya sendiri untuk berubah, serta mampu berhadapan dengan kemungkinan resistensi dan relapse melalui pelatihan *stress-inoculation* yang terdiri dari kombinasi antara pemberian informasi, diskusi, restrukturisasi kognitif, problem solving, relaksasi, pengulangan tingkah laku, monitor diri, instruksi diri, penguatan diri dan kemampuan dalam merubah lingkungan (Oemarjoedi, 2003).

Indikasi *cognitive behaviour therapy* adalah pada pasien depresi, ansietas termasuk *obsesive compulsive*, *agoraphobia*, *phobia* spesifik, ansietas

menyeluruh dan posttrauma, stress, gangguan makan, adiksi, *hypochondriasis*, disfungsi seksual, manajemen marah, gangguan pengendalian impuls, perilaku antisosial, kecemburuan, pemulihan sexual abuse, gangguan kepribadian, masalah kesehatan mental kronis, *disability* psikis, skizofrenia, manajemen nyeri, manajemen stress, gangguan perilaku pada anak dan remaja dan masalah hubungan dalam keluarga (Froggrat, 2006). Hal tersebut menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif dalam mengatasi masalah pada pasien, tidak hanya pasien jiwa baik berat tetapi juga pada gangguan mental emosional.

Banyak penelitian yang menyatakan bahwa terapi ini efektif untuk pasien skizofrenia khususnya dalam mengatasi halusinasi. Terbukti dengan penelitian Janner dkk (2006) yang telah membuktikan bahwa dengan *Hallucination Fokuced Integrative* yang menggunakan berbagai terapi modalitas seperti *cognitive behaviour therapy*, pelatihan koping, terapi keluarga, upaya rehabilitasi, intervensi krisis *assertive mobile*, pemberian antipsikotik bermanfaat dalam mengatasi halusinasi. Hasil penelitian Barrowclough dkk (2001) menunjukkan bahwa program perawatan yang terintegrasi antara *motivational interviewing*, *cognitive behaviour therapy* dan terapi keluarga lebih efektif mengurangi gejala positif dan negatif pada pasien skizofrenia dibandingkan dengan pada perawatan umum.

Morisson (2002) juga menyatakan bahwa terapi yang dapat dilakukan untuk mengurangi halusinasi atau gejala-gejala positif dari skizofrenia, salah satunya adalah *cognitive behaviour therapy*. Penelitian Trower, dkk (2004) dalam Birchwood (2009) telah membuktikan juga bahwa dengan pemberian *cognitive behaviour therapy* dapat mengurangi kepercayaan terhadap kekuatan halusinasi dan meningkatkan efektifitas interpersonal. Perubahan halusinasi yang tampak setelah pemberian *cognitive behaviour therapy* adalah menurunnya tanda dan gejala halusinasi pasien. Karena pada pre test didapat rata-rata skor halusinasi pasien 4.8 tetapi setelah dilakukan terapi skor halusinasi menurun menjadi 1.8. Hal ini menunjukkan bahwa *cognitive*

*behaviour therapy* efektif menurunkan tanda dan gejala halusinasi pasien. Selain itu hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy* pasien dapat mengurangi frekuensi dan kekuatan halusinasi serta distress dan depresi yang dihadapi pasien dalam menghadapi gejala psikotik yang dialaminya.

Penelitian Tarrrier, dkk (2002) juga menunjukkan bahwa terjadi perubahan yang signifikan terhadap total skala gejala positif dan negatif skizofrenia dan total skor halusinasi yang terlihat dengan berkurangnya frekuensi, durasi, lokasi dan intensitas halusinasi, tahap keyakinan pasien terhadap halusinasi, jumlah dan frekuensi isi negatif halusinasi, frekuensi dan jumlah distress yang ditimbulkan, akibat halusinasi terhadap aktivitas sehari-hari pasien dan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi setelah dilakukan *cognitive behaviour therapy* dalam 4 minggu tetapi tidak pada 6 minggu pemberian terapi. Dan penelitian ini juga menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* lebih efektif dalam menurunkan gejala positif dan negatif skizofrenia dibandingkan dengan hanya pemberian terapi secara umum maupun pemberian terapi konseling suportif. Berdasarkan Turkington, Kingdon dan Weiden (2006), *cognitive behaviour therapy* tidak efektif pada semua pasien, contohnya pada pasien dengan gangguan proses pikiran atau agitasi. Oleh karena itu pemilihan kategori pasien sangat mendukung dalam keberhasilan pelaksanaan terapi.

Tujuan *cognitive behaviour therapy* adalah merubah penilaian klien terhadap stressor sehingga klien mampu berpikir positif dan akhirnya dapat merubah prilakunya yang maladaptif. Dengan pikiran positif tersebut, klien dapat lebih mudah mengatasi masalah, tidak pantang menyerah dan optimis dalam menghadapi kehidupannya dan akhirnya menjadi sumber koping bagi pasien. *Cognitive behaviour therapy* berusaha untuk merubah keyakinan dan perilaku klien secara bersamaan. Didukung oleh pernyataan Wells dan Giannetti (1990, dalam Frisch & Frisch, 2006) yang menyebutkan bahwa *cognitive behaviour*

*therapy* membantu pasien mengatasi masalah, merubah prilaku, lingkungan atau kognitifnya secara langsung dan meningkatkan kemampuan coping klien.

Prinsip-prinsip dalam pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* berdasarkan Oemarjoedi (2003) adalah kebutuhan partisipasi dan pengertian yang lebih besar kepada pasien, penjelajahan yang mendalam terhadap pikiran, emosi dan tingkah laku, tehnik memperbaiki pola pemikiran yang negatif, tehnik kombinasi berbagai metode dan model belajar kreatif, lebih sensitif terhadap kebutuhan pasien, bantuan dan intervensi terhadap ingatan masa lalu dengan hypnosis, bantuan dan dukungan bahwa pola pikir yang baru dapat memberikan kehidupan dan fungsi pribadi yang lebih baik dan harus lebih fleksibel dalam pelaksanaan terapi.

Selain itu prinsip terapi ini adalah bahwa pada dasarnya pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon, sistem keyakinan /kepercayaan adalah penyebab utama dari gangguan prilaku dan *cognitive behaviour therapy* lebih menekankan pada masa kini dari pada masa lalu namun bukan berarti mengabaikan masa lalu.

Terapis diharapkan mampu berfungsi sebagai guru dan pasien sebagai murid dimana terapis bersikap direktif dan mengajarkan pasien mekanisme stimulus-kognisi-respon yang baru untuk merubah struktur kognitif pasien. Terapis juga diharapkan mampu menolong pasien menentukan keyakinan yang salah dan membuka alternatif lain untuk melanjutkan kehidupannya (Oemarjoedi, 2003). Dengan demikian terapis membantu pasien untuk mengurangi distress yang dihadapi pasien akibat gejala yang dialaminya.

Lamanya sesi dalam terapi adalah 45 menit sampai dengan 60 menit (Tarierr dkk, 2002 & Wykes dkk, 1999). *Cognitive behaviour therapy* biasanya dilaksanakan dalam waktu 50 menit (Kirk, Westbrook & Kennerley, 2007). Sedangkan *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* menyebutkan bahwa sesi terapi minimal antara 30 sampai

dengan 60 menit. Pernyataan ini memberi arti bahwa proses pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* berkisar antara 30 sampai dengan 60 menit.

Sedangkan untuk jumlah sesi dalam *cognitive behaviour therapy* disesuaikan dengan masalah yang akan diatasi. Menurut Kirk, Westbrook dan Kennerley (2007) *cognitive behaviour therapy* dilakukan antara 6 sampai dengan 20 sesi. Hal yang sama disebutkan oleh *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* yang menyebutkan bahwa jumlah sesi terapi antara 5 sampai 20 sesi dan bisa dilakukan perminggu. Kingdon dan Turkington (2005) juga menyebutkan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif dilakukan dalam 10 sesi. Sedangkan Tarrier dkk (2004) menyebutkan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif mengurangi gejala halusinasi secara signifikan setelah dilakukan dalam 4 sesi dan kurang merubah tanda dan gejala secara signifikan setelah dilakukan dalam 6 sesi.

Oemarjoedi (2003) menyebutkan bahwa secara teori *cognitive behavior therapy* dilakukan sedikitnya dalam 12 sesi yaitu terdiri dari assesmen dan diagnosa (sesi 1 dan 2), pendekatan kognitif (sesi 2-3), formulasi status (sesi 3-5), fokus terapi (sesi 4-10), intervensi tingkah laku (sesi 5-7), perubahan *core beliefs* (sesi 8-11) dan pencegahan relapse (sesi 11-12). Namun penerapannya seringkali mengalami hambatan dan memerlukan penyesuaian yang lebih fleksibel. Hal ini karena terapi diatas akan menjadi terlalu lama, terlalu mahal, terlalu rumit, membosankan dan menurunkan keyakinan pasien terhadap kemampuan terapisnya. Sehingga dalam proses pelaksanaannya *cognitive behaviour therapy* perlu dilakukan modifikasi.

Dewasa ini banyak referensi yang menyebutkan tentang proses pelaksanaan *cognitive behavior therapy* dari beberapa tokoh baik dalam maupun luar negeri. Untuk lebih jelasnya proses pelaksanaan *cognitive behavior therapy* tersebut dapat dilihat pada tabel 2.1 dibawah ini:

Tabel 2.1

## Proses Pelaksanaan Cognitive Behaviour Therapy Dari Beberapa Referensi

No	Komponen	Nama Tokoh								
		Klieng berg dkk (2009)	Oema rjoedi (2003)	Frograt (2006)	Smith (2003)	Peters (2009)	Kingdon & Turkington (2005)	Turking ton dkk (2006)	Rector (2005)	Fauziah (2009), Draf Terapi Spesialis (2008)
1	Pemberian motivasi dan membangun Hubungan	√		√			√	√	√	
2	Assesment	√	√	√	√	√				√
3	Normalisasi dan informasi	√						√	√	
4	Formulasi kasus	√				√		√		
5	Tehnik mengubah gejala utama	√					√	√		
6	Intervensi kognitif	√	√	√	√	√	√	√	√	√
7	Tehnik memperbaiki fungsi sosial	√				√				
8	Persiapan terapi			√						
9	Terapi prilaku		√	√	√	√	√	√	√	√
10	Evaluasi		√	√						√
11	Psikoedukasi				√		√		√	
12	Pencegahan relapse		√		√	√		√	√	√
13	Strategi koping					√	√	√		
14	Atasi gejala-gejala negatif							√	√	

## 2.4 Cognitive Behaviour Therapy Halusinasi

### 2.4.1 Pengertian *cognitive behavior therapy* halusinasi

*Cognitive behavior therapy* adalah suatu terapi yang membantu individu mengevaluasi kembali persepsi, keyakinan, cara berfikir dan prilaku yang tidak adaptif yang disebabkan oleh halusinasi.

#### 2.4.2 Tujuan *cognitive behavior therapy* halusinasi

Menurut Smith (2003), *cognitive behaviour therapy* pada halusinasi bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang pengalaman halusinasi, meningkatkan kemampuan koping dengan gejala-gejala halusinasi yang bersifat residual, menurunkan stress yang berhubungan dengan halusinasi dan mencegah terjadinya kekambuhan.

#### 2.4.3 Peran Terapis *cognitive behavior therapy* halusinasi

- a. Membantu pasien mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri yang dialami pasien (*assessment*) dan mengenali pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang dialami
- b. Membantu pasien belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku maladaptif
- c. Membantu pasien menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan dalam merubah perilaku negatif.
- d. Menyepakati dengan pasien konsekwensi positif dan konsekwensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- e. Mendiskusikan dengan pasien tentang kemajuan dan perkembangan terapi dan memberikan *feed back* pada pasien atas hasil kemajuan dan perkembangan terapi.
- f. Membantu pasien untuk tetap menerapkan konsekwensi positif dan konsekwensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- g. Mengevaluasi pelaksanaan tindakan perilaku dengan konsekwensi yang telah disepakati.
- h. Membuat komitmen dengan pasien untuk melakukan metode untuk mengubah pikiran jadi positif dan perilaku jadi adaptif secara mandiri dan berkesinambungan yaitu pasien sendiri yang membantu dirinya untuk mencegah kekambuhan.
- i. Membuat komitmen dengan pasien untuk secara aktif melakukan pikiran, perasaan dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.

#### 2.4.4 Aplikasi *cognitive behavior therapy* halusinasi

Berdasarkan referensi diatas, maka dapat disimpulkan bahwa masing-masing peneliti maupun tokoh hampir menerapkan tehnik dan komponen yang sama dalam pelaksanaan terapi yaitu adanya pengkajian, intervensi kognitif, intervensi prilaku dan juga pencegahan kekambuhan.

Berdasarkan pertimbangan diatas maka pelaksanaan *cognitive behavior therapy* pada halusinasi terdiri dari 5 sesi berdasarkan draft terapi spesialis (2008) yaitu:

##### Sesi 1 : Pengkajian

Mengungkapkan pengalaman/kejadian halusinasi serta pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman/kejadian halusinasi yang dialami, serta latihan satu pikiran otomatis negatif.

##### Sesi 2 : Terapi Kognitif

Meriview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan pasien secara mandiri dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

##### Sesi 3 : Terapi Perilaku

Meriview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis pertama dan kedua yang dilakukan pasien secara mandiri, mengidentifikasi perilaku negatif yang akan diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul dan mendiskusikan konsekwensi positif atau konsekwensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan



Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

Meriview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekwensi yang disepakati

Sesi 5 : Mencegah Kekambuhan

Meriview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan *cognitive behaviour therapy* disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan dengan cara mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah

Penjabaran tentang pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dalam penelitian ini dapat dilihat dalam Modul Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* pada Pasien Halusinasi terlampir (Lampiran 6.).

### BAB 3

## KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

### 3.1 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori ini merupakan uraian dari kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian ini. Kerangka teori ini disusun dengan modifikasi konsep-konsep teori yang diuraikan dalam tinjauan teoritis, yaitu tentang skizofrenia, halusinasi dan *cognitive behaviour therapy*.

*The Canadian Mental Health Association* (2008) menyebutkan bahwa gangguan jiwa merupakan dampak serius terhadap ketidakmampuan individu berfungsi secara efektif dalam waktu yang cukup lama yang ditandai dengan kerusakan proses berpikir, mood dan perilaku. Gangguan jiwa dapat terjadi dalam berbagai bentuk yaitu dari yang ringan sampai berat. Gangguan jiwa berat yang sering dijumpai adalah skizofrenia.

Menurut *National Institute Mental Health of United States* (2007), skizofrenia merupakan penyakit otak yang kronis dan berat yang berakibat terhadap individu sepanjang kehidupannya. Coconce dan Ramos (2009) juga menyebutkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa berat, kronis yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut: adanya delusi, halusinasi, pikiran, perilaku dan pembicaraan yang tidak terorganisir.

Salah satu gejala positif yang sering terjadi pada individu yang mengalami skizofrenia adalah halusinasi. Menurut Townsend (2005), halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera.

Faktor predisposisi terjadinya halusinasi yaitu kontribusi dari faktor biologi, psikologis dan sosial budaya. Menurut Videbeck (2008), faktor biologi yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah faktor genetik, neuroanatomi, neurokimia serta imunovirologi. Didukung oleh Stuart dan Laraia (2005) dan Copel (2007) yang menyatakan bahwa faktor biologi seperti genetik, neuroanatomi dan neurokimia dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia.

Faktor psikologis yang menyebabkan terjadinya skizofrenia menurut Townsend (2005) adalah terjadinya kerusakan ego. Pertahanan ego yang lemah pada individu, yang mengakibatkan penggunaan mekanisme pertahanan ego pada waktu ansietas yang ekstrem menjadi suatu yang maladaptif. Selain itu faktor penyebab terjadinya skizofrenia berdasarkan teori belajar adalah anak-anak yang nantinya mengalami skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berpikir yang tidak rasional dengan mengimitasi orangtua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Faktor sosial budaya yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah adanya double bind didalam keluarga dan konflik dalam keluarga. Selain itu industrialisasi dan juga urbanisasi juga banyak berpengaruh dan menyebabkan terjadinya skizofrenia (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Torrey (1995, dalam Videbeck, 2008) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor sosial yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah adanya disfungsi dalam pengasuhan anak maupun dinamika keluarga. Konflik tersebut apabila tidak diatasi dengan baik maka akan menyebabkan resiko terjadinya skizofrenia. Sedangkan Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa faktor sosial kultural yang dapat mempengaruhi yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, posisi sosial, latar belakang budaya, nilai dan pengalaman sosial individu.

Faktor pencetus yang menyebabkan terjadinya halusinasi adalah faktor kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu (Stuart & Laraia, 2005).

Faktor pencetus dari kondisi kesehatan individu yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah asupan nutrisi yang kurang, kurang istirahat, kelelahan, infeksi dan lainnya. Sedangkan faktor lingkungan yang menjadi faktor pencetus adalah lingkungan yang bermusuhan, perumahan yang tidak memuaskan, kehilangan kebebasan dan adanya tekanan, perubahan dalam kejadian kehidupan, permasalahan dalam hubungan interpersonal, kurangnya sosial support, isolasi sosial, stigma, kemiskinan dan masalah dalam pekerjaan. Selain itu faktor sikap dan juga perilaku yang dapat menjadi pencetus terjadinya skizofrenia adalah kurangnya kemampuan individu dalam berhubungan sosial, perilaku yang agresif, kehilangan motivasi, harga diri yang rendah serta kurangnya kepercayaan diri pada individu.

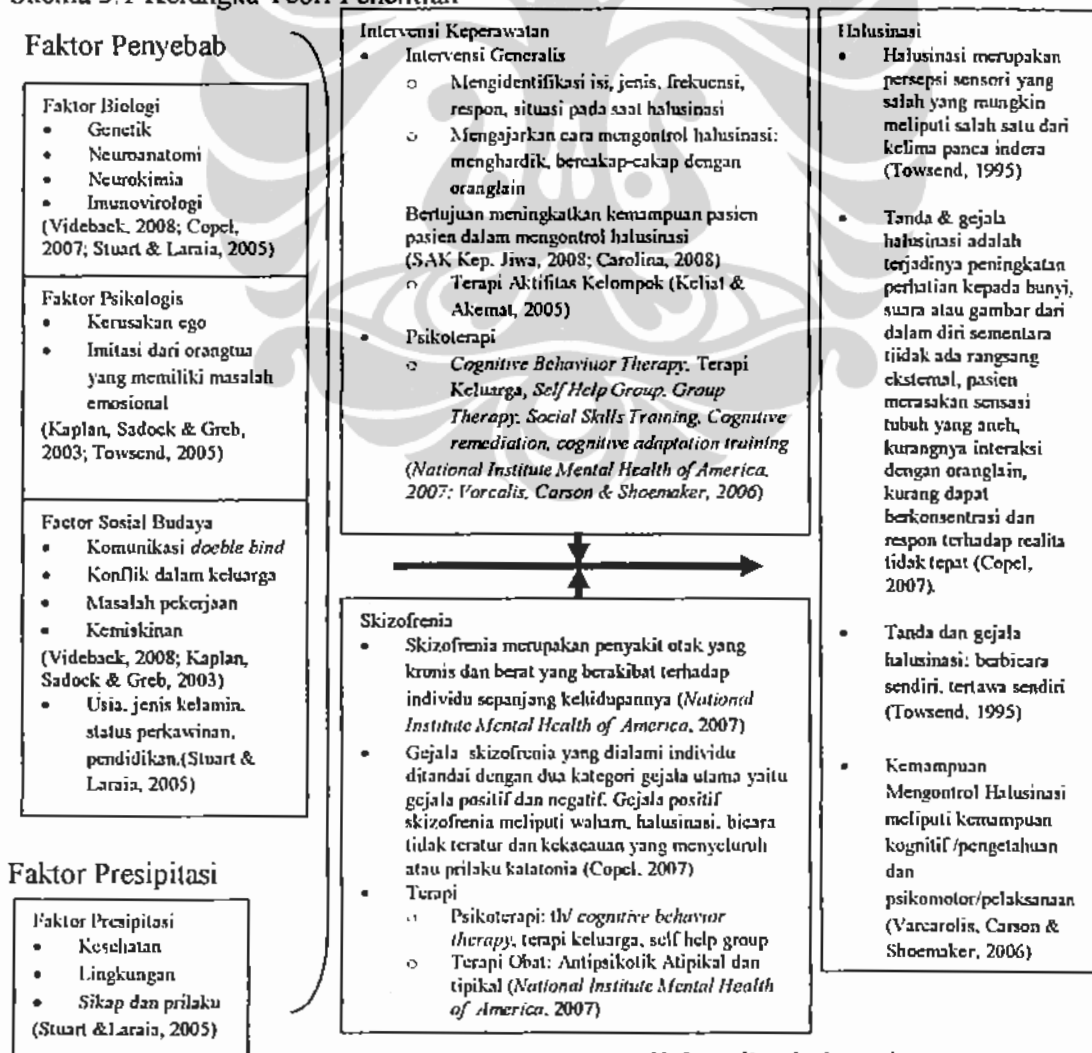
Terapi yang dilakukan untuk mengurangi halusinasi pada pasien skizofrenia adalah pengobatan antipsikotik yang meliputi tipikal dan atipikal antipsikotik dan terapi psikososial seperti terapi keluarga, *cognitive behaviour therapy* dan *self help group* (National Institute Mental Health of United States, 2007). Selain itu psikoterapi yang dapat diberikan berupa *social skills training*, *cognitive remediation*, *cognitive adaptation training*, *cognitive behaviour therapy*, *group therapy* dan *family therapy* (Vorcalis, Carson & Shoemaker, 2006). Berdasarkan SAK Keperawatan Jiwa (2008), intervensi yang diberikan pada pasien halusinasi meliputi tindakan keperawatan generalis untuk pasien dan keluarga, TAK dan tindakan keperawatan spesialis.

Asuhan keperawatan pada pasien halusinasi bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya. Berdasarkan Varcarolis (1990) kemampuan yang harus dimiliki pasien meliputi 3 aspek yaitu kognitif, psikomotor dan juga afektif. Kemampuan kognitif atau pengetahuan yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mengenal halusinasi dan juga mengenal cara mengontrol halusinasi. Sedangkan kemampuan psikomotor atau pelaksanaan cara mengontrol halusinasi yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi, melatih cara yang diajarkan sesuai dengan jadwal dan

juga mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang diajarkan saat halusinasi muncul (Keliat dkk, 2005).

Penelitian menunjukkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy* dapat menolong gejala-gejala skizofrenia secara efektif (Turkington dkk, 2006). Hasil penelitian Zimmermann, dkk (2005 dalam England, 2007) menunjukkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy*, halusinasi dan gejala positif pada pasien skizofrenia dan sizoafektif disorder berkurang. Dengan pemberian *cognitive behaviour therapy* pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi diharapkan pasien dapat mengatasi halusinasi dan mengurangi gejala skizofrenianya. Adapun kerangka teori penelitian ini dapat dilihat dari skema 3.1

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian



### 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka kerangka konsep penelitian ini adalah:

#### 3.2.1 Variabel *Dependen* (Variabel Terikat)

Pasien skizofrenia menunjukkan gejala positif dan negatif. Dan salah satu gejala positif yang muncul pada pasien skizofrenia adalah halusinasi. Menurut Townsend (2005), halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera. Tanda dan gejala pasien yang menderita halusinasi adalah kurangnya interaksi dengan oranglain, kurang dapat berkonsentrasi dan respon terhadap realita tidak tepat (Copel, 2007).

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Pengetahuan pasien dinilai dari kemampuan pasien mengenal dan menyebutkan kembali cara mengontrol halusinasi. Sedangkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi yang dinilai adalah kemampuan pasien untuk mendemonstrasikan, melatih sesuai jadwal dan menerapkan cara mengontrol halusinasi saat halusinasi datang.

Variabel dependen ini akan diukur sebelum dan sesudah *cognitive behaviour therapy* diberikan kepada kelompok intervensi.

#### 3.2.2 Variabel *Independen* (Variabel Bebas)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *cognitive behaviour therapy*. Dengan pemberian *cognitive behaviour therapy* ini diharapkan pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi meningkat sehingga tanda dan gejala halusinasi berkurang.

### 3.2.3 Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)

Variabel *confounding* merupakan karakteristik pasien halusinasi yang dapat mempengaruhi penelitian. Beberapa faktor dalam karakteristik responden yang diduga dapat mempengaruhi variabel dependen dan variabel independen dalam penelitian ini adalah usia terkait adanya asumsi insiden skizofrenia tinggi pada tahapan usia tertentu. Menurut Kaplan, Saddock dan Grebb (1997), prevalensi terjadinya skizofrenia pada laki-laki adalah 15 sampai 25 tahun, sedangkan pada wanita usia 25 sampai 35 tahun, sedangkan onset terjadinya skizofrenia sebelum umur 10 tahun atau sesudah 50 tahun sangat jarang. Untuk variabel lain yang dapat mempengaruhi variabel dependen dan independen adalah pekerjaan, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan, obat antipsikotik, lama rawat, lama sakit terkait faktor predisposisi psikologis halusinasi dan faktor penyebab psikologis dan sosial terjadinya kondisi skizofrenia.

Ketiga variabel tersebut diatas merupakan variabel yang saling mempengaruhi dalam penelitian ini. Peneliti mencari hubungan diantara ketiganya melalui sebuah konsep penelitian yang memuat item 'input' berupa pelaksanaan pretest untuk kedua kelompok, item 'proses', yaitu pemberian *cognitive behavior therapy* pada kelompok intervensi dan item 'output' berupa pelaksanaan post test. Adapun penjabaran keterkaitan ketiga item tersebut dapat dilihat kerangka konsep penelitian dalam skema 3.2.





### 3.3 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian ini adalah:

**3.3.1 Ho** : Tidak ada perbedaan tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah diberikan *cognitive behaviour therapy*

**3.3.2 Ha** : Ada perbedaan tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah diberikan *cognitive behaviour therapy*

Dengan uraian hipotesis alternatif dalam penelitian ini adalah:

**3.3.2.1** Ada perubahan tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah diberikan *cognitive behaviour therapy*

**3.3.2.2** Ada perbedaan tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada pasien yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy*

**3.3.2.3** Ada hubungan karakteristik pasien dengan tanda dan gejala halusinasi dan pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi (usia, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, jenis kelamin, lama rawat, lama sakit) dengan halusinasi yang dialami pasien.

### 3.4 Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian

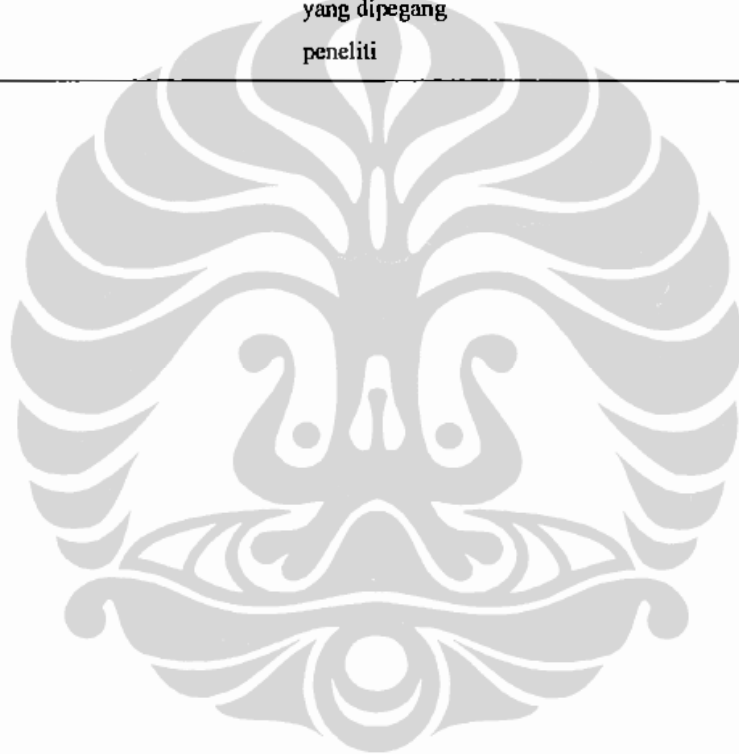
Definisi operasional dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian yang dapat diuraikan seperti pada tabel 3.3.

**Tabel 3.3.**  
**Definisi Operasional Variabel Penelitian**

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>A Variabel Confounding (Karakteristik Pasien Halusinasi)</b>					
1.	Usia	Umur responden yang dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner Atentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan responden untuk mendapatkan penghasilan	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal
3.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir	1. Rendah (Tidak bersekolah – SMP) 2. Tinggi (SMU – PT)	Ordinal
4.	Status perkawinan	Ikatan yang sah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan pasien	1. Kawin 2. Tidak Kawin	Nominal
5.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan gender responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin pasien	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
6.	Obat Antipsikotik	Merupakan obat yang diberikan untuk mengurangi gejala psikosis	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang obat antipsikotik yang dikonsumsi	1. Tipikal 2. Atipikal	Nominal

7.	Lama rawat	Merupakan rentang waktu pasien dirawat di rumah sakit sejak hari pertama sampai dengan sekarang	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama rawat	1. $\leq 1$ bulan 2. $> 1$ bulan	Ordinal
8.	Lama sakit	Merupakan rentang waktu dari pertama pasien mengalami penyakit sampai dengan saat ini	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama sakit	1. $\leq 1$ tahun 2. $> 1$ tahun	Ordinal
<b>B. Variabel Dependen</b>					
1.	Tanda dan gejala halusinasi	Prilaku yang ditampilkan pasien halusinasi	11 pertanyaan dalam kuesioner B tentang tanda dan gejala halusinasi yang dialami yang diadopsi dari Psychotic Syndrome Rating Scale (PYSRAT) (Haddock dkk, 1999)	Nilai dalam rentang 0-44	Interval
2.	Pengetahuan cara mengontrol halusinasi	Kemampuan pasien mengenal dan menjelaskan kembali cara mengontrol halusinasi	17 pertanyaan dalam kuesioner B tentang kemampuan kognitif pasien dalam mengontrol halusinasinya yang dibuat sendiri oleh peneliti	Nilai dalam rentang 0-17	Interval
3.	Pelaksanaan cara mengontrol halusinasi	Kemampuan pasien melatih cara mengontrol halusinasi secara terjadwal dan ketika halusinasi datang	19 pertanyaan dalam kuesioner B tentang kemampuan psikomotor pasien dalam mengontrol halusinasinya yang	Nilai dalam rentang 19-76	Interval

dibuat oleh peneliti sendiri					
<b>C. Variabel Independen</b>					
1.	<i>Cognitive Behaviour Therapy</i>	Kegiatan terapi yang dilakukan untuk merubah pikiran dan prilaku yang negatif pada pasien halusinasi.	Buku catatan harian pasien & raport terhadap hasil evaluasi pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> yang dipegang peneliti	1. Dilakukan 2. Tidak dilakukan	Nominal



## BAB 4 METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas desain penelitian, populasi, besar dan pemilihan sampel, waktu dan tempat penelitian, instrument penelitian, uji coba instrumen, pelaksanaan penelitian dan pengumpulan data, etika penelitian dan analisa data.

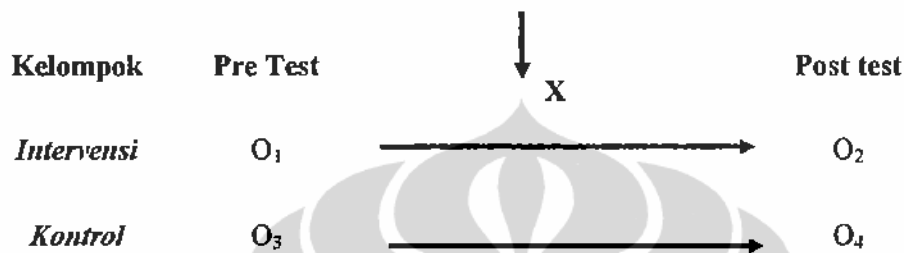
### 4.1 Desain penelitian

Desain yang digunakan adalah "*Quasi experimental pre-post test with control group*" dengan intervensi *Cognitive Behaviour Therapy*. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan *cognitive behavior therapy* di RSJ Pemprosu Medan. Penelitian juga bertujuan untuk membandingkan tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada kelompok intervensi yang mendapatkan *cognitive behavior therapy* dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan *cognitive behavior therapy* di RSJ Pemprosu Medan. Dengan demikian teridentifikasi pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi di RSJ Pemprosu Medan.

Hal ini sesuai dengan Watson dkk (2008) yang menyatakan bahwa struktur *Quasi experimental* hampir mirip dengan eksperimen hanya saja kurang dalam karakteristik randomisasi. Beberapa bentuk *Quasi experimental* adalah dengan melakukan penelitian dengan memberikan intervensi pada satu kelompok responden dan membandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diberi perlakuan, dan dilakukan pengukuran variable dependen sebelum dan sesudah intervensi. Melalui desain ini diharapkan dapat terlihat efektivitas intervensi *Cognitive Behaviour therapy* yang dirancang oleh peneliti dalam mengurangi tanda dan gejala halusinasi pasien dan meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, dengan membandingkan hasil

pengukuran pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Untuk lebih jelasnya desain penelitian ini pada skema 4.1:

**Skema 4.1.**  
**Rancangan Penelitian**



**Keterangan:**

- X : Perlakuan (intervensi) *cognitive behaviour therapy*
- O<sub>1</sub> : Pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan perlakuan (intervensi) *cognitive behaviour therapy*
- O<sub>2</sub> : Pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi pada kelompok intervensi sesudah mendapatkan perlakuan (intervensi) *cognitive behaviour therapy*
- O<sub>3</sub> : Pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan *cognitive behaviour therapy*
- O<sub>4</sub> : Pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan *cognitive behaviour therapy*
- O<sub>2</sub>- O<sub>1</sub> : Perubahan pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi setelah dilakukan *cognitive behaviour therapy* pada kelompok intervensi
- O<sub>4</sub>-O<sub>3</sub> : Perubahan pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi pada kelompok kontrol sebelum dan

sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan *cognitive behaviour therapy*

O<sub>2</sub>-O<sub>4</sub> : Adanya perbedaan pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, tanda dan gejala halusinasi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan *cognitive behaviour therapy*

## 4.2 Populasi dan sampel

### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu yang disesuaikan dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Populasi dalam penelitian adalah pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan pada tahun 2010 yang berjumlah 93 orang responden.

### 4.2.2 Sampel

Sampel yang diambil adalah pasien yang mengalami halusinasi yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Klien berumur 18 tahun sampai dengan 55 tahun
- b. Dapat membaca dan menulis
- c. Bersedia menjadi responden
- d. Pasien dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid
- e. Pasien memiliki diagnosa keperawatan utama halusinasi pendengaran (karena memiliki nilai kuesioner halusinasi  $\geq 1$ ) dan mengetahui bahwa halusinasi yang dialaminya merupakan hal yang tidak nyata baginya dan minimal sudah mendapatkan SP 1 Halusinasi
- f. Tidak mengalami penurunan kesadaran, komunikatif dan kooperatif

Cara pengambilan sampel dengan *consecutive sampling*, yaitu semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam

penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda rerata 2 kelompok independen dengan rumus (Sastroasmoro dan Ismail, 2008):

$$n_1 = n_2 = 2 \left[ \frac{[Z_\alpha + Z_\beta] \cdot s}{(x_1 - x_2)} \right]^2$$

**Keterangan:**

- n** : Besar sampel  
**Z $\alpha$**  : Harga kurva normal tahap kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % ( $\alpha = 0,05$ ), maka  $Z_\alpha = 1,96$   
**Z $\beta$**  : Bila  $\alpha = 0,05$  dan power = 0,80 maka  $Z_\beta = 0,842$   
**s** : Simpangan Baku Dua Kelompok = 8.9 (Tarrier dkk, 2004)  
**x $_1$ -x $_2$**  : Perbedaan Klinis Yang Dinginkan (*clinical judgement*) = 7

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

$$n_1 = n_2 = 2 \left[ \frac{(1,96 + 0,842) \cdot 8,9}{7} \right]^2$$

$n = 25,38$  dibulatkan 25

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 25 responden untuk setiap kelompok.

Untuk mengantisipasi adanya drop out dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro dan Ismail, 2008) ini adalah :

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



Keterangan :

$n'$  : Ukuran sampel setelah revisi

$n$  : Ukuran sampel asli

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

$$\text{maka :} \quad n = \frac{25}{1-0.1}$$

$$n = 27.77 \text{ dibulatkan menjadi } 28$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 28 responden untuk setiap kelompok sehingga jumlah total sampel adalah 56 responden. Dan pada saat pelaksanaan penelitian ini jumlah sampel secara keseluruhan adalah 56 orang yang terdiri dari 28 orang kelompok intervensi dan 28 orang kelompok kontrol.

Tehnik pengambilan sampel yang dilakukan pada penelitian ini adalah peneliti terlebih dahulu memilih secara random 6 ruangan yang homogen kelas perawatannya untuk dijadikan tempat pengambilan sampel untuk kelompok intervensi dan juga kelompok kontrol. Hal ini dilakukan agar mencegah terjadinya bias dalam penelitian. Hasilnya ditemukan 3 ruangan untuk kelompok intervensi yaitu ruangan Cempaka, Kamboja dan Sipiso-piso dan 3 ruangan untuk kelompok kontrol yaitu Sorik Merapi, Sibual-buali dan Singgalang. Kemudian pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dimasukkan didalam daftar urutan kelompok. Untuk menentukan subjek penelitian, peneliti melakukan random kembali sejumlah kelompok yang diinginkan peneliti. Hasilnya didapat jumlah pasien yang akan menjadi sampel penelitian yaitu: ruangan Sipiso-piso sebanyak 3 orang, ruangan Cempaka sebanyak 9 orang, ruangan Sorik Merapi sebanyak 16 orang, ruangan Kamboja sebanyak 16 orang, ruangan Sibual-buali sebanyak 5 orang dan ruangan Singgalang sebanyak 7 orang.

Kelompok kontrol dalam penelitian ini adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria inklusi yang ada di Rumah Sakit Jiwa Pempropsi Medan dan hanya diberikan asuhan keperawatan generalis halusinasi saja sedangkan kelompok intervensi adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria yang ada berada di RSJ Pempropsi Medan dan diberikan terapi tambahan yaitu *cognitive behavior therapy*.

#### **4.3 Tempat Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Pempropsi Medan. Rumah Sakit Jiwa Pempropsi Medan merupakan rumah sakit jiwa terbesar dan merupakan rumah sakit jiwa rujukan di Sumatera Utara.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dilaksanakan mulai minggu terakhir bulan Februari sampai dengan Juni 2010 yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, pelaksanaan *cognitive behavior therapy*, dan dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian.

#### **4.5 Etika penelitian**

Untuk melindungi hak-hak responden maka peneliti akan melakukan prosedur penelitian yang dimulai dengan melakukan *Ethical clearance* yang dilakukan oleh komite etik penelitian keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Direktur Rumah Sakit Jiwa Pempropsi Medan. Setelah mendapat persetujuan peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan ruangan rawat inap. Responden yang menjadi subyek penelitian juga diberi informasi tentang rencana, tujuan, prosedur, ketidaknyamanan dan resiko yang mungkin terjadi, manfaat serta total durasi partisipasi responden dalam penelitian melalui pertemuan resmi.

Prinsip-prinsip etika yang harus dijunjung tinggi dalam penelitian ini adalah prinsip pertama mempertimbangkan hak-hak responden untuk menerima maupun menolak ikut serta dalam penelitian (Daymon & Holloway, 2008). Dan sebagai wujud dari prinsip tersebut, peneliti akan menghormati keputusan responden. Salah satu masalah terpenting yang berhubungan dengan prinsip *autonomy* ini adalah persetujuan tertulis secara sukarela (Daymon & Holloway, 2008). Oleh karena itu tiap responden diberi hak ikut atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* yang telah disiapkan oleh peneliti. Pada pelaksanaan penelitian semua responden menandatangani dan bersedia ikut dalam penelitian.

Prinsip kedua tidak menampilkan informasi nama dan alamat asal responden dalam kuisioner dan alat ukur untuk menjamin *anonimitas* dan kerahasiaan (*confidentiality*). Hal ini sesuai dengan Daymon dan Holloway (2008) yang menyatakan bahwa tanggung jawab peneliti adalah menjaga anonimitas yang berarti peneliti tidak membocorkan identitas responden kepada oranglain dan tidak menyingkap isu atau gagasan yang ingin dirahasiakan oleh responden. Peneliti juga akan menggunakan kode responden, menjaga kerahasiaan data penelitian dan hanya peneliti yang dapat mengakses data penelitian tersebut.

Prinsip ketiga keterbukaan (*veracity*) dan keadilan (*justice*) yaitu dengan cara menjelaskan prosedur penelitian dan memperhatikan kejujuran. Hal ini menunjukkan bahwa responden berhak mendapatkan informasi terbuka berkaitan dengan penelitian serta bebas menentukan pilihan untuk berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti juga akan menjawab semua pertanyaan responden yang berhubungan dengan prosedur penelitian. Dalam penelitian ini, pelaksanaan terapi hanya dilakukan dalam 5 kali kunjungan dan untuk tiap kunjungan dilakukan selama 30 menit sehingga tidak menimbulkan kejenuhan pada pasien. Pada kelompok intervensi akan diberikan *cognitive behaviour therapy* sedangkan di kelompok kontrol diberikan asuhan keperawatan generalis halusinasi.

Prinsip keempat adalah *beneficence* dan *maleficence*. hal ini menunjukkan bahwa peneliti wajib melindungi responden dari gangguan, cedera ataupun kerusakan (Daymon & Holloway, 2008). Peneliti akan memaksimalkan hasil yang bermanfaat dan meminimalkan hal merugikan atau yang beresiko terhadap pasien dengan melakukan tindakan *cognitive behaviour therapy* untuk mengurangi tanda dan gejala halusinasi dan juga mengoptimalkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi. Untuk meminimalkan resiko terjadinya hal-hal yang merugikan, sebelum melakukan penelitian peneliti akan diuji kompetensinya dalam melakukan terapi (uji kompetensi). Apabila responden mengalami gangguan (misal: tiba-tiba melakukan tindakan kekerasan) pada saat intervensi dilakukan maka peneliti akan menghentikan sementara intervensi dan sebagai perawat jiwa peneliti akan membantu pasien dengan melakukan tindakan generalis pada pasien. Dan setelah gangguan tersebut dapat diatasi maka peneliti akan kembali melanjutkan intervensi penelitian.

#### **4.6 Alat pengumpul Data**

##### **4.6.1 Instrumen Penelitian**

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar pertanyaan (kuesioner) sebagai berikut:

###### **4.6.1.1 Data Demografi Responden**

Data demografi responden yang diperlukan dalam penelitian ini adalah karakteristik responden. Pengambilan data ini menggunakan lembar instrumen A yang terdiri dari 10 pertanyaan tentang data demografi responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, obat antipsikotik, lama rawat saat ini dan lama sakit.

#### 4.6.1.2 Pengukuran Tanda dan gejala halusinasi dan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Pasien dalam Mengontrol Halusinasi

Pengukuran terhadap tanda dan gejala halusinasi menggunakan lembar instrumen B yang diadopsi dari *Psychotic Syndrome Rating Scale* (PSYRAT) yang dibuat oleh Huddock dkk (1999, dalam Kingdon & Turkington, 2008). Kuisisioner ini berisi 11 pertanyaan dengan skor 0-4 dan rentang nilai 0-44. Sedangkan pengukuran terhadap pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi menggunakan lembar kuisisioner B yang dimodifikasi dari Carolina (2008). Kuisisioner pengetahuan cara mengontrol halusinasi terdiri dari 17 pertanyaan dengan skor 0-1 dan rentang nilai antara 0-17 sedangkan kuisisioner pelaksanaan cara mengontrol halusinasi terdiri dari 19 pertanyaan dengan skor 1-4 dan rentang nilai antara 19-76.

#### 4.6.2 Uji Coba Instrumen Penelitian

Uji coba instrumen dilakukan terlebih dahulu dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuisisioner. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data, sedangkan uji reliabilitas dilakukan untuk mengukur sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007).

Validitas instrumen dilakukan dengan menggunakan *Pearson Product Moment* yaitu apabila  $r$  hasil lebih besar dari  $r$  tabel maka pertanyaan tersebut valid (Hastono, 2007). Sedangkan uji reliabilitas dilakukan dengan cara melihat nilai *Alpha Cronbach*. Jika nilai koefisien reliabilitas mendekati 1 maka reliabel (Key, 1997).

Pada penelitian ini uji validitas dan reliabilitas yang pertama dilakukan pada 20 orang responden. Sedangkan pada uji validitas dan reliabilitas

yang kedua dilakukan pada 28 orang responden. Hal ini sesuai dengan Hopkins (2009) yang menyatakan bahwa uji validitas dan reliabilitas instrumen dilakukan pada 50 orang responden dalam 3 kali pengukuran. Sehingga minimal jumlah responden untuk uji validitas dan reliabilitas adalah 17 orang. Dapat disimpulkan bahwa jumlah responden untuk uji validitas dan reliabilitas pada penelitian ini telah memenuhi kriteria diatas.

Hasil uji validitas pada kuisisioner tanda dan gejala halusinasi diperoleh 7 item pertanyaan valid  $r$  hasil  $>$   $r$  tabel (0.444). Sedangkan 4 item pertanyaan lainnya yaitu lokasi, kekerasan, keyakinan dan isi halusinasi hasilnya tidak valid  $r$  hasil  $<$   $r$  tabel sehingga 4 pertanyaan tersebut dimodifikasi dengan makna yang sama dan mudah dipahami. Dan setelah pelaksanaan intervensi, peneliti menguji kembali validitas kuisisioner tanda dan gejala halusinasi didapat hasil bahwa dari 11 pertanyaan, 8 item pertanyaan valid sementara 3 item pertanyaan yaitu lokasi, kekerasan dan keyakinan hasilnya tidak valid  $r$  hasil  $<$   $r$  tabel (0.361). Oleh karena itu harus dilakukan kembali uji reliabilitas dan validitas untuk instrumen tanda dan gejala halusinasi.

Kuisisioner pengetahuan cara mengontrol halusinasi dari 17 pertanyaan, 4 pertanyaan yang tidak valid yaitu kemampuan pasien menyebutkan aktivitas, dosis, menjelaskan cara dan manfaat mengubah keyakinan. Sehingga 4 pertanyaan tersebut dimodifikasi dengan makna yang sama dan mudah dipahami. Dan setelah pelaksanaan intervensi, validitas kuisisioner pengetahuan diuji kembali dan didapat hasil bahwa dari 17 pertanyaan, 2 pertanyaan yang tidak valid yaitu menyebutkan dosis dan frekuensi obat  $r$  hasil  $<$   $r$  tabel. Oleh karena itu harus dilakukan kembali uji reliabilitas dan validitas untuk instrumen pengetahuan cara mengontrol halusinasi.

Kuisisioner pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dari 19 pertanyaan hanya 3 yang tidak valid yaitu kemampuan pasien memperagakan cara relaksasi, melakukan latihan relaksasi dan mengontrol halusinasi dengan

relaksasi. Sehingga pertanyaan yang tidak valid tersebut dimodifikasi dengan makna yang sama dan mudah dipahami. Dan setelah pelaksanaan intervensi, kuisisioner diuji kembali validitasnya. Hasilnya semua item pertanyaan valid  $r$  hasil  $>$   $r$  tabel.

Uji reliabilitas juga dilakukan pada 20 orang responden, selanjutnya dilakukan pengujian dengan tehnik *Alpha Cronbach*. Hasilnya semua kuisisioner reliabel dengan hasil kuisisioner halusinasi 0.608, kuisisioner pengetahuan cara mengontrol halusinasi 0.871 dan kuisisioner pelaksanaan cara mengontrol halusinasi 0.894. Dan setelah pelaksanaan intervensi ketiga kuisisioner diuji kembali reliabilitasnya dan didapat hasil bahwa kuisisioner halusinasi 0.872, kuisisioner pengetahuan cara mengontrol halusinasi 0.875 dan kuisisioner pelaksanaan cara mengontrol halusinasi 0.930.

#### **4.7 Prosedur Pengumpulan Data**

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

##### **4.7.1 Persiapan:**

Penelitian dilaksanakan setelah melalui prosedur *etichal clerence* di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 9). Kemudian melakukan uji *expert validity* oleh tim keperawatan jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sebagai bukti bahwa modul yang digunakan telah layak untuk penelitian (Lampiran 10). Dilanjutkan dengan melakukan uji kompetensi yang menunjukkan bahwa peneliti mampu melakukan intervensi (Lampiran 11). Kemudian dilakukan uji coba kuesioner penelitian dan mengurus surat perizinan untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan pada Mei 2010. Memilih secara acak ruangan rawat inap yang menjadi tempat penelitian. Melakukan koordinasi dengan kepala ruangan dan perawat ruangan yang bertugas di ruangan rawat inap Rumah Sakit Jiwa

Pemropsu Medan. Mengidentifikasi pasien yang memenuhi kriteria inklusi, membuat daftar pasien dan memilih secara acak responden yang menjadi sampel dalam penelitian. Kemudian responden yang terpilih menjadi sampel dijelaskan tentang tujuan, proses dan manfaat dari penelitian, diberi kesempatan untuk bertanya tentang penelitian yang dilakukan. Apabila bersedia berpartisipasi dalam penelitian maka pasien diminta untuk mengisi lembar persetujuan (*informed consent*) sebagai responden penelitian.

#### 4.7.2 Pelaksanaan Kegiatan:

Langkah-langkah pelaksanaan kegiatan meliputi:

##### 1. *Pre- test*

Responden yang memenuhi kriteria inklusi dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Selanjutnya peneliti melakukan *pre test* untuk mengidentifikasi tanda dan gejala halusinasi dan juga pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi menggunakan instrumen A dan B. Untuk mengurangi bias *pre test* dilakukan oleh petugas kolektor data.

##### 2. Intervensi

Pada tahap ini peneliti melakukan intervensi pada kelompok intervensi yaitu pelaksanaan *cognitive behavior therapy* yang dilakukan oleh peneliti sendiri dalam kurun waktu 4 minggu. Pelaksanaan intervensi *cognitive behavior therapy* dilakukan dalam 5 sesi dengan interval dua hari dan setiap sesi dilaksanakan selama 30 menit. Untuk mempermudah peneliti dan mencegah drop out pasien, kelompok intervensi dibagi menjadi 4 kelompok, dimana 2 kelompok pertama diberikan intervensi generalis halusinasi dan juga *cognitive behaviour therapy* dalam 2 minggu pertama sedangkan 2 kelompok kedua diberikan intervensi generalis halusinasi dan juga *cognitive behaviour therapy* dalam 2 minggu berikutnya. Setiap sesi dilakukan 2 kali yaitu pelaksanaan sesi tersebut ditambah dengan 1 kali latihan, dan jarak



antara pelaksanaan sesi dengan latihan adalah 6 jam yaitu sesi dilakukan pada saat shift pagi sedangkan latihan dilaksanakan pada shift sore.

Sedangkan untuk pemberian asuhan keperawatan generalis halusinasi akan dilakukan oleh peneliti dengan dibantu oleh perawat ruangan yang telah dilatih. Penjelasan terperinci tentang proses pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* dapat dilihat pada lampiran 6.

*Cognitive behavior therapy* yang diberikan pada kelompok intervensi ini terdiri 5 sesi yaitu

**Sesi 1 : Pengkajian**

Mengungkapkan pengalaman/kejadian halusinasi serta pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman/kejadian halusinasi yang dialami, serta latihan satu pikiran otomatis negatif.

**Sesi 2 : Terapi Kognitif**

Meriview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan pasien secara mandiri dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

**Sesi 3 : Terapi Perilaku**

Merievew pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis pertama dan kedua yang dilakukan pasien secara mandiri, mengidentifikasi perilaku negatif yang akan diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul dan mendiskusikan konsekwensi positif atau konsekwensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan

#### Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

Meriview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekwensi yang disepakati

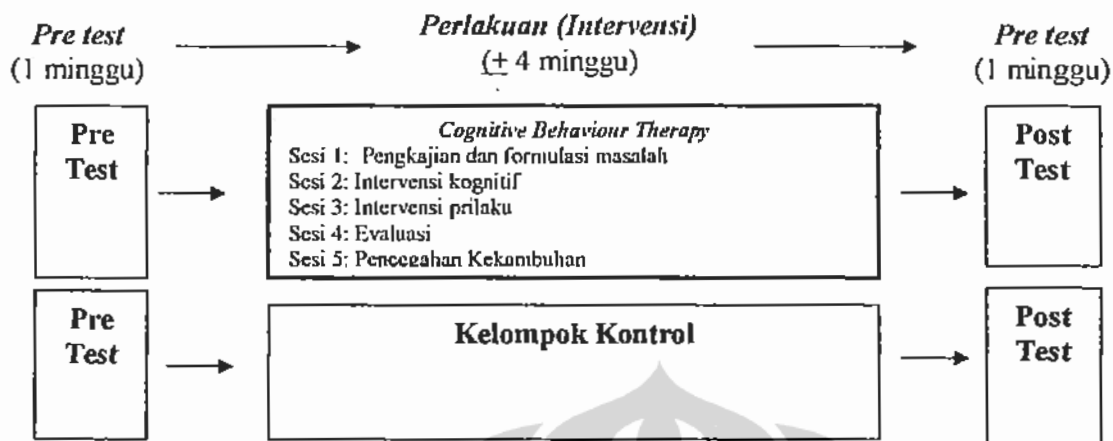
#### Sesi 5 : Mencegah Kekambuhan

Meriview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, menjelaskan pentingnya *cognitive behaviour therapy* dan psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan dengan cara mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah. Penjelasan pelaksanaan intervensi selengkapnya dapat dilihat di modul yang telah dimodifikasi peneliti (Lampiran 6).

Sedangkan untuk kelompok kontrol setelah dilakukan *pre-test*, pasien hanya diberikan asuhan keperawatan generalis halusinasi yang dilakukan oleh peneliti dengan dibantu oleh perawat ruangan. Pelaksanaan terapi generalis pada kelompok kontrol ini juga dilakukan selama 4 minggu.

### 3. *Post- test*

*Post- test* dilakukan oleh petugas kolektor data setelah pelaksanaan *cognitive behavior therapy* berakhir untuk mengevaluasi apakah ada perubahan tanda dan gejala haluisnasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Waktu pelaksanaan post test dilakukan bersamaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu setelah sesi kelima *cognitive behavior therapy* pada kelompok intervensi berakhir. Pelaksanaan post test dilakukan pada kelompok intervensi dan juga kelompok kontrol dengan memberikan instrumen A dan B. Untuk memperjelas alur kerja penelitian maka peneliti memaparkan pada skema 4.2

Skema 4.2 Alur Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy*

## 4.8 Analisa Data

### 4.8.1 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan selanjutnya diolah dengan menggunakan program komputer beberapa tahapan yaitu merkapitulasi hasil jawaban kuisioner yang diisi oleh responden kemudian dilakukan: (a) *editing* untuk memeriksa kelengkapan pengisian instrumen penelitian data yang masuk, (b) *coding* untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol sehingga memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data, (c) *entry data*, merupakan kegiatan memproses data untuk keperluan analisa dengan paket program komputer dan (d) *cleaning data* agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data (Hastono, 2005).

### 4.8.2 Analisis Data

#### 4.8.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Analisis univariat yang dilakukan untuk menganalisis karakteristik responden yang meliputi pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, status perkawinan, obat antipsikotik, lama rawat, lama sakit adalah dengan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Hal dikarenakan variabel tersebut merupakan data kategorik. Sedangkan

untuk usia yang merupakan data numerik dianalisis dengan menggunakan *mean* dan *standar deviasi*, nilai minimal dan maksimal.

Analisis univariat juga dilakukan untuk menganalisis variabel tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dengan menggunakan *mean*, *standar deviasi*, nilai minimal dan maksimal. Hal ini dikarenakan data diatas merupakan data numerik.

#### 4.8.2.2 Analisis Bivariat

Untuk menganalisis hubungan antara dua variabel, peneliti melakukan analisis bivariat. Hal ini sesuai dengan Hastono (2007) yang menyatakan bahwa analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan yang signifikan antara dua variabel, mengetahui perbedaan yang signifikan antara dua variabel atau lebih dan juga untuk membuktikan hipotesis penelitian.

Sebelum dilakukan analisis bivariat, peneliti melakukan uji kesetaraan yang dilakukan untuk mengidentifikasi kesamaan/kesetaraan karakteristik pasien, tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi. Kesetaraan karakteristik responden yaitu variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, obat antipsikotik, lama rawat, lama sakit dan status perkawinan dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Sedangkan kesetaraan untuk karakteristik usia, tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dilakukan dengan menggunakan uji *independent sample t-test*. Bila *p-value* besar dari  $\alpha$  maka kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat disimpulkan setara/ homogen.

Selanjutnya peneliti melakukan analisis bivariat untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu mengidentifikasi pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan

pelaksanaan cara mengontrol halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan.

#### 4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik pasien yang meliputi : usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, obat antipsikotik, lama rawat, lama sakit dan status perkawinan terhadap tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah dilakukan intervensi pengaruh *cognitive behaviour therapy*. Analisis multivariat yang dilakukan adalah dengan menggunakan *regresi linier ganda*. Kegunaan *regresi linear ganda* ini menurut Hastono (2007) adalah untuk memprediksi dan mengkuantifikasi hubungan sebuah atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen.

Model regresi linier berdasarkan Hastono (2007) adalah :

$$Y = a + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_kX_k + e$$

Keterangan:

Y = Variabel Dependen

X = Variabel Independen

a = Intercept, perbedaan besarnya rata-rata variabel Y ketika X=0

b = Slope, perkiraan besarnya perubahan nilai variabel Y bila nilai variabel X berubah satu unit pengukuran

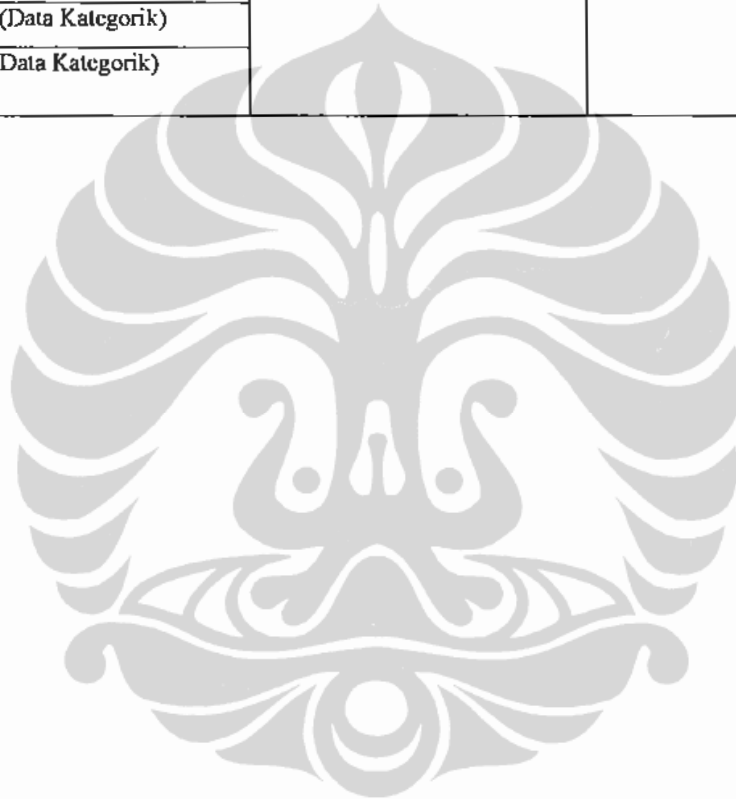
e = Nilai kesalahan (*error*) yaitu selisih antara nilai Y individual yang gteramati dengan nilai Y yang sesungguhnya pada titik X tertentu. Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3

## Analisis Bivariat dan Multivariat Variabel Penelitian

A. Analisis Kesetaraan Karakteristik, Tanda dan gejala halusinasi, Pengetahuan dan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi			
No	Kelompok intervensi	Kelompok kontrol	Cara analisis
1	Usia (Data Interval)	Usia (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>
2	Jenis Kelamin (Data Nominal)	Jenis kelamin (Data Nominal)	<i>Chi-Square</i>
3	Pendidikan (Data ordinal)	Pendidikan (Data ordinal)	<i>Chi-Square</i>
4	Pekerjaan (Data Ordinal)	Pekerjaan (Data Ordinal)	<i>Chi-Square</i>
5	Status perkawinan (Data Nominal)	Status perkawinan (Data Nominal)	<i>Chi-Square</i>
6	Obat anpsikotik (Data Nominal)	Obat antipsikotik (Data Nominal)	<i>Chi-Square</i>
7	Lama rawat	Lama rawat (Data Ordinal)	<i>Chi-Square</i>
8	Lama sakit	Lama sakit (Data Ordinal)	<i>Chi-Square</i>
9	Tanda & gejala halusinasi dan pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum intervensi (Data Interval)	Tanda & gejala halusinasi dan pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum intervensi (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>
B. Analisis Tanda dan gejala halusinasi dan Pengetahuan Dan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi			
No	Variabel	Variabel	Cara Analisis
1	Tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	<i>Dependen t-test</i>
2	Tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	Tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Dependent t-test</i>
3	Tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>
4	Perbedaan Tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Perbedaan Tanda & gejala halusinasi, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>

C. Analisis Multivariat			
No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	<i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (Data Nominal)	Tanda Dan Gejala Halusinasi (Data Interval)	Regresi Linear Ganda
2	Usia (Data Interval)	Pengetahuan Dalam Mengontrol Halusinasi (Data Interval)	
3	Jenis kelamin (Data Katagorik)		
4	Pendidikan (Data Ordinal)	Pelaksanaun Cara Mengontrol Halusinasi (Data Interval)	
5	Pekerjaan (Data Ordinal)		
6	Status Perkawinan (Data Katagorik)		
7	Obat antipsikotik (Data Katagorik)		
8	Lama rawat (Data Katagorik)		
9	Lama sakit (Data Katagorik)		



## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap halusinasi pasien di RSJ Pemprovsu Medan yang telah dilakukan pada tanggal 17 Mei sampai 12 Juni 2010.

### 5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian

Proses pelaksanaan penelitian dimulai dengan tahap persiapan yaitu dengan mengurus perijinan. Perijinan dari rumah sakit dilakukan dengan cara memberikan proposal dan surat permohonan izin penelitian ke Direktur RSJ Pemprovsu Medan. Selanjutnya dilakukan pemberitahuan ke bagian Diklat serta Keperawatan. Hasilnya pihak rumah sakit sangat menyetujui dan menerima pelaksanaan penelitian *cognitive behavior therapy* pada pasien halusinasi di RSJ Pemprovsu Medan.

Penentuan lokasi penelitian dilakukan dengan cara *random* terhadap 13 ruangan rawat inap kelas III yang akan menjadi lokasi penelitian. Hasilnya ditemukan 3 ruangan untuk kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* yaitu ruangan Cempaka, Kamboja dan Sipiso-piso dan 3 ruangan untuk kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* yaitu Sorik Merapi, Sibual-buali dan Singgalang. Kemudian didata pasien-pasien halusinasi sesuai dengan kriteria inklusi. Penentuan sampel dilakukan secara acak pada masing-masing masing-masing ruangan. Hasilnya didapat jumlah pasien yang akan menjadi sampel penelitian yaitu: ruangan Sipiso-piso sebanyak 3 orang, ruangan Cempaka sebanyak 9 orang, ruangan Sorik Merapi sebanyak 16 orang, ruangan Kamboja sebanyak 16 orang, ruangan Sibual-buali sebanyak 5 orang dan ruangan Singgalang sebanyak 7 orang. Setelah menentukan sampel, sebagian responden yang terpilih dan bersedia menjadi responden dikumpulkan untuk diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan konsekuensi menjadi responden penelitian serta diminta untuk menandatangani lembar persetujuan penelitian dengan diketahui oleh pihak



rumah sakit. Sedangkan responden lainnya yang terpilih diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, konsekuensi dan penandatanganan lembar persetujuan penelitian secara individual. Responden yang terpilih pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* sejumlah 28 orang dibagi menjadi 4 kelompok, masing-masing kelompok 7 orang pasien.

Pengumpul data sebanyak 6 orang yang merupakan mahasiswa Ners Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Kemudian dilakukan pengarahan terhadap para pengumpul data yang bertujuan untuk menyamakan persepsi tentang instrumen penelitian, prosedur dan waktu pengumpulan data, tetapi tidak dilakukan *interrater reliability*.

Penyegaran tentang asuhan keperawatan pada masing-masing perawat ruangan yang menjadi tempat pelaksanaan penelitian dengan dibantu oleh mahasiswa Ners Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Penyegaran dilakukan pada 6 orang perawat pelaksana yang berlatar belakang pendidikan DIII Keperawatan dan dilakukan dengan memberikan materi tentang asuhan keperawatan generalis halusinasi tanpa menggunakan pre dan post test kemampuan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan generalis halusinasi. Hasilnya perawat sangat antusias dengan materi yang diberikan dan akan melakukan asuhan keperawatan generalis halusinasi diruangan rawat inap masing-masing.

Pelaksanaan penelitian diawali dengan kegiatan *pre-test* yang dilakukan oleh pengumpul data untuk mengumpulkan data tentang karakteristik pasien, halusinasi serta pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Setelah itu langsung dilanjutkan dengan pemberian asuhan keperawatan generalis halusinasi pada pasien intervensi dan kontrol selama 2 hari yang dilakukan oleh peneliti dengan dibantu perawat pelaksana diruangan. Peneliti telah memvalidasi bahwa semua pasien kontrol dan intervensi mendapat asuhan keperawatan generalis halusinasi.

Pelaksanaan intervensi *cognitive behaviour therapy* dilaksanakan sebanyak 5 sesi dan kegiatan dilakukan sesuai kesepakatan bersama pasien, yaitu setiap pagi untuk melatih sesi *cognitive behaviour therapy* dan sore hari untuk melatih ulang sesi *cognitive behaviour therapy*. Lama kegiatan persesi berlangsung 30 menit. Antar sesi dilakukan setiap 2 hari sekali. Setiap hari peneliti melakukan *cognitive behaviour therapy* pada 7 orang pasien. Selama kegiatan *cognitive behaviour therapy* pasien sangat senang dan berperan aktif. Kendala selama pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* adalah pada sore hari pasien banyak yang mengantuk dan beristirahat. Sehingga peneliti harus mengingatkan kembali kontrak yang telah dibuat bersama pasien tetapi tidak terdapat pasien yang *drop out* sampai akhir sesi. Pada awal pelaksanaan *cognitive behavior therapy*, ada beberapa pasien yang tidak termotivasi dalam melakukan latihan yang diberikan seperti kehilangan buku kerja, kelupaan menuliskan dibuku kerja latihan yang telah dilakukan tetapi setelah sesi kedua semua pasien termotivasi untuk mengikuti proses terapi dengan baik. Kendala lain yang dialami peneliti pada saat pelaksanaan terapi adalah peneliti harus memandu dan mengingatkan pasien yang berumur 40-50 tahun yang telah sakit lebih dari satu tahun dalam mengisi buku kerja dan melakukan latihan mandiri. Kegiatan *post-test* dilakukan setelah selesai seluruh sesi.

## 5.2 Hasil Penelitian

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik pasien yang meliputi karakteristik, pengetahuan & pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dan halusinasi pasien.

### 5.2.1 Karakteristik Pasien

Karakteristik pasien yang diteliti meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, terapi medis, lama rawat, lama sakit, serta kesetaraan karakteristik pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*. Skala ukur usia dalam bentuk numerik yang dianalisis dengan menggunakan mean, standar deviasi dan nilai minimal-maksimal. Sedangkan jenis

kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, terapi medis, lama rawat, lama sakit berupa data kategorik dianalisis dalam bentuk proporsi.

#### 5.2.1.1 Usia pasien antara kelompok yang mendapat dengan yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy*

Distribusi rata-rata usia pasien dianalisis dengan menggunakan mean, standar deviasi dan nilai minimal-maksimal sedangkan kesetaraan karakteristik rata-rata usia pasien antara kelompok yang mendapat dengan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Analisis Usia Pasien Pada Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprov Medan Tahun 2010 (n=56)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	Min-Maks	p-value
Usia pasien	Intervensi	28	35.79	8.875	21-50	0.305
	Kontrol	28	33.68	6.056	24-50	
	Total	56	34.73	7.465	21-50	

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui rata-rata usia pasien secara keseluruhan berumur 34.73 tahun dengan usia termuda 21 tahun dan tertua 50 tahun.

Berdasar tabel 5.1 juga diketahui rata-rata usia pasien pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* berumur 35.79 tahun, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata berumur 33.68 tahun. Berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan rata-rata usia pasien tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* atau dengan kata lain rata-rata usia pasien pada kedua kelompok homogen ( $P_{value} = 0,305$ ;  $\alpha = 0,05$ ).

### 5.2.1.2 Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, terapi medis, lama rawat dan lama sakit antara kelompok yang mendapat dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*

Distribusi rata-rata jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, terapi medis, lama rawat dan lama sakit dianalisis dalam bentuk proporsi. Sedangkan kesetaraan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, terapi medis, lama rawat, lama sakit pasien antara kelompok yang mendapat dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan hasil tercantum pada tabel 5.2.

Berdasar tabel 5.2 diketahui distribusi frekuensi pasien berdasarkan jenis kelamin secara keseluruhan laki-laki sebanyak 31 orang (55.4%). Berdasarkan status perkawinan, kawin sebanyak 28 orang (50.0%), berdasarkan pendidikan, pendidikan tinggi 28 orang (50.0%). Sebagian besar pasien tidak bekerja 36 orang (64.2%), mendapatkan terapi medis tipikal 46 orang (82.1%). Dan berdasarkan lama rawat dan lama sakit, pasien sebagian besar 67.8% dirawat lebih dari satu bulan, dan lama sakit 73.2% lebih dari satu tahun.

Berdasar tabel 5.2 juga dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, terapi medis, lama rawat, lama sakit pasien yang bermakna antara kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* atau dengan kata lain pada kedua kelompok homogen ( $p\text{-value} > \alpha 0,05$ ). Sedangkan untuk variabel jenis kelamin disimpulkan bahwa pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ada perbedaan yang bermakna dengan

kata lain pada kedua kelompok tidak homogen ( $P_{value} = 0,032$ ;  $\alpha = 0,005$ ).

Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Terapi Medis, Lama Rawat, Lama Sakit Pada Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprovsu Medan Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n = 28)		Kelompok Kontrol (n = 28)		Jumlah (n = 56)		p-value
	N	%	N	%	N	%	
1. Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	11	39.3	20	71.4	31	55.4	<b>0,032*</b>
b. Perempuan	17	60.7	8	28.6	25	44.6	
2. Perkawinan							
a. Kawin	14	50	14	50	28	50.0	<b>1.000</b>
b. Tidak Kawin	14	50	14	50	28	50.0	
3. Pendidikan							
a. Rendah	10	35.7	18	64.3	28	50.0	<b>0,061</b>
b. Tinggi	18	64.3	10	35.7	28	50.0	
4. Pekerjaan							
a. Bekerja	9	32.1	11	39.3	20	35.8	0.780
b. Tidak Bekerja	19	67.9	17	60.7	36	64.2	
5. Terapi Medis							
a. Tipikal	22	78.6	24	85.7	46	82.1	0,727
b. Atipikal	6	21.4	4	14.3	10	17.9	
6. Lama Rawat							
a. ≤ 1 bulan	12	42.9	6	21.4	18	32.1	0,153
b. > 1 bulan	16	57.1	22	78.6	38	67.8	
7. Lama Sakit							
a. ≤ 1 tahun	9	32.1	6	21.4	15	26.7	0,546
b. > 1 tahun	19	67.9	22	78.6	41	73.2	

### 5.2.2 Pengetahuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi

Pada bagian ini akan dipaparkan distribusi rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum *cognitive behaviour therapy*, kesetaraan antar kelompok, perbedaan antara sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kedua kelompok, setelah *cognitive behaviour therapy* dan perbedaan rata-rata selisih pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kedua kelompok.

### 5.2.2.1 Pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat *cognitive behavior therapy*

Distribusi rata-rata nilai pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum intervensi dianalisis menggunakan mean, standar deviasi, nilai minimal-maksimal dan kesetaraan rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi antara kelompok yang mendapat dengan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.3

Tabel 5.3 Analisis Pengetahuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Sebelum Dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 ( n = 56 )

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max	p-value
Pengetahuan	1. Intervensi	28	10.36	4.466	0.844	2 – 17	0.087
	2. Kontrol	28	8.32	4.269	0.807	0 – 17	
	Total	56	9.34	4.367	0.825	0 – 17	

Berdasar tabel 5.3 nilai pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi berkisar dari 0-17, semakin tinggi nilai semakin baik. Berdasar tabel 5.5 diketahui rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dilakukan terapi secara keseluruhan 9.34 dengan nilai terendah 0 dan tertinggi 17. Kesimpulannya rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi 49.15% dari nilai optimal.

Berdasar tabel 5.3 juga diketahui bahwa pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata 10.36, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* 8.32. Berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan tidak terdapat perbedaan pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi antara kelompok yang mendapat

*cognitive behaviour therapy* dengan yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* atau dengan kata lain pengetahuan pada kedua kelompok homogen ( $P_{value}=0.087$ ;  $\alpha=0.05$ ).

#### **5.2.2.2 Perbedaan pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy***

Perbedaan rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *dependent sample t-test*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.4.

Berdasar tabel 5.4 diketahui pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum intervensi rata-rata 10.36, dan setelah intervensi naik menjadi menjadi 16.71. Selanjutnya berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi antara sebelum dengan setelah intervensi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,000$ ;  $\alpha=0,05$ ). Dapat disimpulkan juga bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata pengetahuan pasien dalam bercakap-cakap antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,424$ ;  $\alpha=0,05$ ).

Tabel 5.4 Analisis Perbedaan Pengetahuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Sebelum Dan Sesudah *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Kelompok Yang Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pempropsu Medan Tahun 2010 (n = 28)

Pengetahuan Dalam Mengontrol Halusinasi		N	Mean	SD	SE	t	p-value
Menghardik	Sebelum	28	1.14	0.932	0.176	-4.869	0.000*
	Setelah	28	2.00	0.000	0.000		
Bercakap-cakap	Sebelum	28	1.14	0.932	0.176	0.812	0.424
	Setelah	28	1.00	0.000	0.000		
Aktivitas	Sebelum	28	1.07	0.940	0.178	-4.753	0.000*
	Setelah	28	1.96	0.189	0.036		
Obat	Sebelum	28	4.82	1.634	0.309	-3.873	0.001*
	Setelah	28	5.89	0.567	0.107		
Mengubah Keyakinan	Sebelum	28	0.75	0.887	0.168	-6.600	0.000*
	Setelah	28	1.93	0.262	0.050		
Distraksi	Sebelum	28	0.89	0.956	0.181	-5.700	0.000*
	Setelah	28	1.93	0.262	0.050		
Relaksasi	Sebelum	28	1.00	1.018	0.192	-5.196	0.000*
	Setelah	28	2.00	0.000	0.000		
Komposit Pengetahuan	Sebelum	28	10.36	4.466	0.844	-7.861	0.000*
	Setelah	28	16.71	1.013	0.191		
	Selisih		6.36	4.279	0.809		

**5.2.2.3 Perbedaan pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy***  
Perbedaan rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *dependent sample t-test*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.5.

Berdasar tabel 5.5 diketahui pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum intervensi rata-rata



8.32, dan setelah intervensi naik menjadi menjadi 14.25. Selanjutnya berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata pengetahuan dalam mengontrol halusinasi antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,000$ ;  $\alpha=0,05$ ). Dapat disimpulkan juga bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata pengetahuan pasien dalam bercakap-cakap antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,345$ ;  $\alpha=0,05$ ).

Tabel 5.5 Analisis Perbedaan Pengetahuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Sebelum Dan Sesudah *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Kelompok Yang Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n = 28)

Pengetahuan Dalam Mengontrol Halusinasi		N	Mean	SD	SE	t	p-value
Menghardik	Sebelum	28	0.82	0.983	0.186	-6.342	0.000*
	Setelah	28	2.00	0.000	0.000		
Bercakap-cakap	Sebelum	28	0.82	0.983	0.186	-0.961	0.345
	Setelah	28	1.00	0.000	0.000		
Aktivitas	Sebelum	28	1.07	0.979	0.185	-5.021	0.000*
	Setelah	28	2.00	0.000	0.000		
Obat	Sebelum	28	4.86	1.715	0.324	-3.667	0.030*
	Setelah	28	5.71	0.763	0.144		
Mengubah Keyakinan	Sebelum	28	0.36	0.780	0.147	-3.986	0.001*
	Setelah	28	1.14	1.008	0.190		
Distraksi	Sebelum	28	0.39	0.737	0.139	-3.867	0.000*
	Setelah	28	1.21	0.995	0.188		
Relaksasi	Sebelum	28	0.36	0.780	0.147	-2.971	0.001*
	Setelah	28	1.18	0.983	0.186		
Komposit Pengetahuan	Sebelum	28	8.32	4.269	0.807	-6.558	0.000*
	Setelah	28	14.25	2.914	0.551		
	Selisih		5.93	4.784	0.904		

**5.2.2.4 Selisih Perbedaan pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy***

Perbedaan selisih rata-rata pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*. dengan hasil seperti pada tabel 5.6.

**Tabel 5.6 Analisis Selisih Perbedaan Pengetahuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Sebelum Dan Setelah Dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n = 56 )**

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p-value
Pengetahuan	a. Intervensi	28	6,36	4,279	0,809	-0,353	0,725
	b. Kontrol	28	5,93	4,784	0,904		

Berdasar tabel 5.6 diketahui selisih peningkatan pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* tidak ada perbedaan yang bermakna ( $P_{value} = 0.725$ ;  $\alpha = 0.05$ ).

**5.2.2.5 Perbedaan pengetahuan pasien mengontrol halusinasi setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy***

Perbedaan pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi setelah intervensi antara kelompok yang mendapat *cognitive*

*behaviour therapy* dengan yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil seperti pada tabel 5.7.

Tabel 5.7  
Analisis Perbedaan Pengetahuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Setelah *Cognitive Behaviour Therapy* Antara Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemropsu Medan Tahun 2010 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p-value
Pengetahuan	a. Intervensi	28	16.71	1.013	0.191	-4.227	0,000*
	b. Kontrol	28	14.25	2.914	0.551		

Berdasar tabel 5.7 diketahui pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ada perbedaan yang bermakna ( $P_{value}=0,000$ ;  $\alpha=0,05$ ).

### 5.2.3 Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi

Pada bagian ini akan dipaparkan distribusi rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum *cognitive behaviour therapy*, kesetaraan antar kelompok, perbedaan antara sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kedua kelompok, setelah *cognitive behaviour therapy* dan perbedaan rata-rata selisih pelaksanaan cara sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kedua kelompok.

#### 5.2.3.1 Pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy*

Distribusi rata-rata nilai pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum intervensi dianalisis menggunakan mean, standar deviasi dan nilai minimal-maksimal. Kesetaraan rata-rata pelaksanaan cara

mengontrol halusinasi antara kelompok yang mendapat dengan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*. dengan hasil tercantum pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Analisis Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Sebelum Dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemropsu Medan Tahun 2010 ( n = 56 )

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min - Max	p-value
Pelaksanaan Cara	1. Intervensi	28	33.21	10.553	1.994	19 - 55	0.342
	2. Kontrol	28	30.21	12.749	2.409	19 - 73	
	Total	56	31.71	11.651	2.201	19 - 73	

Berdasar tabel 5.8 nilai pelaksanaan cara mengontrol halusinasi berkisar antara 19-76, semakin meningkat maka akan semakin baik. Berdasar tabel 5.15 diketahui rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dilakukan terapi secara keseluruhan 31.71 dengan nilai terendah 19 dan tertinggi 73. Kesimpulannya rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi 41.72% dari nilai optimal.

Berdasar tabel 5.8 diketahui pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* tidak terdapat perbedaan yang bermakna maka homogen ( $P_{value} = 0,342$ ;  $\alpha = 0,05$ ).

### 5.2.3.2 Perbedaan pelaksanaan cara pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy*

Perbedaan rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dilakukan analisis dengan menggunakan uji *dependent sample t-test*. dengan hasil tercantum pada tabel 5.9

Berdasar tabel 5.9 diketahui pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum intervensi rata-rata 33.21, dan setelah intervensi naik menjadi menjadi 55.68. Selanjutnya berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata pelaksanaan cara dalam mengontrol halusinasi antara sebelum dengan setelah intervensi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,000$ ;  $\alpha=0,05$ ).

Tabel 5.9 Analisis Perbedaan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Yang Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pempropsi Medan Tahun 2010 (n = 56)

Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi		N	Mean	SD	SE	t	p-value
Menghardik	Sebelum	28	4.79	1.950	0.369	-8.297	0.000*
	Setelah	28	9.07	2.089	0.395		
Bercakap-cakap	Sebelum	28	5.93	2.493	0.471	-4.393	0.000*
	Setelah	28	8.96	1.990	0.376		
Aktivitas	Sebelum	28	3.29	1.536	0.290	-16.239	0.000*
	Setelah	28	8.00	0.000	0.000		
Obat	Sebelum	28	4.82	2.212	0.418	-7.604	0.000*
	Setelah	28	8.00	0.000	0.000		
Mengubah Keyakinan	Sebelum	28	4.86	2.606	0.493	-4.391	0.000*
	Setelah	28	8.29	2.386	0.451		
Distraksi	Sebelum	28	4.79	2.363	0.446	-16.158	0.000*
	Setelah	28	12.00	0.000	0.000		
Relaksasi	Sebelum	28	4.75	2.398	0.453	-15.999	0.000*
	Setelah	28	12.00	0.000	0.000		
Komposit Pelaksanaan cara	Sebelum	28	33.21	10.553	1.994	-6.749	0.000*
	Setelah	28	55.68	12.341	2.332		
	Selisih		22.46	17.612	3.328		

### 5.2.3.3 Perbedaan pelaksanaan cara pasien dalam mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*

Perbedaan rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dilakukan analisis dengan menggunakan uji *dependent sample t-test*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Analisis Perbedaan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Yang Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemropsu Medan Tahun 2010 (n = 56)

Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi	N	Mean	SD	SE	t	p-value	
Menghardik	Sebelum	28	4.75	2.459	0.46	-2.971	0.006*
	Setelah	28	6.61	2.986	0.564		
Bercakap-cakap	Sebelum	28	5.50	2.795	0.528	-2.252	0.033*
	Setelah	28	7.14	2.731	0.516		
Aktivitas	Sebelum	28	3.43	1.773	0.335	-13.645	0.000*
	Setelah	28	8.00	0.000	0.000		
Obat	Sebelum	28	4.07	2.071	0.391	10.035	0.000*
	Setelah	28	8.00	0.000	0.000		
Mengubah Keyakinan	Sebelum	28	4.00	2.277	0.430	-0.922	0.364
	Setelah	28	4.54	2.099	0.397		
Distraksi	Sebelum	28	4.32	2.510	0.474	-16.188	0.000*
	Setelah	28	12.00	0.000	0.000		
Relaksasi	Sebelum	28	4.14	2.353	0.445	-17.673	0.000*
	setelah	28	12.00	0.000	0.000		
Komposit Pelaksanaan cara	sebelum	28	30.21	12.749	2.409	-2.391	0.024*
	setelah	28	36.79	10.458	1.976		
	Selisih		6.57	14.543	2.748		

Berdasar tabel 5.10 diketahui pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum intervensi rata-rata 30.21,

dan setelah intervensi naik menjadi menjadi 36.79. Selanjutnya berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara sebelum dengan setelah intervensi pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,024$ ;  $\alpha=0,05$ ). Dan dapat disimpulkana bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pelaksanaan cara mengubah keyakinan antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,364$ ;  $\alpha=0,05$ ).

#### 5.2.3.4 Selisih Perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*

Perbedaan selisih rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil seperti pada tabel 5.11.

Tabel 5.11 Analisis Selisih Perbedaan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Sebelum Dan Setelah Dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pempropsu Medan Tahun 2010 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p-value
Pelaksanaan cara	a. Intervensi	28	22.46	17.612	3.328	-3.682	0,001*
	b. Kontrol	28	6.57	14.543	2.748		

Berdasar tabel 5.11 diketahui selisih pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara sebelum dan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata 22.46, dan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* 6.57. Selanjutnya

berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata selisih pelaksanaan cara mengontrol halusinasi mengontrol halusinasi antara kelompok yang mendapat dengan yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0.001$ ;  $\alpha=0.05$ ).

#### 5.2.3.5 Perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*

Perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah intervensi antara kelompok yang mendapat dengan yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil seperti pada tabel 5.12.

Berdasar tabel 5.12 diketahui pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan rata-rata 55.68, dan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata 36.79. Berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah intervensi antara kelompok yang mendapat dan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,000$ ;  $\alpha=0,05$ ).

Tabel 5.12 Analisis Perbedaan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Setelah *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pempropsi Medan Tahun 2010 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p-value
Pelaksanaan Cara	a. Intervensi	28	55.68	12.341	2.332	-6.180	0,000*
	b. Kontrol	28	36.79	10.458	1.976		



#### 5.2.4 Halusinasi Pasien

Pada bagian ini akan dipaparkan distribusi rata-rata halusinasi pasien sebelum *cognitive behaviour therapy*, kesetaraan antar kelompok, perbedaan antara sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kedua kelompok, perbedaan setelah *cognitive behaviour therapy* dan perbedaan rata-rata selisih halusinasi sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kedua kelompok.

##### 5.2.4.1 Halusinasi pasien sebelum *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy*

Distribusi rata-rata nilai halusinasi pasien sebelum intervensi dianalisis dengan menggunakan mean, standar deviasi dan nilai minimal-maksimal. Kesetaraan rata-rata halusinasi pasien antara kelompok yang mendapat dengan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.13

Tabel 5.13 Analisis Halusinasi Pasien Sebelum Dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Kelompok Yang Mendapat Dan Kelompok Yang Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max	p-value
Halusinasi	1. Intervensi	28	22.75	11.024	2.083	5 – 39	0.161
	2. Kontrol	28	18.86	9.427	1.782	4 – 42	
	Total	56	20.80	10.225	1.932	4 – 42	

Berdasar tabel 5.13 diketahui bahwa nilai halusinasi pasien berada pada rentang 0-44, sehingga apabila semakin kecil maka akan semakin baik. Berdasar tabel 5.5 diketahui rata-rata halusinasi pasien secara keseluruhan 20.80 dengan nilai terendah 4 dan tertinggi 42. Kesimpulannya rata-rata halusinasi pasien 47.27% dari nilai optimal.

Berdasar tabel 5.13 diketahui halusinasi pasien pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata 22.75, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* 18.86. Berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan tidak terdapat perbedaan halusinasi pasien antara kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* atau dengan kata lain rata-rata halusinasi pada kedua kelompok homogen ( $P_{value}=0,161$ ;  $\alpha=0,05$ ).

#### 5.2.4.1 Perbedaan halusinasi pasien sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy*

Perbedaan rata-rata halusinasi pasien sebelum dan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat dan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dilakukan analisis dengan menggunakan uji *dependent sample t-test*. dengan hasil tercantum pada tabel 5.14.

Tabel 5.14 Analisis Perbedaan Halusinasi Pasien Sebelum Dan Sesudah Intervensi *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n = 56)

Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	SE	t	p-value
Intervensi	Halusinasi						
	a. Sebelum	28	22.75	11.024	2.083	3.137	0,004*
	b. Sesudah	28	14.50	9.946	1.880		
Selisih		8.25	13.917	2.630			
Kontrol	Halusinasi						
	a. Sebelum	28	18.86	9.427	1.782	0.979	0.336
	b. Sesudah	28	16,36	10.996	2.078		
Selisih		2.50	13.511	2.553			

Berdasar tabel 5.14 diketahui pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata halusinasi pasien sebelum intervensi rata-rata 22.75, dan setelah intervensi menurun menjadi 14.50. Selanjutnya berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata halusinasi pasien antara sebelum dengan setelah intervensi pada

kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,004$ ;  $\alpha=0,05$ ).

Berdasar tabel 5.14 juga diketahui bahwa pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata halusinasi sebelum intervensi rata-rata 18,86, dan setelah intervensi menurun menjadi menjadi 16,36. Selanjutnya berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata halusinasi antara sebelum dengan setelah intervensi pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,336$ ;  $\alpha=0,05$ ).

#### 5.2.4.2 Selisih perbedaan halusinasi pasien sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy*

Perbedaan selisih rata-rata halusinasi pasien sebelum dengan setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil seperti pada tabel 5.15.

Tabel 5.15 Analisis Selisih Perbedaan Halusinasi Pasien Sebelum Dan Setelah Dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p
Halusinasi	a. Intervensi	28	8.25	13.917	2.630	-1.569	0,123
	b. Kontrol	28	2.50	13.511	2.553		

Berdasar tabel 5.15 diketahui selisih halusinasi pasien antara sebelum dan setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata 8,25, dan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* 2,50. Selanjutnya berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan tidak ada perbedaan yang

bermakna rata-rata selisih halusinasi antara kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}= 0.123$ ;  $\alpha= 0.05$ ).

#### 5.2.4.3 Perbedaan halusinasi pasien setelah *cognitive behaviour therapy* antara kelompok yang mendapat dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*

Perbedaan halusinasi pasien setelah intervensi antara kelompok yang mendapat dengan yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil seperti pada tabel 5.16

Tabel 5.16 Analisis Perbedaan Halusinasi Pasien Setelah *Cognitive Behaviour Therapy* Antara Kelompok Yang Mendapat Dan Tidak Mendapat *Cognitive Behaviour Therapy* Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p-value
Halusinasi	a. Intervensi	28	14.50	9.946	1.880	0.663	0,510
	b. Kontrol	28	16.36	10.996	2.078		

Berdasar tabel 5.16 diketahui halusinasi pasien pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan rata-rata 14.50, dan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* rata-rata 16.36. Berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata halusinasi setelah intervensi antara kelompok yang mendapat dan tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* ( $P_{value}=0,510$ ;  $\alpha= 0,05$ ).

#### 5.2.5 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap halusinasi pasien, pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi

Pada bagian ini akan disampaikan faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dan halusinasi pasien.

### 5.2.5.1 Faktor Yang Berkontribusi Pengetahuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi maka dianalisis juga dengan menggunakan regresi linear ganda, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.17.

Tabel 5.17 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Dalam Mengontrol Halusinasi Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	p-value
1. Usia	0.012	0.083	0.021	0.881	0.214	0.219
2. Jenis kelamin	-1.149	1.497	-0.128	0.447		
3. Perkawinan	-0.832	1.263	-0.093	0.513		
4. Pendidikan	-5.174	1.783	-0.580	0.006		
5. Pekerjaan	0.033	1.546	0.004	0.983		
6. Terapi medis	-1.110	1.663	-0.095	0.508		
7. Lama rawat	1.313	1.447	0.137	0.369		
8. Lama sakit	0.876	1.687	0.087	0.606		
9. CBT	1.809	1.431	0.203	0.212		

Dari regresi linear ganda ini, variabel-variabel yang mempunyai p value > 0.25 seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, terapi medis, lama rawat dan lama sakit dikeluarkan dari pemodelan sehingga pemodelan seperti tabel 5.18 dibawah ini.

Tabel 5.18 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Dalam Mengontrol Halusinasi Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	p-value
1. Pendidikan	-3.789	1.167	-0.425	0.002	0.168	0.008*
2. CBT	1.511	1.167	0.169	0.201		

Berdasar tabel 5.18 dapat diketahui bahwa pendidikan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan pasien (p-value < 0,05). Pendidikan juga merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi sebesar 42.5%. Nilai R Square sebesar 0,168 menunjukkan bahwa ada sekitar 16.8% pengaruh

pendidikan, *cognitive behavior therapy* terhadap pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi. Perbedaan peningkatan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi antara kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy* dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* sebesar 1.511 setelah dikontrol dengan pendidikan. Pasien yang mendapat *cognitive behavior therapy* peningkatan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi lebih tinggi dari pasien yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* setelah dikontrol dengan pendidikan.

Selain itu dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan peningkatan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi antara pendidikan rendah dengan pendidikan tinggi sebesar 3.789 setelah dikontrol *cognitive behavior therapy*. Pasien yang berpendidikan rendah peningkatan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi lebih tinggi daripada pasien yang berpendidikan tinggi setelah dikontrol *cognitive behavior therapy*.

#### 5.2.5.2 Faktor Yang Berkontribusi Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.19.

Tabel 5.19 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	p-value
1. Usia	-0.277	0.280	-0.118	0.328		
2. Jenis kelamin	2.644	5.046	0.074	0.603		
3. Perkawinan	-1.321	4.255	-0.037	0.758		
4. Pendidikan	-5.008	6.009	-0.141	0.409		
5. Pekerjaan	5.265	5.209	0.142	0.317	0.435	0.001*
6. Terapi medis	-12.416	5.603	-0.268	0.032		
7. Lama rawat	13.047	4.875	0.343	0.010		
8. Lama sakit	-7.229	5.686	-0.180	0.210		
9. CBT	20.268	4.821	0.571	0.000		

Berdasar tabel 5.19, terdapat variabel-variabel yang mempunyai p value > 0.25 seperti usia, jenis kelamin, perkawinan, pendidikan, pekerjaan, lama sakit sehingga harus dikeluarkan dari pemodelan.

Setelah variabel yang mempunyai p value > 0.25 keluar dari pemodelan, maka variabel diregresikan kembali dan apabila hasil regresi juga menunjukkan ada variabel dengan nilai p value yang > 0.05 maka variabel tersebut dikeluarkan lagi dari pemodelan sehingga pemodelan menjadi seperti tabel 5.20 dibawah ini.

Tabel 5.20 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	p-value
1. Terapi medis	-16.202	5.158	-0.350	0.003	0.363	0.000*
2. Lama rawat	8.751	4.327	0.230	0.048		
3. CBT	16.611	4.046	0.468	0.000		

Berdasar tabel 5.20 diatas dapat diketahui bahwa *cognitive behavior therapy*, terapi medis, lama rawat mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan cara mengontrol halusinasi (p-value < 0,05). Nilai R Square sebesar 0,363 menunjukkan bahwa ada sekitar 36.3% pengaruh *cognitive behavior therapy*, terapi medis, lama rawat terhadap pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Faktor yang paling dominan yang mempengaruhi pelaksanaan cara mengontrol halusinasi adalah *cognitive behavior therapy* sebesar 46.8%.

Berdasar tabel 5.20 juga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan peningkatan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy* dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* sebesar 16.611 setelah dikontrol dengan terapi medis dan lama rawat. Pasien yang mendapat *cognitive behavior therapy* pelaksanaan cara mengontrol halusinasi lebih tinggi dari

pasien yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* setelah dikontrol dengan terapi medis dan lama rawat.

Selain itu dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara pasien yang lama rawatnya < 1 bulan dengan pasien yang lama rawatnya  $\geq$  1 bulan sebesar 8.751 setelah dikontrol *cognitive behavior therapy* dan terapi medis. Pasien yang lama rawatnya  $\geq$  1 bulan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi lebih tinggi daripada pasien yang lama rawat < 1 bulan setelah dikontrol *cognitive behavior therapy* dan terapi medis.

Berdasar tabel 5.20 juga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara terapi medis tipikal dengan terapi medis atipikal sebesar 16.202 setelah dikontrol *cognitive behavior therapy* dan lama rawat. Pasien yang mendapat terapi medis atipikal pelaksanaan cara mengontrol halusinasi lebih tinggi daripada pasien yang mendapat terapi medis tipikal setelah dikontrol *cognitive behavior therapy* dan lama rawat.

### 5.2.5.3 Faktor yang Berkontribusi Halusinasi Pasien

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi halusinasi pasien dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.21.

Tabel 5.21 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Halusinasi Pasien Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	p-value
1. Usia	-0.043	0.232	-0.023	0.855		
2. Jenis kelamin	6.468	4.179	0.233	0.129		
3. Perkawinan	-11.906	3.525	-0.432	0.001		
4. Pendidikan	0.796	4.977	0.029	0.874		
5. Pekerjaan	8.844	4.314	0.308	0.046	0.357	0.010*
6. Terapi medis	1.041	4.641	0.029	0.823		
7. Lama rawat	-3.932	4.038	-0.133	0.335		
8. Lama sakit	-0.763	4.709	-0.025	0.872		
9. CBT	7.473	3.993	0.271	0.068		



Dari regresi linear ganda ini, variabel-variabel yang mempunyai p value > 0.05 seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, terapi medis, lama rawat, lama sakit dikeluarkan sehingga pemodelan menjadi seperti tabel 5.22.

Tabel 5.22 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Halusinasi Pasien Di RSJ Pemropsu Medan Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	p-value
1.Perkawinan	-12.893	3.203	-0.468	0.000	0.297	0.000*
2.Pekerjaan	5.338	3.351	0.186	0.117		
3. CBT	6.131	3.212	0.223	0.062		

Berdasarkan tabel 5.22 dapat diketahui bahwa status perkawinan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap halusinasi (p-value < 0,05). Status perkawinan mempunyai pengaruh yang dominan terhadap halusinasi pasien sebesar 46.8%. Nilai R Square sebesar 0,340 menunjukkan bahwa ada sekitar 34,2% pengaruh status perkawinan, *cognitive behavior therapy*, pekerjaan terhadap halusinasi pasien.

Berdasar tabel 5.22 juga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan penurunan halusinasi antara kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy* dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* sebesar 6.131 setelah dikontrol dengan perkawinan dan pekerjaan. Pasien yang mendapat *cognitive behavior therapy* penurunan halusinasinya lebih besar dari pasien yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* setelah dikontrol dengan perkawinan dan pekerjaan.

Selain itu dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan penurunan halusinasi antara pasien yang memiliki yang memiliki pekerjaan dengan yang tidak memiliki pekerjaan sebesar 5.338 setelah dikontrol *cognitive behavior therapy* dan perkawinan. Pasien yang memiliki pekerjaan penurunan

halusinasi lebih besar daripada pasien yang tidak memiliki pekerjaan setelah dikontrol *cognitive behavior therapy* dan perkawinan.

Berdasar tabel 5.22 juga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan penurunan halusinasi antara pasien yang kawin dengan yang tidak kawin sebesar 12.893 setelah dikontrol *cognitive behavior therapy* dan pekerjaan. Pasien yang tidak kawin penurunan halusinasi lebih besar daripada pasien yang kawin setelah dikontrol *cognitive behavior therapy* dan pekerjaan.

#### 5.2.5.4 Hubungan Pengetahuan Dan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Terhadap Halusinasi Pasien

Untuk mengetahui apakah pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi berpengaruh terhadap halusinasi pasien maka dianalisis dengan menggunakan korelasi, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.23.

Berdasarkan tabel 5.23 dapat diketahui bahwa pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi tidak mempunyai hubungan yang signifikan terhadap perubahan halusinasi pasien.

Tabel 5.23 Hubungan Pengetahuan dan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi Terhadap Penurunan Halusinasi Pasien Di RSJ Pemprosu Medan (n=56)

Karakteristik	Perubahan Halusinasi			
	Intervensi		Kontrol	
	r	p	r	p
1.Pengetahuan	-0.118	0.551	-0.289	0.136
2.Pelaksanaan cara	-0.248	0.203	0.085	0.665

Untuk mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap perubahan halusinasi pasien maka dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.24.

Tabel 5.24 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Perubahan Halusinasi Pasien Di RSJ Pemprosu Medan Tahun 2010 (N=56)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	p-value
1. Pengetahuan	-0.379	0.205	-0.256	0.070	0.108	0.110
2. Pelaksanaan cara	-0.091	0.077	-0.167	0.245		
3. CBT	4.955	3.694	0.180	0.186		

Berdasarkan tabel 5.24 dapat diketahui bahwa pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perubahan halusinasi pasien ( $p\text{-value} > 0,05$ ). Nilai R Square sebesar 0,108 menunjukkan bahwa ada sekitar 10,8% pengaruh pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, *cognitive behavior therapy* terhadap perubahan halusinasi pasien

## BAB 6

### PEMBAHASAN

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

#### 6.1 Pengaruh *Cognitive behaviour therapy* Terhadap Pengetahuan Pasien dalam mengontrol halusinasi

Pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi. Begitu juga pada kelompok yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi. Tetapi peningkatan skor pengetahuan pasien pada kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy* sebesar 6.36 sedangkan pasien yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* hanya sebesar 5.93 walaupun tidak bermakna.

Pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi merupakan suatu hal yang paling mendasar dalam proses perubahan perilaku pasien. Karena tanpa dasar pengetahuan yang kuat maka perilaku yang ditampilkan atau dihasilkan tidak akan bertahan lama. Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebelum individu melakukan sesuatu tindakan, individu tersebut harus mengetahui terlebih dahulu manfaat tindakan tersebut bagi dirinya melalui proses pemberian informasi atau peningkatan pengetahuan.

Pernyataan ini diperkuat oleh WHO (dalam Notoatmodjo, 2007) yang menyatakan bahwa strategi merubah perilaku individu dikelompokkan menjadi

3 yaitu menggunakan kekuatan/kekuasaan, pemberian informasi dan diskusi partisipasi. Dan pemberian informasi akan meningkatkan pengetahuan individu. Selanjutnya pengetahuan yang didapat melalui informasi akan menimbulkan kesadaran dan akhirnya individu akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dapatnya. Hasil perubahan perilaku itu akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran individu sendiri dan bukan karena paksaan.

Asuhan keperawatan pada pasien halusinasi baik yang generalis maupun spesialis bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya. Menurut Varcarolis (1990) kemampuan yang harus dimiliki pasien meliputi 3 aspek yaitu kognitif, psikomotor dan juga afektif. Kemampuan kognitif meliputi pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi, sedangkan kemampuan psikomotor merupakan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dalam keseharian pasien. Sehingga ketika perawat melakukan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi, perawat memberi informasi terlebih dahulu tentang halusinasi dan cara mengontrol halusinasi. Kemudian melatih pasien untuk mampu mengontrol halusinasi secara mandiri.

Perubahan perilaku yang diharapkan pada pasien halusinasi dapat terjadi dengan proses belajar yang terjadi selama proses pelaksanaan intervensi keperawatan. Hal ini sesuai dengan Hosland, dkk (1953 dalam Notoatmodjo, 2007) yang menyatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Djamarah (2008) juga menyatakan bahwa belajar merupakan serangkaian kegiatan untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku sebagai hasil dari pengalaman individu berinteraksi dengan lingkungannya yang menyangkut kognitif, afektif dan psikomotor. Proses belajar tersebut membawa perubahan dalam arti *behavioral changes* baik *actual* maupun *potensial* (Suryabrata, 2004). Selain itu Kingskey dalam Djamarah (2008) juga menyebutkan bahwa belajar adalah proses dimana tingkah laku yang ditimbulkan atau diubah melalui praktek dan latihan. Notoatmodjo (2007) juga menyebutkan bahwa belajar merupakan suatu usaha

untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku (pengetahuan, kecakapan, keterampilan dan nilai-nilai). Sedangkan Djaali (2008) menyatakan bahwa belajar merupakan kegiatan penting yang harus dilakukan setiap orang secara maksimal untuk dapat mengatasi atau memperoleh sesuatu.

Pengertian dan konsep diatas mengisyaratkan bahwa proses belajar yang terjadi dalam proses intervensi keperawatan baik generalis maupun spesialis menimbulkan perubahan perilaku pada pasien halusinasi. Pasien meningkat pengetahuannya dalam mengontrol halusinasi, menimbulkan kesadaran pada diri pasien dan akhirnya memotivasi pasien untuk mempraktekkan pengetahuan tersebut dalam kehidupan sehari-hari.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna rata-rata pengetahuan pasien setelah *cognitive behaviour therapy* pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy*. Skor peningkatan pengetahuan lebih tinggi pada kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy* dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* walaupun tidak bermakna. Hal ini menunjukkan bahwa pada pasien yang mendapat *cognitive behaviour therapy* peningkatan pengetahuan lebih tinggi dibanding pada pasien yang hanya mendapat asuhan keperawatan generalis halusinasi.

Peningkatan pengetahuan terjadi karena pada saat pelaksanaan *cognitive behavior therapy* pasien diberi informasi dan belajar keterampilan baru dalam mengontrol halusinasinya. Hal ini sesuai dengan Meichenbaum (1996, dalam Corey, 1996; Oemarjoedi, 2003) yang menyebutkan bahwa pada proses *cognitive behaviour therapy* terdapat proses *cognitive behaviour modification*. Salah satu dari proses *cognitive behaviour modification* adalah pasien diajarkan keterampilan baru untuk mengatasi masalah secara praktis agar dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Smith (2003) menyebutkan bahwa pada proses pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* memperkuat

keyakinan dan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi yaitu dengan cara melatih melakukan strategi koping dalam mengontrol halusinasi secara konsisten.

Selain itu pada proses *cognitive behaviour therapy*, pasien dipersiapkan agar dapat melakukan intervensi dan memotivasi dirinya sendiri untuk berubah, serta mampu berhadapan dengan kemungkinan resistensi dan relapse melalui pelatihan *stress-inoculation* yang terdiri dari kombinasi antara pemberian informasi, diskusi, restrukturisasi kognitif, problem solving, relaksasi, pengulangan tingkah laku, monitor diri, instruksi diri, penguatan diri dan kemampuan dalam merubah lingkungan (Oemarjoedi, 2003). Bentuk *cognitive behavior therapy* juga dapat berupa *problem solving therapies*, *coping skills therapies* dimana ditekankan pada cara-cara belajar meningkatkan keterampilan adaptif dan asertif dan memperluas kemampuan mengatasi masalah (Sundberg, Winebarger & Taplin, 2007). Oemarjoedi (2003) juga menyebutkan bahwa salah satu prinsip dalam pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* adalah dengan menggunakan tehnik metode dan model belajar kreatif. Dari pernyataan diatas dapat dilihat bahwa dalam proses *cognitive behavior therapy* terdapat proses belajar antara terapis dan pasien, dimana terapis melakukan transfer pengetahuan terhadap pasien tentang bagaimana cara mengontrol halusinasinya.

Proses pelaksanaan *cognitive behavior therapy* pada penelitian ini, terapis memberikan informasi tentang cara mengontrol halusinasi terhadap pasien. Terapis mengevaluasi sejauh mana pengetahuan pasien mengontrol halusinasi secara generalis yaitu cara menghardik, bercakap-cakap, aktivitas dan obat. Dan apabila pasien belum mengerti sepenuhnya maka pengetahuan tersebut diajarkan kembali sampai pasien mengerti dan melakukannya secara mandiri, selanjutnya pasien diajarkan tentang cara lain mengontrol halusinasi yaitu dengan cara mengubah keyakinan tentang halusinasi, distraksi dan juga relaksasi. Hal inilah yang menyebabkan nilai pengetahuan pasien pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* berbeda dari kelompok

yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*. Karena pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* pasien hanya diajarkan 4 cara mengontrol halusinasi yaitu dengan menghardik, bercakap-cakap, aktivitas dan minum obat. Sedangkan pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* diajarkan 7 cara mengontrol halusinasi. Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa perlu adanya *cognitive behavior therapy* sebagai terapi lanjutan dari asuhan keperawatan generalis halusinasi.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi seperti menghardik, aktivitas, obat, mengubah keyakinan, distraksi dan relaksasi pada kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy* dan juga kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* sebelum dan sesudah intervensi. Sedangkan untuk bercakap-cakap, tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy* dan juga kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy*.

Hasil ini tidak sesuai dengan konsep dan penelitian sebelumnya. Konsep dan penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa secara generalis kemampuan kognitif atau pengetahuan yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mengenal halusinasi dan juga mengenal 4 cara mengontrol halusinasi (Keliat dkk, 2005). Dan juga penelitian yang dilakukan Carolina (2008) yang menunjukkan bahwa kemampuan kognitif atau pengetahuan yang harus dimiliki pasien halusinasi secara generalis adalah pasien mampu menghardik halusinasinya, bercakap-cakap dengan oranglain, melakukan aktivitas dan patuh minum obat.

Seharusnya pada pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan generalis halusinasi, pengetahuan atau kemampuan yang dimiliki pasien adalah pasien mampu mengenal halusinasinya dan juga mengetahui 4 cara mengontrol halusinasi (menghardik, bercakap-cakap, aktivitas dan obat). Tetapi pada penelitian ini menunjukkan bahwa pasien juga mengetahui cara distraksi,



mengubah keyakinan dan juga relaksasi setelah intervensi. Hal ini dapat disebabkan karena adanya variasi data yang begitu besar, sampel yang kecil, penyegaran yang belum optimal, tidak dilakukannya *interrater reliability*.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah ruangan pasien yang mendapat *cognitive behavior therapy* dan tidak mendapat *cognitive behavior therapy* yang berdekatan sehingga mempengaruhi kualitas data yang diperoleh. Karena pasien bisa saling bertanya tentang informasi atau pengetahuan apa yang telah diberikan oleh peneliti dan hal tersebut mempengaruhi penilaian terhadap pengetahuan pasien, tetapi penilaian terhadap pelaksanaan cara mengontrol halusinasi tidak terjadi bias karena pasien melakukan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi secara individual.

Faktor lain yang dapat menyebabkan hal diatas adalah usia pasien yang mendapat *cognitive behavior therapy* berusia 40 sampai dengan 50 tahun berjumlah 10 orang sehingga mempengaruhi proses belajar. Berdasarkan Guilbert dalam Notoatmodjo (2007), faktor yang mempengaruhi proses belajar yaitu materi, lingkungan, instrumental dan individual subjek belajar. Faktor individual terbagi dua yaitu faktor kondisi fisik individu seperti kekurangan gizi, kondisi panca indera (terutama pendengaran dan penglihatan) dan faktor psikologis seperti inteligensi, pengamatan, daya tangkap ingatan, motivasi dan lainnya.

Faktor fisik yang dapat menghambat proses belajar pada orang dewasa adalah dengan bertambahnya usia titik dekat penglihatan atau titik terdekat yang dapat dilihat secara jelas mulai bergerak makin jauh, titik jauh penglihatan atau titik terjauh yang dapat dilihat secara jelas mulai berkurang, makin besar jumlah penerangan yang diperlukan dalam situasi belajar, persepsi kontras warna cenderung kearah merah daripada spectrum, kemampuan menerima suara makin menurun dan kemampuan membedakan bunyi makin berkurang (Verner & Davidson dalam Notoatmodjo, 2007). Sehingga berdasarkan konsep diatas, perubahan fisik pada pasien yang berusia 40-50 tahun dapat

mempengaruhi proses belajar dan penyampaian informasi/pengetahuan dalam mengontrol halusinasi dalam proses pelaksanaan intervensi.

## **6.2 Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* Terhadap Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy*. Selain itu terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy*. Tetapi terjadi peningkatan skor pelaksanaan cara mengontrol halusinasi secara bermakna sebelum dan setelah intervensi pada pasien mendapatkan *cognitive behaviour therapy* sebesar 22.46 sedangkan pada pasien yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy* sebesar 6.57.

Hal ini terjadi karena dalam proses *cognitive behavior therapy* dan asuhan keperawatan generalis halusinasi terjadi proses latihan. Latihan itu sendiri merupakan suatu hal penting dalam proses pembelajaran. Menurut Notoatmodjo (2007), latihan adalah penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktivitas tertentu, latihan merupakan kegiatan pokok dalam proses belajar, sama seperti pembiasaan atau pembudayaan. Latihan maupun pembiasaan terjadi dalam taraf biologis, tetapi apabila selanjutnya berkembang kearah psikis maka akan terjadi proses *otomatisme*. Proses tersebut menghasilkan tindakan yang tidak disadari, cepat dan tepat. Pernyataan diatas juga diperkuat oleh Bandura (1986, dalam Woolfolk, 2009) yang menyatakan bahwa dalam *observational learning*, ada 4 elemen penting yang meliputi: memperhatikan, menyimpan informasi, menghasilkan prilaku dan termotivasi dalam mengulangi prilaku. Dan dalam proses menghasilkan prilaku, individu membutuhkan banyak latihan, umpan balik karena akan membuat prilaku lebih lancar/mahir.

Proses latihan yang dilakukan dapat meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Dalam asuhan keperawatan generalis halusinasi, pasien diberi jadwal aktivitas sehari-hari yang tujuannya agar pasien melakukan kembali cara mengontrol halusinasi dalam kesehariannya sehingga jadi pembudayaan. Begitu juga pada pasien yang mendapat *cognitive behavior therapy*, pasien diberi buku kerja dimana pasien mencatat kembali pengalaman halusinasinya, perasaan, perilaku negatif dan pikiran otomatis negatif pada saat halusinasi muncul dan kemudian pasien dilatih mengubah pikiran negatif dan perilaku negatif menjadi pikiran dan perilaku positif yang semuanya tercatat dalam buku kerja pasien. Selain itu pasien juga diminta untuk melatih kembali secara mandiri cara mengubah pikiran otomatis negatif dan juga perilaku negatif. Dengan demikian proses latihan yang dialami pasien dapat meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi, dan akhirnya diharapkan menjadi budaya serta sumber coping bagi pasien.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara selisih pelaksanaan cara mengontrol halusinasi antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*. Selain itu peningkatan skor rata-rata selisih pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada pasien yang mendapat *cognitive behaviour therapy* lebih tinggi dibandingkan pada pasien yang hanya mendapat asuhan generalis halusinasi.

Hal ini disebabkan karena pada proses *cognitive behavior therapy* terdapat proses belajar dimana pasien dilatih mengubah pikiran dan perilaku negatifnya dengan pikiran dan perilaku yang positif. Dan pasien diajarkan untuk melakukan latihan secara mandiri diruangan. Menurut peneliti hal inilah yang membuat perbedaan selisih peningkatan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada pasien yang mendapat *cognitive behaviour therapy*.

*Cognitive behaviour therapy* merupakan psikoterapi yang berfokus untuk mengubah prilaku dan pikiran individu. Menurut Oemarjoedi (2003), *cognitive behaviour therapy* merupakan terapi yang digunakan untuk memodifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif. Kenny (2008) juga menyatakan bahwa *cognitive behaviour therapy* dalam jangka waktu pendek dapat merubah pemikiran negatif. Selain itu *cognitive behaviour therapy* dapat menolong individu merubah pikirannya dan membawanya ke dalam perspektif baru, dan diajarkan juga strategi prilaku yang adaptif.

Intervensi *cognitive behaviour therapy* dilakukan melalui 5 sesi dimana sesi pertama adalah pengkajian dimana pasien diminta untuk mengungkapkan pengalaman halusinasinya, perasaan, prilaku negatif dan pikiran otomatis negatifnya, dilatih mengubah satu pikiran otomatis negatif dan diajarkan untuk melakukan latihan mandiri. Dan pada sesi kedua pasien juga dilatih untuk mengubah pikiran otomatis negatifnya yang kedua dan diajarkan untuk latihan mandiri dalam mengubah pikiran otomatis negatifnya yang lain. Selain itu pasien juga diajarkan prilaku positif baik sesuai dengan asuhan keperawatan generalis halusinasi dan juga prilaku baru yang positif dalam mengontrol halusinasinya. Secara tidak langsung, dengan *cognitive behaviour therapy*, terapis memodifikasi pikiran dan prilaku pasien yang negatif menjadi positif. Hal tersebut dilatih terus menerus agar menjadi prilaku yang otomatis/budaya bagi pasien. Sehingga dengan demikian dapat meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi.

Proses latihan yang ada didalam proses *cognitive bahaviour therapy* dapat meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Karena berdasarkan Notoatmodjo (2007), tingkah laku atau psikomotor merupakan hasil dari belajar. Dan belajar tidak terlepas dari latihan. Latihan yang terus menerus

akan menghasilkan tindakan yang otomatisasi yaitu tanpa disadari, cepat dan tepat. Diperkuat oleh pernyataan D'Zurilla (1988, dalam Sundberg, Winebarger & Taplin, 2007) yang menyatakan bahwa proses latihan keterampilan mengatasi masalah yang terdapat dalam proses *cognitive behavior therapy* akan meningkatkan kompetensi sosial dan membantu individu mengurangi perilaku maladaptif serta membantu individu dalam mengatasi stress dan masalah baru.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna rata-rata pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah intervensi pada pasien yang mendapat dengan pasien tidak mendapat *cognitive behavior therapy*. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi setelah intervensi berbeda antara pasien yang mendapat terapi dengan pasien yang tidak mendapat terapi.

Peningkatan secara bermakna terhadap pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada pasien yang mendapatkan *cognitive behavior therapy* juga dapat disebabkan karena dalam proses pembentukan perilaku baru, terapis menerapkan prinsip-prinsip teori belajar dengan memberi penguatan (*reinforcement*) dan hukuman (*punishment*) (Oemarjoedi, 2003). Karena dengan penguatan dan hukuman tersebut dapat menguatkan perilaku yang dihasilkan individu.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi peristiwa belajar salah satunya adalah *reinforcement*. Hal ini sesuai dengan Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi belajar ada dua yaitu eksternal dan internal. Faktor eksternal meliputi: persentuhan, repetisi dan *reinforcement* sedangkan faktor internal meliputi fakta informasi, keterampilan intelektual dan juga strategi-strategi. *Reinforcement* atau ganjaran itu sendiri merupakan rangsangan yang menetapkan apakah tingkah laku atau respons diulang atau tidak dalam kesempatan yang lain. Berdasarkan Woolfolk (2009), *reinforcement* dapat memainkan beberapa peran dalam *observational*

*learning*. *Reinforcement* akan memperkuat individu untuk meniru tindakan atau perilaku, individu akan lebih termotivasi untuk memperhatikan, mengingat dan memproduksi perilaku. Selain itu *reinforcement* juga penting dalam mempertahankan pembelajaran. Seseorang yang mencoba perilaku baru kemungkinan kurang mempertahankan perilaku baru tersebut tanpa adanya *reinforcement* (Ollendick, Dailey & Shapiro, 1983; Schunk, 2004 dalam Woolfolk, 2009).

Pernyataan diatas juga diperkuat oleh Skinner dalam teorinya *operant conditioning* dalam Suryabrata (2004) menyatakan bahwa respons yang timbul dan berkembang diikuti oleh *reinforcing stimuli* atau *reinforcer*, karena *reinforcer* tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan, dengan kata lain *reinforcer* tersebut memperkuat tingkah laku tertentu yang telah dilakukan. Dan respons tersebut merupakan bagian terbesar dari tingkah laku manusia dan kemungkinannya untuk memodifikasi tak terbatas. Sehingga berdasarkan teori tersebut pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* dengan menerapkan teknik *reinforcement* yang salah satu berupa teknik *token economy* dapat mempengaruhi pelaksanaan cara mengontrol halusiansi. Artinya dengan *reinforcement* yang diberikan oleh terapis, menjadi penguatan dan memotivasi pasien untuk kembali melakukan perilaku positif dalam kehidupannya sehari-hari sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi.

*Token economy* dalam proses *cognitive behavior therapy* merupakan salah satu tipe dari *contingency contracting* dimana penguatan diberikan sesuai dengan perilaku yang diinginkan (Townsend, 2009). Token dapat berupa poin, cek atau lainnya dimana individu dapat menukarkan nilai token yang telah dikumpulkan untuk mendapatkan reward yang diinginkan (Kazdin, 2001; Alberto & Troutman, 2006 dalam Woolfolk, 2009). Hal ini sesuai dengan Stuart dan Laraia (2005) yang menyebutkan strategi *cognitive behaviour therapy* adalah menurunkan ansietas yang salah satunya dengan cara latihan

relaksasi, restrukturisasi kognitif dengan cara memonitor pikiran dan perilaku dan belajar perilaku baru seperti belajar *token economy*.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapat *cognitive behavior therapy* sebelum dan sesudah intervensi mengalami perbedaan yang bermakna. Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behavior therapy* pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah intervensi bermakna kecuali pada pelaksanaan cara mengubah keyakinan.

Hal ini karena memang pada asuhan generalis halusinasi pelaksanaan cara mengontrol halusinasi yang diharapkan pada pasien adalah 4 cara mengontrol halusinasi yaitu menghardik, bercakap-cakap, aktivitas dan obat. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, maka memang sangat diharapkan terapi lanjutan seperti *cognitive behavior therapy* sebagai terapi lanjutan setelah asuhan keperawatan generalis halusinasi untuk meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi.

### **6.3 Pengaruh *Cognitive behaviour therapy* Terhadap Halusinasi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna rata-rata halusinasi pasien antara sebelum dengan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy*. Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*, tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata halusinasi sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy* bermanfaat dalam menurunkan halusinasi pasien.

Hal ini sesuai dengan penelitian Janner dkk (2006) yang telah membuktikan bahwa dengan *Hallucination Fokuced Integrative* yang menggunakan berbagai terapi modalitas seperti *cognitive behaviour therapy*, pelatihan koping, terapi keluarga, upaya rehabilitasi, intervensi krisis *assertive mobile*, pemberian antipsikotik bermanfaat dalam mengatasi halusinasi. Barrowclough

dkk (2001) menunjukkan bahwa program perawatan yang terintegrasi antara *motivational interviewing*, *cognitive behaviour therapy* dan terapi keluarga lebih efektif mengurangi gejala positif dan negatif pada pasien skizofrenia dibandingkan dengan pada perawatan umum.

Begitu juga hasil penelitian Granholm, dkk (2005) yang menunjukkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy* pada pasien skizofrenia kronis dapat meningkatkan kemampuan coping, mengevaluasi pengalaman yang salah, pencapaian kognitif insight yang baik, meningkatkan fungsi sosial, mengurangi gejala-gejala positif dan negatif seperti halusinasi dan juga delusi. Dan juga penelitian Kingdon dan Turkington (1997), yang menyatakan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif dalam mengobati gejala positif akibat resistennya individu terhadap obat-obatan skizofrenia.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Trower, dkk (2004) dalam Birchwood (2009) juga telah membuktikan juga bahwa dengan pemberian *cognitive behaviour therapy* dapat mengurangi kepercayaan terhadap kekuatan halusinasi dan meningkatkan efektifitas interpersonal. Perubahan halusinasi yang tampak setelah pemberian *cognitive behaviour therapy* adalah menurunnya tanda dan gejala halusinasi pasien. Karena pada pre test didapat rata-rata skor halusinasi pasien 4.8 tetapi setelah dilakukan *cognitive behaviour therapy* skor halusinasi menurun menjadi 1.8. Hal ini menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif menurunkan tanda dan gejala halusinasi pasien. Selain itu hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy* pasien dapat mengurangi frekuensi dan kekuatan halusinasi serta distress dan depresi yang dihadapi pasien dalam menghadapi gejala psikotik yang dialaminya.

Begitu juga dengan penelitian Tarrier, dkk (2002) yang menunjukkan bahwa terjadi perubahan yang signifikan terhadap gejala positif dan negatif skizofrenia, tanda dan gejala halusinasi yang terlihat dengan berkurangnya frekuensi, durasi, lokasi dan kekerasan halusinasi, tingkat keyakinan pasien



terhadap halusinasi, jumlah dan frekuensi isi negatif halusinasi, intensitas dan jumlah distress yang ditimbulkan, akibat halusinasi terhadap aktivitas sehari-hari pasien dan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi setelah dilakukan *cognitive behaviour therapy* dalam 4 minggu. Dan penelitian ini juga menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* lebih efektif dalam menurunkan gejala positif dan negatif skizofrenia dibandingkan dengan hanya pemberian *cognitive behaviour therapy* secara umum maupun pemberian terapi konseling suportif.

Pada *cognitive behaviour therapy*, terapis membantu individu untuk belajar keterampilan baru dalam mengontrol halusinasi sehingga dengan belajar dan latihan keterampilan baru tersebut, pengetahuan dan psikomotor pasien dalam mengontrol halusinasi menjadi meningkat. Dengan kata lain pasien mempunyai strategi koping yang baru dan positif yang dapat digunakannya ketika mengalami kejadian halusinasi. Apabila keterampilan baru tersebut dilakukan maka akan menjadi kebiasaan bagi pasien dan hal itu akan mengurangi tanda dan gejala halusinasi yang dialaminya.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata selisih penurunan halusinasi pasien antara pasien yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan pasien yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*. Tetapi skor penurunan halusinasi yang terjadi pada pasien yang mendapat *cognitive behaviour therapy* sebesar 8.25 sedangkan pasien yang hanya mendapat asuhan keperawatan generalis halusinasi sebesar 2.50 walaupun tidak bermakna.

Hal ini sesuai dengan Tarrier dkk (1998) yang menyebutkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy*, halusinasi berkurang sampai -7.8, pada pasien yang hanya diberikan perawatan umum saja halusinasi berkurang hanya 0.07, sedangkan pada pasien yang mendapat *supportive counselling* halusinasi berkurang hanya -3.9. Sedangkan penelitian Ng, Hiu dan Pau (2007) menunjukkan bahwa dengan *cognitive behaviour therapy*, halusinasi pasien

menurun hampir 2 kali lipat. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa *cognitive behaviour therapy* sangat bermanfaat dalam menurunkan halusinasi pasien.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata halusinasi setelah intervensi antara kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dengan kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*.

Hal ini terjadi karena waktu yang singkat dimana halusinasi pasien diobservasi kembali setelah 2 minggu atau selesai intervensi, sehingga belum terjadi proses yang optimal dalam menurunkan skor halusinasi. Karena berdasarkan penelitian Ng, Hiu dan Pau (2007), observasi dilakukan setelah 6 bulan pelaksanaan *cognitive behaviour therapy*. Sedangkan penelitian Tarrier, dkk (1998), observasi dilakukan setelah 10 minggu pelaksanaan *cognitive behaviour therapy*. Artinya perlu ada waktu pasien untuk melakukan proses pengulangan perilaku, sehingga perilaku tersebut menjadi budaya bagi pasien dan akhirnya secara tidak langsung dapat menurunkan halusinasinya.

#### **6.4 Hubungan Pengetahuan dan pelaksanaan cara terhadap perubahan halusinasi**

Pengetahuan yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mengenal halusinasi dan juga mengenal cara mengontrol halusinasi. Sedangkan kemampuan psikomotor yang diharapkan pada pasien halusinasi adalah pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi, melatih cara yang diajarkan sesuai dengan jadwal dan juga mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang diajarkan saat halusinasi muncul (Keliat dkk, 2005). Carolina (2008) juga menyebutkan bahwa pengetahuan dan psikomotor yang harus dimiliki pasien halusinasi adalah pasien mampu menghardik halusinasinya, bercakap-cakap dengan oranglain, melakukan aktivitas dan patuh minum obat.

Pengetahuan dan pelaksanaan cara dalam mengontrol halusinasi merupakan faktor yang berpengaruh dalam menurunkan halusinasi pasien. Apabila kita meningkatkan terus pengetahuan pasien dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi maka akan menurunkan halusinasi pasien secara bermakna.

Hal ini juga sesuai dengan Varcarolis (1990) yang menyatakan bahwa kemampuan yang harus dimiliki pasien meliputi 3 aspek yaitu kognitif, psikomotor dan juga afektif. Penelitian Carolina (2008) menunjukkan bahwa dengan penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi dapat meningkatkan kemampuan psikomotor dan kognitif pasien dalam mengontrol halusinasinya dan juga menurunkan tanda dan gejala halusinasi. Hal ini berarti dengan peningkatan kemampuan psikomotor dan kognitif pasien maka akan menimbulkan efek positif bagi pasien, pasien dapat mengontrol halusinasinya dan secara tidak langsung dapat menurunkan tanda serta gejala halusinasi yang sedang dialaminya.

Tetapi hasil penelitian menunjukkan hasil yang berbeda dengan teori dan konsep diatas, berdasarkan penelitian ini pengetahuan cara mengontrol halusinasi dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi tidak mempunyai pengaruh terhadap perubahan halusinasi pasien.

Perubahan perilaku atau penurunan halusinasi memerlukan waktu yang optimal. Berdasar konsep dan teori diatas, perubahan perilaku yang terjadi harus didahului dengan adanya pengetahuan yang kuat tentang cara mengontrol halusinasi sebelum terjadi proses perubahan perilaku pasien. Pengetahuan yang kuat tersebut akan menimbulkan kesadaran pada diri pasien sehingga pasien dapat menerapkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi secara teratur yang akhirnya dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi itu sendiri.

Pelaksanaan cara mengontrol halusinasi juga sangat erat kaitannya dengan proses latihan yang dilakukan pasien dalam membentuk perilaku baru. Pasien

harus dilatih secara terus menerus untuk mengubah pikiran dan perilaku negatif menjadi positif. Dan proses latihan tersebut membutuhkan waktu agar perilaku atau strategi koping baru yang diajarkan dapat menjadi budaya bagi pasien yang akhirnya dapat berpengaruh terhadap halusinasinya. Pernyataan di atas didukung oleh Notoatmodjo (2007) juga menyebutkan bahwa belajar merupakan proses evolusi, bukan proses revolusi karena perubahan perilaku memerlukan waktu dan kesabaran. Perubahan perilaku adalah suatu proses yang lama, karena memerlukan pemikiran-pemikiran dan pertimbangan oranglain, contoh, dan mungkin pengalaman sebelum menerima atau berperilaku baru.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku pada individu adalah adanya minat dan motivasi pada individu. Motivasi yang kuat akan membantu pasien mengikuti proses belajar dengan baik. Hal ini didukung oleh Guilbert dalam Notoatmodjo (2007) yang menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi proses belajar salah satunya adalah motivasi dari individu itu sendiri. Minat yang besar atau keinginan yang kuat terhadap sesuatu merupakan modal besar dalam mencapai tujuan, sedangkan motivasi merupakan dorongan dari diri sendiri berupa kesadaran akan pentingnya sesuatu (Djaali, 2008). Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa walaupun individu mempunyai pengetahuan tentang halusinasi dan cara mengontrol halusinasi, belum tentu ia akan menerapkannya dengan baik tanpa adanya minat dan motivasi yang kuat. Hal tersebut secara tidak langsung berpengaruh terhadap penurunan halusinasi pasien.

Faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap hasil penelitian di atas adalah hampir keseluruhan pasien yang mendapat *cognitive behaviour therapy* mengalami sakit lebih dari 1 tahun (kronis), hal ini berakibat terhadap terapi yang dilakukan. Karena berdasarkan Kaplan, Sadock dan Grebb (1997), pasien kronis akan mengalami *relaps*. Dan *relaps* yang dialami akan berpengaruh terhadap gejala, masing-masing *relaps* diikuti oleh pemburukan lebih lanjut terhadap fungsi dasar pasien. Gejala psikotik cenderung menjadi

kurang parah dengan berjalannya waktu, tetapi gejala negatif yang menimbulkan ketidakmampuan secara sosial atau gejala defisit dapat meningkat keparahannya. Penelitian lainnya menyebutkan bahwa lebih dari periode 5 sampai 10 tahun setelah perawatan psikiatrik pertama di rumah sakit karena skizofrenia, hanya kira-kira 10 sampai 20 persen memiliki hasil yang baik dan lebih 50% memiliki hasil yang buruk. Dan berdasarkan literatur, rentang angka pemulihan didapat bahwa 20-30% pasien mampu menjalani kehidupan yang agak normal. 20-30% terus mengalami gejala sedang, 40-60% terganggu secara bermakna sepanjang hidupnya. Berdasar hal tersebut dapat disimpulkan bahwa lama sakit dialami pasien akan mempengaruhi aktivitas dan motivasi pasien dalam mengikuti intervensi yang diberikan.

Selain itu pada pelaksanaan penelitian ini, peneliti hanya mengukur pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pasien melalui kuisioner tetapi tidak mengukur pikiran negatif dan juga perilaku negatif yang muncul ketika halusinasi sehingga tidak dapat mengukur secara langsung terhadap penurunan halusinasi pasien.

#### **6.5 Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dan halusinasi**

Hasil penelitian menunjukkan ada kontribusi karakteristik pasien terhadap pengetahuan, pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dan halusinasi yaitu:

##### **6.5.1 Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi**

###### **6.5.1.1 Faktor Pendidikan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan individu. Pada umumnya individu yang berpendidikan tinggi sangat mudah untuk menyerap informasi atau pengetahuan baru yang diberikan. Sehingga dengan pendidikan atau keterampilan

intelektualnya, pasien mampu mengikuti proses belajar yang ada dalam intervensi dengan lebih baik.

Proses belajar dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah tingkat pendidikan pasien. Menurut Notoatmodjo (2007), belajar merupakan proses emosional dan intelektual dan belajar dipengaruhi oleh keadaan individu secara keseluruhan. Dan salah satu faktor yang mempengaruhi peristiwa belajar adalah keterampilan intelektual ataupun tingkat pendidikan seseorang.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pasien yang berpendidikan rendah, peningkatan pengetahuan dalam mengontrol halusinasi lebih tinggi daripada pasien yang berpendidikan tinggi setelah dikontrol oleh *cognitive behavior therapy*. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan konsep diatas, pada umumnya pendidikan tinggi akan membuat individu mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi. Hal ini dapat terjadi karena pada individu yang berpendidikan tinggi, individu sudah mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan tertentu yang mungkin sudah mereka miliki selama bertahun-tahun. Sehingga pengetahuan, sikap dan perilaku baru yang belum mereka yakini menjadi sulit diterima (Notoatmodjo, 2007).

## 6.5.2 Faktor yang berkontribusi terhadap pelaksanaan cara mengontrol halusinasi

### 6.5.2.1 Faktor Lama rawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama pasien dirawat berpengaruh terhadap pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Selain itu pasien yang dirawat lebih dari satu bulan meningkat pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dibandingkan dengan

yang lama rawat kurang dari satu bulan setelah dikontrol terapi medis dan *cognitive behaviour therapy*.

Hal ini sesuai dengan Carolina (2008) yang menyatakan bahwa seseorang yang dirawat di rumah sakit akan mendapatkan asuhan keperawatan tentang cara mengatasi masalah yang dihadapi. Semakin lama ia dirawat maka ia akan semakin mengenal, mengetahui cara mengatasi masalahnya dan semakin mandiri dalam melakukan aktivitas yang telah dilatih.

Selain itu peningkatan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dapat terjadi karena pasien yang dirawat lebih dari satu bulan 69.6% (32 orang) mendapatkan pengobatan antipsikotik tipikal. Antipsikotik tipikal bermanfaat dalam mengurangi gejala psikotik seperti halusinasi. Tetapi yang perlu diantisipasi adalah pengaruh efek ekstrapiramidal yang ditimbulkan dan besarnya dosis obat yang diberikan kepada pasien halusinasi tersebut.

Dewasa ini perawatan pasien skizofrenia mengalami kemajuan yang sangat pesat. Dulu pasien skizofrenia dirawat dalam jangka waktu yang lama tetapi saat ini kita mengenal adanya perawatan singkat pada pasien skizofrenia. Pasien yang sudah mandiri dalam melakukan aktivitas yang telah dilatih dapat dirawat dirumah setelah 14 hari perawatannya dirumah sakit. Sehingga perawatan lanjutan seperti pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* dapat dilakukan dikomunitas/masyarakat setelah pasien pulang ke rumah.

#### 6.5.2.2 Terapi Medis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi medis berpengaruh terhadap pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Selain itu terapi medis atipikal lebih baik dalam meningkatkan pelaksanaan

cara mengontrol halusinasi dibandingkan dengan pemberian terapi medis tipikal setelah dikontrol lama rawat dan *cognitive behaviour therapy*.

Terapi medis dalam hal ini adalah pemberian obat-obatan antipsikotik untuk mengatasi gejala-gejala psikotik yang dihadapi pasien. Antipsikotik yang dikenal saat ini adalah antipsikotik tipikal dan juga antipsikotik atipikal. Berdasarkan Videbeck (2008), kerja utama obat-obatan antipsikotik pada sistem syaraf adalah menyekat reseptor neurotransmitter dopamin. Reseptor dopamin diklasifikasikan ke dalam sub kategori yaitu (D1, D2, D3, D4 dan D5) dan D2, D3 dan D4 dikaitkan dengan skizofrenia. Antipsikotik tipikal merupakan antagonis (bloker) yang kuat terhadap D2, D3 dan D4. Hal ini membuat obat-obatan antipsikotik tipikal efektif dalam menangani gejala target seperti halusinasi tetapi juga menimbulkan efek samping ekstrapiramidal akibat penyekatan reseptor D2.

Sedangkan pada antipsikotik atipikal, selain dapat menangani gejala target seperti halusinasi, obat tersebut juga mempunyai efek bloker D2 yang relatif rendah sehingga efek ekstrapiramidal yang ditimbulkan rendah. Selain itu antipsikotik atipikal dapat menghambat reuptake serotonin seperti pada beberapa obat-obatan antidepresan, yang menyebabkan antipsikotik atipikal tersebut juga efektif digunakan untuk mengatasi gejala-gejala negatif pada pasien skizofrenia. Sehingga pada anti psikotik yang atipikal pengaruhnya menjadi lebih baik (Videbeck, 2008).

Hal ini juga diperkuat oleh Littrell dan Littrell (1998, dalam Videbeck, 2008) yang menyatakan bahwa antipsikotik tipikal digunakan untuk mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia seperti halusinasi, waham, gangguan pikiran dan juga gejala



positif lain, tetapi tidak memiliki efek pada gejala negatif. Sedangkan antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi juga mengurangi gejala negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dan anhedonia.

Shives (2005) menyebutkan bahwa neurotransmitter dopamin berfungsi dalam pengontrolan gerakan yang kompleks, motivasi, kognisi dan pengaturan respon emosional. Sedangkan seretonin berperan dalam pengaturan emosi, aktivitas, keagresifan, iritabilitas, kognisi, nyeri, bioritme dan proses neuroendokrin. Pengaruh terapi medis yang berkaitan erat dengan pengaturan dopamin dan seretonin dapat mempengaruhi aktivitas dan motivasi pasien. Hal inilah yang menyebabkan pasien mau melakukan kegiatan yang telah dilatih dan akhirnya meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi.

### 6.5.3 Faktor yang berkontribusi terhadap halusinasi

#### 6.5.3.1 Faktor status perkawinan

Hasil penelitian menunjukkan ada kontribusi status perkawinan pasien terhadap halusinasi pasien. Selain itu pada pasien yang tidak kawin, penurunan halusinasinya lebih besar dibandingkan dengan pasien yang kawin setelah dikontrol oleh pekerjaan dan *cognitive behavior therapy*.

Status perkawinan sangat erat kaitannya dengan masalah keluarga yang dialami pasien. Masalah keluarga tersebut dapat menjadi pencetus terjadinya skizofrenia. Hal ini sesuai dengan Stuart dan Laraia (2005) yang menyebutkan bahwa masalah keluarga seperti perkawinan merupakan salah satu faktor prediposisi maupun presipitasi dari terjadinya skizofrenia. Kaplan, Sadock dan Grebb (2003) juga menyebutkan bahwa faktor sosial budaya yang dapat menyebabkan terjadinya

skizofrenia adalah adanya *double bind* didalam keluarga dan juga konflik dalam keluarga.

Torrey (1995, dalam Videbeck, 2008) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor sosial yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah adanya disfungsi dalam pengasuhan anak maupun dinamika keluarga. Konflik tersebut apabila tidak diatasi dengan baik maka akan menyebabkan resiko terjadinya skizofrenia. Townsend (2005) juga menyatakan bahwa faktor sosial kultural yang menyebabkan terjadinya skizofrenia meliputi disfungsi dalam keluarga, konflik keluarga, komunikasi *double bind*. Ini berarti bahwa memang kehidupan perkawinan dapat menjadi pencetus terjadinya skizofrenia jika terjadi akumulasi masalah yang tidak dapat diselesaikan (Hawari, 2001 dalam Carolina, 2008).

#### 6.5.3.2 Faktor Pekerjaan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan ada kontribusi pekerjaan terhadap halusinasi pasien. Penurunan halusinasi pada pasien yang memiliki pekerjaan lebih besar dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki pekerjaan setelah dikontrol dengan status perkawinan dan *cognitive behavior therapy*.

Pekerjaan sangat erat kaitannya dengan penghasilan dan status ekonomi individu. Seaward (1997, dalam Videbeck, 2008) menyatakan bahwa faktor budaya dan sosial yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah karena tidak adanya penghasilan, adanya kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal (tunawisma), kemiskinan dan diskriminasi ras, golongan, usia maupun jenis kelamin. Stuart dan Laraia (2005) juga menyebutkan bahwa faktor sosial kultural yang dapat mempengaruhi terjadinya skizofrenia yaitu usia, jenis kelamin,

pendidikan, penghasilan, pekerjaan, posisi sosial, latar belakang budaya, nilai dan pengalaman sosial individu. Didukung juga oleh penelitian Tarrier dkk (1998) juga menunjukkan bahwa 76 responden skizofrenia tidak mempunyai pekerjaan (90%). Kaplan, Saddock dan Grebb (1997) juga menyatakan bahwa stres yang dialami oleh anggota kelompok sosial ekonomi rendah berperan dalam perkembangan skizofrenia.

Pekerjaan juga erat kaitannya dengan asset ekonomi yang dimiliki pasien. Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005), salah satu sumber coping yang penting dalam membantu pasien dalam mengatasi stressor yang dihadapinya meliputi asset ekonomi. Apabila individu mempunyai sumber coping yang adekuat maka ia akan mampu beradaptasi dan mengatasi stressor yang ada.

## **6.6 Keterbatasan penelitian**

Penelitian ini memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu instrumen, dan hasil.

### **6.6.1 Proses Pelaksanaan Penelitian**

6.6.1.1 Pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* hanya dilakukan dalam 2 minggu dimana masing-masing sesi hanya diulang 2 kali.

6.6.1.2 Penyegaran yang dilakukan belum mampu mengukur kemampuan perawat ruangan dalam memberikan asuhan keperawatan generalis halusinasi.

6.6.1.3 Pelaksanaan posttest dilakukan setelah akhir sesi kelima, sehingga belum dapat diobservasi sepenuhnya perubahan yang telah dilakukan oleh pasien.

- 6.6.1.4 Tidak dilakukan *interrater reliability* untuk mengukur kesamaan persepsi antar para pengumpul data.
- 6.6.1.5 Jumlah sampel dan tehnik pengambilan sampel perlu dimodifikasi kembali agar terjaga kualitas data yang diperoleh.
- 6.6.1.6 Kuisisioner tanda dan gejala halusinasi, pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi perlu dimodifikasi dan dilakukan uji coba kembali. Selain itu kuisisioner belum mengukur pikiran dan perilaku negatif pada pasien halusinasi.
- 6.6.1.7 Usia dan lama sakit pasien tidak dikontrol dalam penelitian ini sehingga hal ini berpengaruh terhadap terapi yang dilakukan

### **6.7 Implikasi Hasil Penelitian.**

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

#### **6.7.1 Pelayanan Keperawatan jiwa di rumah sakit**

Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di rumah sakit dapat menerapkan *cognitive behaviour therapy* terhadap pasien halusinasi sebagai terapi lanjutan dari asuhan keperawatan generalis halusinasi.

#### **6.7.2 Pelayanan Keperawatan jiwa di komunitas**

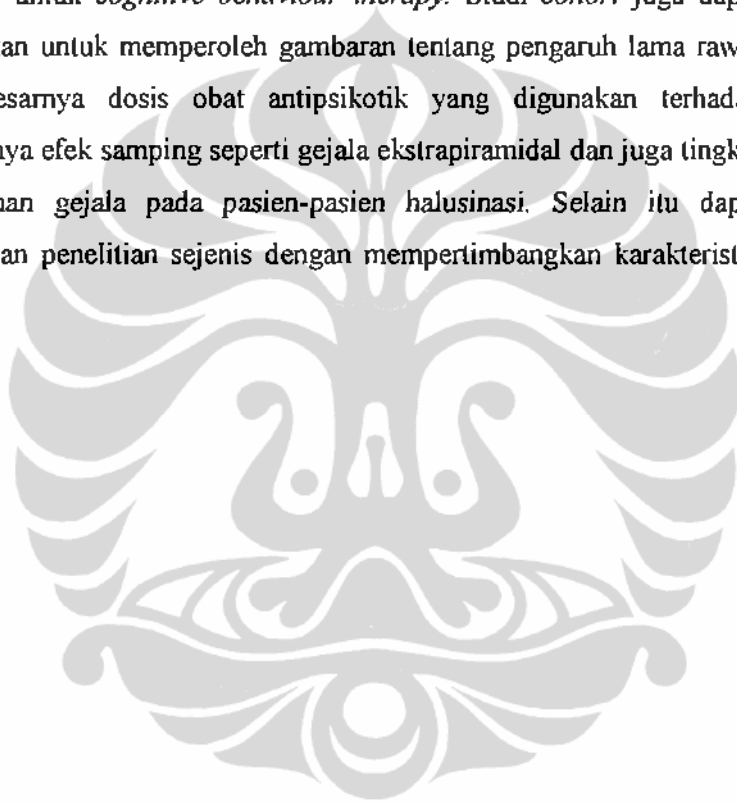
Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di komunitas dapat menerapkan *cognitive behaviour therapy* terhadap pasien halusinasi sebagai terapi lanjutan dari asuhan keperawatan generalis halusinasi.

#### **6.7.3 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan**

Hasil penelitian menunjukkan *cognitive behaviour therapy* berpengaruh terhadap halusinasi sehingga dapat dijadikan salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada pasien halusinasi.

#### 6.7.4 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian merupakan penelitian awal untuk mengetahui pengaruh *cognitive behaviour therapy* terhadap halusinasi, pengetahuan & pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sehingga perlu ada penelitian lanjutan seperti *cohort* dimana pasien halusinasi diberikan intervensi *cognitive behaviour therapy* dan diikuti perkembangannya sampai beberapa bulan dan dilakukan intervensi booster untuk *cognitive behaviour therapy*. Studi *cohort* juga dapat dilakukan untuk memperoleh gambaran tentang pengaruh lama rawat dan besarnya dosis obat antipsikotik yang digunakan terhadap timbulnya efek samping seperti gejala ekstrapiramidal dan juga tingkat keparahan gejala pada pasien-pasien halusinasi. Selain itu dapat dilakukan penelitian sejenis dengan mempertimbangkan karakteristik pasien.



## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

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

#### 7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik pasien rata-rata berusia 34.73 tahun, lebih dari setengah pasien berjenis kelamin laki-laki, dengan tingkat pendidikan seimbang antara pendidikan rendah dan tinggi, begitu juga dengan status perkawinan berimbang antara yang kawin dengan tidak kawin. Sebagian besar pasien tidak bekerja, mendapatkan terapi tipikal, dengan lama rawat lebih dari satu bulan dan lama sakit lebih dari satu tahun.
- 7.1.2 Halusinasi pasien sebelum pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* 47.27% dari nilai optimal. Pengetahuan dalam mengontrol halusinasi sebelum pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* 49.15% dari nilai optimal dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi sebelum pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* 41.72% dari nilai optimal.
- 7.1.3 Halusinasi menurun secara bermakna pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* sedangkan halusinasi pada kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy* menurun secara tidak bermakna.
- 7.1.4 Pengetahuan dalam mengontrol halusinasi meningkat secara bermakna pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dan pada kelompok yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy*. Secara deskriptif skor peningkatan pengetahuan pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* lebih tinggi dari kelompok yang tidak mendapat *cognitive bahaviour therapy*.
- 7.1.5 Pelaksanaan cara mengontrol halusinasi meningkat secara bermakna pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* dan pada kelompok yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy*. Secara

deskriptif skor peningkatan pelaksanaan cara mengontrol halusiansi pada kelompok yang mendapat *cognitive behaviour therapy* lebih tinggi dari kelompok yang tidak mendapat *cognitive behaviour therapy*.

7.1.5.1 Ada pengaruh pendidikan terhadap pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi. Ada pengaruh *cognitive behaviour therapy*, terapi medis, lama rawat terhadap pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Ada pengaruh status perkawinan, *cognitive behaviour therapy* dan pekerjaan terhadap halusinasi pasien. Tidak ada pengaruh pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi terhadap perubahan halusinasi pasien.

## 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 Rumah Sakit hendaknya membuat program lanjutan terapi spesialis keperawatan untuk pasien halusinasi di rumah sakit. Dan pasien yang telah dilakukan *cognitive behavior therapy* di follow up, latihan diteruskan agar menjadi budaya bagi pasien sehingga hasil menjadi optimal

7.2.1.2 Program lanjutan terapi spesialis keperawatan halusinasi dikomunitas setelah pasien pulang dari rumah sakit sangat dibutuhkan agar didapat hasil perawatan yang lebih optimal.

7.2.1.3 Perawat jiwa sebaiknya lebih aktif menerapkan asuhan keperawatan generalis halusinasi dengan dilanjutkan dengan terapi spesialis keperawatan salah satunya dengan *cognitive behaviour therapy*.

7.2.1.4 Sebagai dasar pentingnya penempatan perawatan spesialis jiwa ditatanan pelayanan kesehatan jiwa baik di rumah sakit maupun komunitas.

7.2.1.5 Perlu adanya kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya seperti psikiater dan juga psikolog klinis dalam pemberian *cognitive behavior therapy* terhadap pasien halusinasi.

## 7.2.2 Pengembangan keilmuan

7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menjadikan *cognitive behaviour therapy* sebagai salah satu kompetensi yang harus dikuasai sebagai mahasiswa untuk praktek di tatanan pelayanan kesehatan jiwa.

7.2.2.2 Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan *cognitive behavior therapy* dalam waktu yang agak lama ditambah dengan adanya follow up dan intervensi booster untuk memaksimalkan hasil.

## 7.2.3 Penelitian berikutnya

7.2.3.1 Perlu penelitian lebih lanjut dengan desain *cohort* untuk melihat pengaruh lama rawat dan pemberian obat antipsikotik terhadap efek samping dan keparahan gejala yang ditimbulkan. Selain itu perlu dilakukan penelitian *cognitive behavior therapy* dalam jangka waktu yang lama dengan melakukan follow up dan intervensi booster pada pasien halusinasi.

7.2.3.2 Perlu dilakukan penelitian tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan psikomotor pasien dalam mengontrol halusinasi.

7.2.3.3 Perlu dibuat kuisioner yang dapat mengukur pikiran dan perilaku negatif pada pasien halusinasi. Perlu dilakukan modifikasi dan uji coba kembali instrumen tanda dan gejala halusinasi dan pengetahuan pasien dalam mengontrol halusinasi.

7.2.3.4 Perlu modifikasi jumlah dan tehnik pengambilan sampel agar terjamin kualitas data untuk penelitian berikutnya yang sejenis.



7.2.3.5 Perlu dilakukan penelitian sejenis dengan mempertimbangkan karakteristik pasien dan juga intervensi generalis keperawatan halusinasi yang benar-benar optimal.



## DAFTAR PUSTAKA

- British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (2006). *Cognitive behaviour therapy*. Januari 19, 2010. [http://www.makingspace.co.uk/document\\_library/downloads/CBT-FACTSHEET.pdf](http://www.makingspace.co.uk/document_library/downloads/CBT-FACTSHEET.pdf)
- Barrowclough, dkk (2001). *Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders*. Januari 29, 2010. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/158/10/1706?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=cbt+for+hallucination&searchid=1&FIRSTINDEX=180&sortspec=relevance&resourcetype=HWCI>
- Birchwood (2009). *Cognitive behaviour therapy for command hallucination*. Desember 21, 2010. <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=503>
- Brichwood (2004). *Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial*. Januari 29, 2010. <http://www.schizophrenia.com/szresearch/archives/001073.html>
- Carolina (2008). *Pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi di RS Jiwa Soeharto Heerdjan Jakarta*. Tidak dipublikasikan
- Carson (2000). *Mental health nursing*. United States of America: W.B. Saunders Company
- Castle, dkk (1991). *Nursing care for skizofrenia patients*. Januari 19, 2010.

<http://www.news-medical.net/news/2008/05/06/38133.aspx>

Chi-Chan dkk (2002). *Nursing care for skizofrenia patients*. Januari 29, 2010.

<http://www.news-medical.net/news/2008/05/06/38133.aspx>

Coconcea & Ramos (2009). *Schizofrenia overview*. Januari 19, 2010.

[http://www.emedicinehealth.com/schizophrenia/article\\_em.htm#Schizophrenia%20Overview](http://www.emedicinehealth.com/schizophrenia/article_em.htm#Schizophrenia%20Overview)

Copel, L.C. (2007). *Kesehatan jiwa & psikiatri, pedoman klinis perawat (psychiatric and mental health care: nurse's clinical guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alihbahasa : Akemat. Jakarta : EGC.

Coupland dkk (2010). *With one voice: guidelines for hearing voices groups in clinical settings*. Januari 19, 2010.

<http://www.newtherapist.com/32groups.html>

Daymon & Holloway (2008). *Metode-metode riset kualitatif dalam public relations & marketing communications*. Jakarta: PT Bentang Pustaka

Depkes RI (2008). *Riset kesehatan dasar (RISKESDAS Tahun 2007)*

Djaali (2008). *Psikologi pendidikan*. Jakarta: PT. Bumi Aksara

Djamarah, S.B. (2008). *Psikologi belajar*. Jakarta: Pt. Rineka Cipta

Dobson & Dozois (2001). *Psikologi abnormal*. Jakarta: Erlangga

Doebbling (2007). *Treatment of mental illness*. Januari 29, 2010.

<http://www.merck.com/mmhe/sec07/ch098/ch098d.html>

Duckworth (2007). *Schizofrenia*. Januari 29, 2010.

[http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By\\_Illness&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=54&ContentID=23036](http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=54&ContentID=23036)

England (2007). *Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing*.  
Maret 4, 2010.

[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3804/is\\_200704/ai\\_n19197756/pg\\_8?tag=content:coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3804/is_200704/ai_n19197756/pg_8?tag=content:coll)

Fausiah & Widuri (2007). *Psikologi abnormal klinik dewasa*. Jakarta: UI Press

Fauziah (2009). *Pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor*. Tidak dipublikasikan

FIK UI (2008). *Standar asuhan keperawatan jiwa*. Tidak dipublikasikan.

FIK UI (2008). *Draft terapi spesialis jiwa*. Tidak dipublikasikan.

Frisch, N.C. & Frisch, L.E. ( 2006). *Psychiatric mental health nursing*. 3<sup>rd</sup> edition. Canada : Thomson Delmar Learning

Froggatt (2006). *A brief introduction to cognitive-behaviour therapy*. Januari 19, 2010. <http://www.rational.org.nz/prof/docs/Intro-CBT.pdf>

Granholm, dkk (2005). *A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia*. Januari 29, 2010.  
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/162/3/520?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=cbt+for+hallucination&searchid=1&FIRSTINDEX=100&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

- Hamid (2009). *Psychiatric nursing liason consultant (pnlc) sebagai strategi pengembangan pendidikan, pelayanan & riset keperawatan jiwa*. Disampaikan pada Temu Ilmiah PNLC pada Pelayanan Umum, di Jakarta 26 Agustus 2009.
- Hastono, S.P. (2007). *Modul analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM – UI (tidak dipublikasikan).
- Hopkins (2009). *A new view of statistics*. Januari 19, 2010.  
<http://www.sportsci.org/resource/stats/validappl.html>
- ICD 10. Januari 28, 2010. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Jenner dkk (2006). *Hitting voices of schizophrenia patients may lastingly reduce persistent auditory hallucinations and their burden: 18-month outcome of randomized controlled trial*. Maret 4, 2010.  
<https://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/march1/cjp-mar-1-06-jenner-OR.pdf>
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2004). *Sinopsis psikiatri*. Edisi Ketujuh. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Kirk, Westbrook & Kennerly (2007). *CBT an introduction to cbt skills and application*. UK Psychology Press Publishers
- Kenny (2008). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Februari 26, 2009. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_6811/is\\_1\\_26/ai\\_n28504602](http://findarticles.com/p/articles/mi_6811/is_1_26/ai_n28504602)
- Keliat dkk (2005). *Community mental health nursing*. Tidak dipublikasikan
- Keliat & Akemat (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*. Jakarta : EGC.

Key (1997). *Reliability and validity*. Juli 18, 2010.

<http://www.okstate.edu/ag/agedcm4h/academic/aged5980a/5980/newpag>

Kingdon & Turkington (2005). *What is cognitive behavioral therapy (cbt) for schizophrenia*. November 12, 2009.

<http://sites.google.com/site/clinicaldesktop/cbtforschizophrenia>

Klingberg dkk (2009). *Cognitive behavioural therapy (cbt) for positive symptoms in psychotic disorders*. Januari 19, 2010.

<http://www.psychose-psychotherapieforschung.de/ppp/node/63>

Koenigsberg (2003). *Social skills training*. Februari 26, 2009.

[http://indarticles.com/p/articles/mi\\_ex5197/is\\_2003/ai\\_n19119539/pg\\_5?tag=content;col1](http://indarticles.com/p/articles/mi_ex5197/is_2003/ai_n19119539/pg_5?tag=content;col1)

Maslim, R. (2001). *Panduan penggolangan diagnosis gangguan jiwa*. Jakarta : PT Nuh Jaya

Mc. Leod (2006). *Cognitive behaviour therapy group work with voices hearers*. Januari 19, 2010.

[http://www.intervoiceline.org/assets/2007/6/26/BJN\\_16\\_5\\_292\\_5\\_Voice.pdf](http://www.intervoiceline.org/assets/2007/6/26/BJN_16_5_292_5_Voice.pdf)

Morrison (2002). *The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions*. April 25, 2010.

<http://www.feltoninstitute.org/approach/morrisonsinterpretationofintrusions.pdf>

Mursal (2010). *Jumlah penderita gangguan jiwa akan meningkat*. Januari 29, 2010.

[http://www.waspada.co.id/index.php?option=com\\_content&view=article&](http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&)

[id=79255:2010-jumlah-penderita-gangguan-jiwa-akan-meningkat&catid=68:features&Itemid=159](#)

NANDA (2005). *Nursing diagnoses : Definitions & classification*, Philadelphia : AR.

National Institute Mental Health of United States (2009). *Schizofrenia*. Januari 29, 2010.

<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>

National Alliance on Mental Illness of America (2010). *Schizofrenia*. Januari 19, 2010.

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/schizophrenia-booklet-2009.pdf>

Ng, Hiu & Pau (2008). *Cognitive behavioural therapy by novices for supervised community hostel residents with treatment resistant schizofrenia in hongkong: a pilot study*. April 25, 2010.

[http://www.hkjpsych.com/journal\\_file/0802\\_V18N2-p49-54.pdf](http://www.hkjpsych.com/journal_file/0802_V18N2-p49-54.pdf)

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu prilaku*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

Oemarjoedi (2003). *Pendekatan cognitive behaviour therapy dalam psikoterapi*. Jakarta: Penerbit Kreatif Medika

Peters (2009). *Overview of cbt for psychosis*. Januari 19, 2010.  
[www.iop.kcl.ac.uk/.../CBT%20for%20psychosis%20-%20Dr%20Peters.pptm](http://www.iop.kcl.ac.uk/.../CBT%20for%20psychosis%20-%20Dr%20Peters.pptm)

Rector (2005). *The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective*. Januari 29, 2010.

<http://www.cpa-apc.org:8080/publications/archives/cjp/2005/april/cjp-april-05-Rector-IR.pdf>

Renidayati (2007). *Pengaruh social skills training pada klien isolasi social di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Sumatera Barat*. Tidak Dipublikasikan

Rethink (1996). *What is severe mental illness*. Januari 28, 2010.

[http://www.mentalhealthshop.org/products/rethink\\_publications/what\\_is\\_s](http://www.mentalhealthshop.org/products/rethink_publications/what_is_s)

Ruggeri, dkk (2000). *Definition and prevalance of severe and persistent mental illness*. Januari 28, 2010. <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/177/2/149>

Safaria & Saputra (2009). *Manajemen emosi: Sebuah panduan cerdas bagaimana mengelola emosi positif dalam hidup anda*. Jakarta: PT. Bumi Aksara

Sauosa (2007). *Types and contents of hallucinations in schizophrenia*. Januari 28, 2010. [http://www.jpops.com.pk/display\\_articles.asp?d=164&p=art](http://www.jpops.com.pk/display_articles.asp?d=164&p=art)

Sasmita, H. (2007). *Pengaruh cognitive behaviour therapy pada pasien harga diri rendah di RS Marzuki Mahdi Bogor*. Tidak dipublikasikan.

Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, (3<sup>th</sup> ed). Jakarta : CV. Sagung Seto.

Shives, L.R. ( 2005). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

Smith dkk (2003). *Cognitive behaviour therapy for psychotic syptoms: a therapists manual*. Januari 19, 2010.

<http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/Psychosis%20Manual.pdf>

Stuart, G. W. & Laraia, M.T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing*. 8<sup>th</sup> edition. Philadelphia, USA : Mosby, In



Sundberg, Winebarger & Taplin (2007). *Clinical psychology*. New Jersey:  
Prentice Hall

Suryabrata, S. (2004). *Psikologi pendidikan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada

Tarrier dkk (1998). *Randomised controlled trial of intensive cognitive  
behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia*. Maret 19,  
2010. <http://www.bmj.com/cgi/reprint/317/7154/303>

Tarrier dkk (2002). *Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy  
in early schizophrenia: acute-phase outcomes*. Maret 4, 2010.  
<http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/181/43/s91>

Tarrier dkk (2004). *Cognitive behavioural therapy in first-episode and early  
schizophrenia*. Januari 19, 2010.  
<http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/184/3/231>

The Canadian Mental Health Association (2008). *Mental health-mental illness*.  
Januari 29, 2010. [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vs/diseases-maladies/mental-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vs/diseases-maladies/mental-eng.pdf)

Townsend, C.M. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing*.  
Philadelphia: F.A. Davis Company

Turkington dkk (2006). *Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a  
review*.  
Januari 29, 2010. <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/reprint/4/2/223>

Turkington, Kingdon & Weiden (2006). *Cognitive behaviour therapy for  
skizofrenia*. Maret 3, 2010.  
[http://www.4shared.com/get/55305057/197b40cc/The\\_case\\_Study\\_Guide  
ToCognitive\\_Behaviour\\_Therapy\\_Of\\_Psychosis\\_-\\_David\\_KingDon.htm](http://www.4shared.com/get/55305057/197b40cc/The_case_Study_Guide_ToCognitive_Behaviour_Therapy_Of_Psychosis_-_David_KingDon.htm)

Turkington, Kingdon & Hansen (2006). *The abcs of cognitive-behavioral therapy for schizophrenia*. Januari 29, 2010.

<http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/51321?pageNumber=2>

Trower dkk (2004). *Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial*. Maret 19, 2010.

<http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/184/4/312>

Undang-Undang Kesehatan (2009). Januari 19, 2010.

<http://perdhaki.org/sites/default/files/UU%20KESEHATAN%2036-2009.pdf>

Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta : EGC

Vorcalis, Carson & Shoemaker (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing a clinical approach*. St. Louis Missaurri: Saunders Elsevier

Vorcalis (1990). *Foundations of psycitric mental health nursing*. United States of America: Saunders Company

Wardaningsih, S. (2007). *Pengaruh family psychoeducation terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*. Tidak dipublikasikan

Watson dkk (2008). *Nursing reseach design and methods*. Philadelphia: Elsevier

WHO (2001). *Mental health*. Januari 19, 2010.

[http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/)

WHO (2003). *Investing in mental health*. Januari 29, 2010.

[http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf)

WHO (2004). *Promoting mental health concepts, emerging evidence and practice*. Januari 29, 2010.

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)

WHO (2010). *Schizophrenia*. Januari 29, 2010.

[http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/) Pada

WHO (2000). *ICD 10 classification of mental and behavioural disorders clinical*. Januari 29, 2010.

<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Wright (2006). *Cognitive behavior therapy: basic principles and recent advances*. Januari 29, 2010.

<http://focus.psychiatryonline.org/cgi/reprint/4/2/1173?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=cognitive+behaviour+therapy+for+hallucination&searchid=1&FIRSTINDEX=30&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

Wong (2008). *Experience and coping with auditory hallucinations in first episode psychosis: relationship with stress coping*. Januari 19, 2010.

<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/search?FIRSTINDEX=20&journalcode=ps&submit.y=0&submit.x=0&fulltext=cbl+for+hallucination&submit=GO&sortspec=relevance>

Woolfolk (2009). *Educational psychology active learning edition*. Boston:

Pearson Education, Inc.

Wykes, dkk (1999). *Group treatment of auditory hallucination exploratory study of effectiveness*. Januari 29, 2010.

<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/175/2/180>

Lampiran 1

**JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN**  
**PENGARUH COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY TERHADAP HALUSINASI PASIEN**  
**DI RUMAH SAKIT JIWA PEMPROPSU MEDAN**

No	Kegiatan	Waktu Penelitian (Tahun 2010)																										
		Februari			Maret			April			Mei			Juni			Juli											
		1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	
1	Penyusunan dan Uji Proposal																											
2	Pengurusan izin administrasi Penelitian																											
3	Pengumpulan Data																											
4	Analisis dan penafsiran data																											
5	Penyusunan Laporan Akhir																											
6	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																											
7	Perbaikan Hasil Seminar Penelitian																											
8	Sidang Tesis																											
9	Perbaikan Sidang Tesis																											
10	Pengumpulan Tesis																											

Lampiran 2

KISI KISI INSTRUMEN TANDA DAN GEJALA HALUSINASI

No.	Variabel	Kisi Pertanyaan	Nomor Soal
1.	Tanda dan gejala halusinasi		
	• Frekuensi	Ada atau tidak perilaku halusinasi tersebut pada pasien	1
	• Durasi		2
	• Lokasi		3
	• Kekerasan		4
	• Keyakinan pasien terhadap halusinasi		5
	• Jumlah isi negatif		6
	• Tingkat isi negatif		7
	• Jumlah distress		8
	• Intensitas distress		9
	• Pengaruh Terhadap ADL		10
	• Kemampuan mengontrol		11

**KISI KISI INSTRUMEN PENGETAHUAN DALAM MENGONTROL HALUSINASI**

No.	Sub Variabel	Kisi Pertanyaan	Jawaban	Nomor Soal
1	Menghardik halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengetahui cara menghardik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 = Tidak</li> <li>2 = Ya</li> </ul>	1, 2
2	Bercakap-cakap dengan oranglain	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mampu menjelaskan cara</li> </ul>		6
3	Aktivitas Terjadual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengetahui manfaat</li> </ul>		10
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan aktivitas yang dilakukan</li> </ul>		11
4	Patuh Obat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manfaat, jenis, dosis, frekuensi, respon setelah minum obat, akibat berhenti</li> </ul>		14-19
5	Mengubah keyakinan tentang halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan manfaat</li> </ul>		22
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan cara</li> </ul>		23
6	Distraksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan manfaat</li> </ul>	27	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan cara</li> </ul>	28	
7	Relaksasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan manfaat</li> </ul>	32	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan cara</li> </ul>	33	

**KISI KISI INSTRUMEN PELAKSANAAN CARA DALAM MENGONTROL HALUSINASI**

No.	Sub Variabel	Kisi Pertanyaan	Jawaban	Nomor Soal
1	Menghardik halusinasi	• Mampu mempragakan	• 1 = tidak pernah	3
		• Mampu melakukan latihan menghardik	• 2 = Jarang	4
		• Mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik	• 3 = Kadang-kadang	5
2	Bercakap-cakap dengan oranglain	• Mampu mempragakan	• 4 = Sering	7
		• Mampu melakukan latihan		8
		• Mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap		9
3	Aktivitas Terjadual	• Melakukan latihan sesuai jadual		12
		• Mampu melakukan aktivitas pada saat halusinasi muncul		13
4	Patuh Obat	• Mampu mempragakan		20
		• Mampu meminta obat		21
5	Mengubah keyakinan tentang halusinasi	• Mampu mempragakan		24
		• Melakukan latihan		25
		• Mengontrol halusinasi dengan cara mengubah keyakinan		26
6	Distraksi	• Mampu mempragakan		29
		• Melakukan latihan		30
		• Mengontrol halusinasi dengan cara distraksi		31
7	Relaksasi	• Mampu mempragakan		34
		• Melakukan latihan		35
		• Mengontrol halusinasi dengan cara relaksasi		36

KODE RESPONDEN  
(DIISI OLEH PENELITIAN)



UNIVERSITAS INDONESIA

## KUISIONER PENELITIAN

Judul:

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* TERHADAP  
HALUSINASI PASIEN DI RUMAH SAKIT JIWA PEMPROPSU MEDAN**

**Oleh: Sri Eka Wahyuni, NPM. 0806469754  
Mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Jiwa**



## Instrumen A

### Kuisisioner Identitas Responden

#### Petunjuk Pengisian:

1. Isilah Pertanyaan pada tempat yang telah disediakan
  2. Beri tanda (✓) pada kotak yang tersedia
  3. Isilah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda
- 

1. Nama:.....

2. Usia:..... tahun

3. Jenis Kelamin:

- Laki-laki
- Perempuan

4. Status Perkawinan:

- Kawin       Belum Kawin       Janda       Duda

5. Pendidikan Terakhir:

- SD       SMP       SMA       PT

6. Pekerjaan Terakhir:

- Pegawai Negeri       Wiraswasta
- Pegawai Swasta       Lainnya: sebutkan.....

7. Terapi Medik Saat Ini:.....

8. Lama Rawat Saat Ini:.....

9. Lama Sakit:.....

10. Diagnosa Medik Saat Ini:.....

## Kuisisioner Tanda dan Gejala Halusinasi

**Petunjuk Pengisian:**

1. Kuisisioner didisi oleh perawat/peneliti berdasarkan hasil wawancara terhadap responden
  2. Berilah tanda (X) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan kondisi yang anda alami pada saat ini
- 

## 1. Seberapa sering saudara mengalami halusinasi?

- Suara-suara tidak ada atau hanya sekali dalam seminggu
- Suara-suara terjadi kurang dari seminggu
- Suara-suara terjadi kurang dari satu hari
- Suara-suara terjadi kurang dari satu jam
- Suara-suara terjadi secara terus menerus atau hanya berhenti dalam beberapa menit atau detik

## 2. Berapa lama halusinasi itu terjadi?

- Suara-suara tidak ada
- Suara-suara ada selama beberapa detik
- Suara-suara ada selama beberapa menit
- Suara-suara ada selama satu jam
- Suara-suara ada selama berjam-jam

## 3. Halusinasi yang didengar berasal dari:...

- Suara-suara tidak ada
- Suara-suara berasal dari dalam kepala
- Suara-suara berasal dari dalam kepala atau dekat dengan telinga
- Suara-suara dari dalam telinga atau tetap ada ketika telinga ditutup
- Suara-suara berasal dari luar kepala

4. Kerasnya halusinasi yang saudara dengar seperti....

- Suara-suara tidak ada
- Suara-suara seperti berbisik
- Suara seperti suara orang
- Suara lebih keras dari suara orang
- Suara sangat keras seperti teriakan

5. Apakah saudara yakin bahwa halusinasi tersebut berasal dari dalam diri atau luar diri saudara?

- Suara-suara tidak ada
- Yakin suara-suara disebabkan dari dalam diri
- Yakin 1/3 suara-suara berasal dari luar diri
- Yakin 2/3 suara-suara berasal dari luar diri
- Yakin seluruh suara-suara berasal dari luar diri

6. Seberapa banyak halusinasi yang saudara dengar berisikan hal-hal yang tidak menyenangkan?

- Tidak ada
- Sepertiga suara-suara yang muncul berisikan hal-hal yang tidak menyenangkan
- Separuh suara-suara yang muncul berisikan hal-hal yang tidak menyenangkan
- Tiga perempat dari suara-suara yang muncul berisikan hal-hal yang tidak menyenangkan
- Semua suara-suara yang muncul berisikan hal-hal yang tidak menyenangkan

7. Seperti apa isi halusinasi yang tidak menyenangkan saudara dengar?

- Suara-suara tidak menyenangkan tidak ada
- Suara-suara berisi komentar tentang oranglain contoh perawat itu jelek
- Suara-suara berisi komentar terhadap perilaku saudara sendiri contoh kamu jangan melakukan aktivitas

- Suara-suara memberi komentar terhadap konsep diri saudara contoh kamu gila, bodoh dan malas
- Suara-suara memerintah melakukan tindakan kekerasan seperti perintah untuk menyakiti diri sendiri, keluarga ataupun oranglain

8. Bagaimana perasaan saudara ketika mendengar halusinasi?

- Tidak menyebabkan distress
- Sepertiga suara-suara menyebabkan distress
- Setengah dari suara-suara yang didengar menyebabkan distress
- Tiga perempat suara-suara yang didengar menyebabkan distress
- Keseluruhan suara-suara yang didengar menyebabkan distress

9. Bagaimana pengaruh halusinasi terhadap diri saudara?

- Tidak menyebabkan distress
- Distress kecil
- Distress sedang
- Sangat mengganggu tetapi tidak merasa buruk
- Sangat menggganggu dan pasien merasa paling buruk

10. Apakah halusinasi tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari saudara?

- Tidak ada
- Suara-suara berakibat minimum terhadap kehidupan pasien seperti gangguan konsentrasi tetapi pasien masih mampu melakukan aktivitas sehari-hari, berhubungan sosial dengan oranglain dan keluarga secara mandiri
- Suara-suara menyebabkan akibat yang sedang terhadap aktivitas sehari-hari, hubungan sosial dengan orang lain dan keluarga, perlu diarahkan dalam melakukan perawatan diri
- Suara-suara menyebabkan akibat yang berat terhadap aktivitas sehari-hari, hubungan social dengan orang lain dan keluarga, perlu dibimbing dalam melakukan perawatan diri
- Suara-suara menyebabkan akibat yang kompleks. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari, hubungan social dengan

orang lain dan keluarga, perlu bantuan untuk melakukan perawatan diri

11. Bagaimana kemampuan saudara dalam mengontrol halusinasi?

- Pasien percaya bahwa ia dapat mengontrol halusinasi dengarnya
- Pasien percaya bahwa hampir setiap waktu ia dapat mengontrol halusinasi dengarnya
- Pasien percaya bahwa kadang-kadang ia dapat mengontrol halusinasi dengarnya
- Pasien percaya bahwa ia dapat mengontrol halusinasi dengarnya, tetapi hampir keseluruhan waktu tidak dapat mengontrol halusinasi dengar tersebut.
- Pasien tidak mampu mengontrol halusinasi dengarnya dan tidak dapat menolak halusinasi dengarnya

## Kuisisioner

### Pengetahuan dan Pelaksanaan Cara Mengontrol Halusinasi

#### Petunjuk Pengisian:

1. Berilah tanda (X) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan keadaan pasien
  2. Isilah TP apabila pasien tidak pernah melakukan hal tersebut pada saat ini
  3. Isilah J apabila pasien hanya melakukan hal tersebut satu kali dalam satu hari
  4. Isilah KK apabila pasien melakukan hal tersebut dua kali dalam satu hari
  5. Isilah S apabila pasien melakukan hal tersebut tiga kali atau lebih dan untuk memperjelas frekuensi perilaku tersebut dilakukan maka isilah frekuensi pasien melakukannya pada tempat yang telah disediakan
- 

#### A. Menghardik Halusinasi

1. Mengetahui bahwa menghardik merupakan salah satu cara mengontrol halusinasi  
 Ya       Tidak
2. Menjelaskan cara menghardik halusinasi  
 Ya       Tidak
3. Memperagakan cara menghardik halusinasi  
 Tidak Pernah    Jarang    Kadang-kadang    Sering(.....x)
4. Melakukan latihan menghardik halusinasi sesuai dengan jadwal  
 Tidak Pernah    Jarang    Kadang-kadang    Sering(.....x)
5. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik pada saat halusinasi muncul  
 Tidak Pernah    Jarang    Kadang-kadang    Sering(...x)

#### B. Bercakap-cakap dengan oranglain / keluarga

6. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan oranglain  
 Ya       Tidak
7. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan oranglain  
 Tidak Pernah    Jarang    Kadang-kadang    Sering (...x)

8. Melakukan latihan bercakap-cakap dengan oranglain

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)

9. Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan oranglain

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)

### C. Aktivitas Terjadual

10. Menyebutkan manfaat aktivitas dalam mengontrol halusinasi

Ya  Tidak

11. Menjelaskan aktivitas yang biasa dilakukan diruangan untuk mencegah halusinasi

Ya  Tidak

12. Melakukan aktivitas-aktivitas yang telah dilatih sesuai dengan jadual

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)

13. Melakukan aktivitas yang dilatih pada saat halusinasi muncul

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)

### D. Patuh Obat

14. Menyebutkan manfaat obat

Ya  Tidak

15. Menyebutkan jenis obat

Ya  Tidak

16. Menjelaskan dosis obat yang diminum selama ini

Ya  Tidak

17. Menyebutkan frekuensi minum obat

Ya  Tidak

18. Menyebutkan hal-hal yang dirasakan setelah minum obat

Ya  Tidak

19. Menyebutkan akibat apabila berhenti minum obat

Ya  Tidak

20. Memperagakan cara minum obat kepada perawat

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)

21. Meminta obat kepada perawat sesuai dengan jadual

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)

**E. Mengubah keyakinan tentang halusinasi**

22. Menjelaskan cara mengubah keyakinan tentang kekuatan halusinasi sebagai salah satu cara mengontrol halusinasi  
 Ya       Tidak
23. Menyebutkan manfaat cara mengubah keyakinan tentang kekuatan halusinasi sebagai salah satu cara mengontrol halusinasi  
 Ya       Tidak
24. Memperagakan cara mengubah keyakinan tentang halusinasi  
 Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)
25. Melakukan latihan cara mengubah keyakinan tentang halusinasi sesuai jadwal  
 Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)
26. Mengontrol halusinasi dengan cara mengubah keyakinan tentang halusinasi pada saat halusinasi muncul  
 Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)

**F. Melakukan tehnik distraksi**

27. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan tehnik distraksi  
 Ya       Tidak
28. Menyebutkan manfaat cara mengontrol halusinasi dengan tehnik distraksi  
 Ya       Tidak
29. Memperagakan tehnik distraksi  
 Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)
30. Melakukan latihan distraksi sesuai jadwal  
 Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)
31. Mengontrol halusinasi dengan tehnik distraksi pada saat halusinasi muncul  
 Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(....x)

**G. Relaksasi**

32. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan tehnik relaksasi  
 Ya       Tidak
33. Menyebutkan manfaat cara mengontrol halusinasi dengan tehnik relaksasi  
 Ya       Tidak



34. Memperagakan cara relaksasi untuk mengontrol halusinasi

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(...x)

35. Melakukan latihan relaksasi

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(...x)

36. Melakukan relaksasi pada saat halusinasi muncul

Tidak Pernah  Jarang  Kadang-kadang  Sering(...x)



## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

---

Judul Penelitian :  
“Pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap halusinasi pasien di RSJ Pempropsi Medan”

Peneliti : Sri Eka Wahyuni  
No Telepon : 08126598375

Saya Sri Eka Wahyuni (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap halusinasi pasien di RSJ Pempropsi Medan.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara : 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan respon saudara. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

## LEMBAR PERSETUJUAN

---

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini sampai dengan berakhirnya sesi *cognitive behavior therapy*.

Medan, .....2010

Responden,

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas



**Universitas Indonesia**

**MODUL**  
**COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY PADA**  
**PASIEN HALUSINASI**

**OLEH**

**Sri Eka Wahyuni**  
**Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc**  
**Herni Susanti, MN**

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN JIWA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**2010**

Modifikasi Draft Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa (2008)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga Modul *Cognitive Behaviour Therapy Pada Pasien Halusinasi* ini dapat diselesaikan.

Penulis menyadari masih banyak yang perlu diperbaiki guna lebih menyempurnakan modul ini, perkenankan penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan modul ini.

1. Dewi Irawaty, M.A, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp.M.App.Sc. selaku pembimbing yang selalu memberikan motivasi dan membimbing penulis dengan sabar, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian modul ini.
3. Herni Susanti, MN sebagai co-pembimbing yang membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan juga sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian modul ini.
4. Rekan-rekan angkatan IV Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian modul ini.

Mudah – mudahan modul ini dapat bermanfaat bagi perkembangan pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa. Kritikan, saran dan masukan sangat diperlukan guna memperbaiki modul ini.

Depok, Maret 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

Kata pengantar	i
Daftar isi	ii
Bab I Pendahuluan .....	1
a. Latar belakang .....	1
b. Tujuan .....	3
c. Petunjuk Penggunaan Modul .....	3
Bab II Pedoman pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	4
a. Pengertian <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	4
b. Tujuan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	4
c. Indikasi <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	6
d. Prinsip <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	6
e. Lama waktu dan sesi dalam <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	9
f. Tempat pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	10
g. Daftar pikiran, perasaan dan perilaku .....	11
h. Pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	13
Bab III Implementasi <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	17
a. Sesi 1.....	17
b. Sesi 2.....	23
c. Sesi 3.....	27
d. Sesi 4.....	32
e. Sesi 5 .....	36
Bab IV Penutup .....	42
a. Kesimpulan .....	42
b. Saran .....	42
Daftar Pustaka	
Lampiran	

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering dijumpai pada pasien skizofrenia. Halusinasi itu sendiri merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptornya. Sedangkan menurut Townsend (2005), halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera. Sehingga dengan kata lain halusinasi merupakan suatu pengalaman persepsi yang salah tanpa adanya stimulus.

Halusinasi menjadi fokus perhatian tim kesehatan karena halusinasi apabila tidak ditangani secara baik dapat menimbulkan resiko terhadap keamanan diri pasien sendiri, oranglain dan juga lingkungan sekitar. Hal ini dikarenakan halusinasi berisikan perintah untuk melukai dirinya sendiri maupun oranglain (Rogers dkk, 1990). Dan secara klinik dan evidence base, halusinasi telah terbukti dapat menyebabkan distress pada individu (Garety & Hemsley, 1987). Selain itu halusinasi sering menyebabkan ketakutan/kecemasan bahkan depresi pada pasien gangguan jiwa. Birchwood (2008) juga menyebutkan bahwa 40% pasien skizofrenia mengalami depresi akibat halusinasi dengar yang dialaminya. Pinikahana, Happell dan Keks (2003, dalam Stuart dan Laraia, 2005) menyebutkan bahwa 9 sampai dengan 13% pasien skizofrenia mengalami *suicide*. Dan 20-50% pasien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri. Hal tersebutlah yang menyebabkan halusinasi harus ditangani sesegera mungkin karena dampaknya akan menimbulkan masalah yang lebih besar bagi pasien maupun oranglain.

Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya resiko buruk terhadap pasien, keluarga dan lingkungan sekitar adalah dengan cara pemberian psikoterapi dan juga antipsikotik. Dan berdasarkan Vorcalis, Carson dan Shoemaker (2006), salah satu

bentuk psikoterapi yang dapat dilakukan pada pasien halusinasi adalah *cognitive behaviour therapy*.

*Cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang digunakan untuk memodifikasi pikiran, perasaan dan perilaku dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif (Oemarjoedi, 2003). *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006) juga menyatakan bahwa *cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan perilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi. Dengan demikian *cognitive behaviour therapy* merupakan suatu terapi yang dapat membantu pasien merubah pikiran dan perilakunya yang negatif menjadi positif dan berfokus pada keadaan atau masalah yang dihadapi pasien saat ini.

*Cognitive behaviour therapy* telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala-gejala skizofrenia khususnya halusinasi. Hal tersebut dikarenakan pada proses pelaksanaannya *cognitive behaviour therapy* pada halusinasi juga merubah pikiran dan perilaku negatif akibat kejadian/pengalaman halusinasi menjadi positif dan secara tidak langsung akan mengurangi halusinasi yang dialami pasien. Mekanisme kerja *cognitive behaviour therapy* pada halusinasi meliputi pengubahan pikiran-pikiran negatif pasien tentang halusinasi yang begitu kuat dan mengontrol menjadi pikiran-pikiran yang positif. Selain itu perilaku negatif pasien diubah dengan cara melatih strategi koping baru untuk merubah perilaku yang negatif (Oemarjoedi, 2003). Hal ini sesuai dengan Smith dkk (2003) yang menyatakan bahwa dalam proses pelaksanaannya *cognitive behaviour therapy* memperkuat kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi yaitu dengan cara melatih pasien melakukan strategi koping dalam mengontrol halusinasi secara konsisten. Strategi koping yang dilatih meliputi beberapa cara yaitu distraksi, relaksasi, menghardik, melakukan aktivitas, bercakap-cakap dan patuh minum obat. Penurunan halusinasi yang dialami pasien telah



dibuktikan oleh Turkington, Kingdon dan Weiden (2006) yang menyatakan bahwa dengan pemberian *cognitive behaviour therapy* memberikan perubahan yang sangat besar terhadap jumlah dan kekuatan gejala-gejala positif seperti halusinasi.

Berdasarkan hal tersebut perawat sebagai salah satu anggota tim pelayanan kesehatan jiwa diharapkan dapat memberikan terapi ini dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit maupun komunitas khususnya pada pasien halusinasi. Oleh karena itu pedoman ini menjelaskan bagaimana strategi pelaksanaan *Cognitive Behaviour therapy* pada pasien dengan halusinasi.

## **B. Tujuan Umum**

### **1. Perawat:**

Agar perawat dapat memberikan *cognitive behavior therapy* pada pasien halusinasi.

### **2. Pasien:**

Pasien dapat merubah pikiran dan prilakunya dari negatif menjadi positif.

## **C. Petunjuk Penggunaan Modul**

Modul *cognitive behavior therapy* untuk pasien dengan halusinasi terdiri dari empat bab. Bab yang pertama adalah pendahuluan yang berisikan tentang latar belakang mengapa *Cognitive Behavior Therapy* dilakukan untuk pasien yang mengalami halusinasi. Bab kedua menjelaskan tentang pedoman pelaksanaan *cognitive behavior therapy* untuk pasien dengan halusinasi. Pada bab dua ini segala hal yang berkaitan dengan *cognitive behavior therapy* akan dijelaskan, mulai dari pengertian *cognitive behavior therapy*, tujuan *cognitive behavior therapy*, prinsip *cognitive behavior therapy*, indikasi *cognitive behavior therapy*, tempat dan sesi dalam *cognitive behavior therapy*, daftar pikiran, perasaan dan perilaku negatif dan pelaksanaan *cognitive behavior therapy*. Pada bab ketiga akan menjelaskan tentang implementasi *cognitive behavior therapy* pada halusinasi. Bab ini akan menjabarkan bagaimana pelaksanaan *cognitive behavior therapy* untuk halusinasi pada setiap sesi pertemuannya. Pada bab ini juga mencakup bagaimana strategi dan aplikasi

langsung dari *cognitive behavior therapy* untuk halusinasi sampai dengan evaluasi. Sedangkan pada bab keempat berisikan tentang kesimpulan dan saran dari peneliti terhadap terapi ini.

## **BAB II**

### **PEDOMAN PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* PADA PASIEN HALUSINASI**

#### **A. PENGERTIAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY***

*Cognitive behaviour therapy* merupakan terapi yang berfokus untuk mengubah perilaku dan pikiran individu (Howland, 1997). Berdasarkan Oemarjoedi (2003), *cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang digunakan untuk memodifikasi pikiran, perasaan dan perilaku dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali dan dengan merubah status pikiran dan perasaannya tersebut, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif. Sedangkan menurut *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006), *cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang dapat membantu individu merubah cara berfikir dan perilakunya sehingga dengan perubahan itu membuat individu merasa lebih baik. Dengan demikian *cognitive behaviour therapy* secara umum merupakan suatu terapi yang dapat membantu pasien merubah pikiran dan perilakunya yang negatif menjadi positif dan berfokus pada keadaan atau masalah yang dihadapi pasien saat ini.

Sedangkan *cognitive behaviour therapy* pada halusinasi merupakan suatu bentuk psikoterapi yang dapat membantu individu untuk mengidentifikasi dan merubah pikiran dan perilaku negatif individu akibat halusinasi yang dialaminya saat ini menjadi pikiran dan perilaku yang positif.

#### **B. TUJUAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY***

Tujuan *cognitive behaviour therapy* secara umum adalah merubah pikiran dan perilaku pasien secara bersamaan. Wells dan Giannetti (1990, dalam Frisch & Frisch, 2006) menyebutkan bahwa *cognitive behaviour therapy* membantu pasien mengatasi masalah, merubah perilaku, lingkungan atau kognitifnya secara langsung dan meningkatkan kemampuan coping pasien.

Sedangkan *cognitive behaviour therapy* pada halusinasi bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang pengalaman halusinasi, meningkatkan kemampuan koping dengan gejala-gejala halusinasi yang bersifat residual, menurunkan stress yang berhubungan dengan halusinasi, menurunkan halusinasi dan mencegah terjadinya relapse pada pasien skizofrenia (Smith, 2003). Turkington, Kingdon dan Weiden (2006) yang menyatakan bahwa dengan pemberian *cognitive behaviour therapy* memberikan perubahan yang sangat besar terhadap jumlah dan kekuatan gejala-gejala positif seperti halusinasi.

Berdasarkan pengertian dan sumber di atas dapat disimpulkan bahwa *cognitive behaviour therapy* pada halusinasi bertujuan agar pasien mampu:

1. Mengetahui pengalaman halusinasinya, perasaan, perilaku dan pikiran negatif akibat halusinasi yang dialaminya saat ini.
2. Merubah pikiran dan perilaku negatif akibat halusinasi menjadi pikiran dan perilaku yang positif.
3. Menurunkan halusinasi
4. Meningkatkan kemampuan koping pasien dalam mengatasi halusinasinya
5. Mencegah kekambuhan

### C. INDIKASI *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY*

Indikasi *cognitive behaviour therapy* adalah pada pasien depresi, ansietas termasuk *obsesive compulsive*, *agoraphobia*, *phobia* spesifik, ansietas menyeluruh dan posttrauma, stress, gangguan makan, adiksi, *hypochondriasis*, disfungsi seksual, manajemen marah, gangguan pengendalian impuls, perilaku antisosial, kecemburuan, pemulihan seksual abuse, gangguan kepribadian, masalah kesehatan mental kronis, *disability* psikis, skizofrenia, manajemen nyeri, manajemen stress, gangguan perilaku pada anak dan remaja dan masalah hubungan dalam keluarga (Froggrat, 2006). Hal tersebut menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif dalam mengatasi masalah pada pasien, tidak hanya pasien jiwa baik berat tetapi juga pada gangguan mental emosional.

Pada pasien gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, masalah yang mayoritas ditemukan adalah halusinasi. Hal ini sesuai dengan Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa 70% pasien skizofrenia mengalami halusinasi. Halusinasi apabila tidak ditangani dengan baik maka akan dapat beresiko buruk pada diri pasien sendiri, oranglain dan juga lingkungan sekitar. Dan berdasarkan Vorcalis, Carson dan Shoemaker (2006) dan *National Institute Mental Health of United States* (2007), upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasi pasien salah satunya adalah dengan pemberian psikoterapi *cognitive behaviour therapy*.

#### **D. PRINSIP PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY***

*Cognitive behaviour therapy* memiliki asumsi bahwa pola berpikir dan keyakinan mempengaruhi perilaku dan perubahan kognisi ini dapat menghasilkan perubahan perilaku yang diharapkan ( Dobson & Dozois, 2001; Mc Ginn & Sanderson, 2001 dalam Nevid dkk, 2000). Teori *Cognitive Behaviour* pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Sementara itu adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irrasioanal, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku maka *cognitive behaviour therapy* diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif.

Oemarjoedi (2003) menyebutkan bahwa bagaimana individu menilai situasi dan bagaimana cara mereka menginterpretasikan suatu kejadian akan sangat berpengaruh terhadap kondisi reaksi emosional yang kemudian akan mempengaruhi tindakan

yang dilakukan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sistem keyakinan atau kepercayaan adalah penyebab utama dari gangguan perilaku.

Untuk memahami psikopatologi gangguan mental dan perilaku, *cognitive behaviour therapy* mencoba menguraikan penyebabnya sebagai akibat dari adanya pikiran dan asumsi irasional, adanya distorsi dalam proses pemikiran manusia. Walaupun pada umumnya masalah gangguan mental psikologis berakar pada masa anak-anak, namun gangguan tersebut diperkuat dengan cara pengulangan pada masa selepas masa anak-anak. Dialog internal didalam diri individu memegang peran penting dalam tingkah laku yang ditampilkan. Individu menyimpulkan asumsi dan membentuk konsep yang salah atau negatif. Dan konsep yang negatif tersebut akan mempengaruhi kualitas perasaan yang ditampilkan untuk menjadi negatif, dan perasaan negatif akan mengarah pada tingkah laku menjadi negatif pula (Oemarjoedi, 2003).

Burns (1998 dalam Safaria & Saputra, 2009) yang menyatakan bahwa semua penilaian tentang setiap peristiwa tergantung dari *self talking* individu dengan pikirannya, yang sering disebut dialog internal, sehingga apapun tanggapan dari pikiran tersebut tergantung dari seberapa baik individu tersebut mengenal sederatan dari setiap peristiwa positif maupun negatif yang berada dalam pikirannya, sehingga penilaian tersebut pada akhirnya akan menghasilkan suatu perasaan atau *mood* yang diciptakan secara otomatis dari pikiran-pikiran tersebut. Dan tidak jarang penilaian tersebut mengalami kekacauan kognitif atau yang sering disebut distorsi kognitif. Beck (2008, dalam Townsend, 2009) juga menyatakan bahwa pikiran otomatis akan terjadi secara cepat sebagai respon terhadap situasi dan tanpa adanya analisis rasional. Pikiran tersebut seringkali merupakan pikiran negatif dan berdasarkan pada logika yang keliru yang sering disebut dengan pikiran otomatis negatif atau distorsi kognitif (Beck, 1987).

Menurut Stuart dan Laraia (2005), strategi *cognitive behaviour therapy* adalah menurunkan ansietas yang salah satunya dengan cara latihan relaksasi,

restrukturisasi kognitif dengan cara memonitor pikiran dan perilaku dan belajar perilaku baru seperti belajar *token economy*, *role play* dan *social skills training*. Sedangkan menurut Meichenbaum (1996, dalam Corey, 1996; Oemarjoedi, 2003), proses *cognitive behaviour modification* menggunakan teknik terapi *self instructional* yang merupakan proses merestrukturisasi sistem kognisi pasien, dan sebagai langkah awal untuk perubahan perilaku pasien harus mengenali cara mereka berpikir, merasa dan bertindak serta bagaimana akibatnya terhadap oranglain. Proses tahapan dalam *cognitive behaviour modification* adalah 1) **observasi diri**, pasien diminta mendengar dialog internal dalam diri mereka dan mengenali karakteristik pernyataan negatif yang ada, proses ini melibatkan kegiatan meningkatkan sensitivitas terhadap pikiran, perasaan, perbuatan, reaksi fisiologis dan pola reaksi terhadap oranglain. 2) **Membuat dialog internal baru**; setelah pasien belajar untuk mengenali perilaku menyimpang, mereka mulai mencari kesempatan untuk mengembangkan alternatif tingkah laku adaptif dengan cara merubah dialog internal sehingga dengan dialog internal baru tersebut dapat menghasilkan tingkah laku baru yang akan memberi dampak terhadap struktur kognisi pasien. 3) **Belajar keterampilan baru**; pasien belajar teknik mengatasi masalah secara praktis yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Pada pelaksanaannya *cognitive behaviour therapy* juga mempersiapkan diri pasien agar dapat melakukan intervensi dan memotivasi dirinya sendiri untuk berubah, serta mampu berhadapan dengan kemungkinan resistensi dan relapse melalui pelatihan *stress-inoculation* yang terdiri dari kombinasi antara pemberian informasi, diskusi, restrukturisasi kognitif, problem solving, relaksasi, pengulangan tingkah laku, monitor diri, instruksi diri, penguatan diri dan kemampuan dalam merubah lingkungan.

#### E. SESI DALAM *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* (CBT)

Jumlah sesi dalam *cognitive behaviour therapy* disesuaikan dengan masalah yang akan diatasi. Pada pasien halusinasi, *cognitive behaviour therapy* dilakukan dalam 5 sesi. Jumlah sesi ini sama dengan FIK-UI, dimana pada tiap sesi menekankan pada

perubahan pikiran dan perilaku negatif yang timbul akibat kejadian/pengalaman halusinasi. Penelitian dan referensi lain secara garis besar juga sama, dimana pada *cognitive behaviour therapy* pada halusinasi isinya adalah menggali pengalaman / kejadian halusinasi, pikiran negatif dan perilaku negatif yang timbul, kemudian belajar mekanisme koping untuk mengatasi masalah pikiran dan perilaku yang negatif, dan akhirnya ada pencegahan kekambuhan.

Untuk memaksimalkan hasil, masing masing sesi *cognitive behaviour therapy* pada halusinasi akan diulang 2 kali dengan jarak pengulangan 6 jam dan dilakukan dalam waktu 2 minggu. Sedangkan jarak satu sesi dengan sesi berikutnya adalah 2 hari sekali. Dan waktu yang digunakan untuk pelaksanaan 1 (satu) sesi *cognitive behaviour therapy* lebih kurang 30 menit. Hal ini sesuai dengan *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* menyebutkan bahwa sesi terapi minimal antara 30 sampai dengan 60 menit. Pernyataan ini memberi arti bahwa proses pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* berkisar antara 30 sampai dengan 60 menit.

#### **F. TEMPAT PELAKSANAAN COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY (CBT)**

*Cognitive behaviour therapy* dilaksanakan di ruang rawat tempat pasien di rawat, suasana tenang, nyaman dan *privacy* terjaga.

#### **G. DAFTAR PIKIRAN, PERASAAN DAN PRILAKU NEGATIF**

##### **a. Pikiran negatif**

Menurut Beck (1987, dalam Townsend, 2009; Burns, 1998 dalam Safaria & Saputra, 2009) dan Oemarjoedi (2003), macam-macam pikiran otomatis negatif atau distorsi kognitif yang dapat menyebabkan kegalauan emosi dapat terjadi dalam beberapa bentuk yaitu:

1. Pemikiran segalanya atau tidak sama sekali, hal ini menunjukkan segala sesuatu dari kategori hitam atau putih secara ekstrem. Contoh: karena saya telah kalah bersaing maka saya nol besar.



2. Terlalu mengeneralisasi (*over generalisasi*), yaitu memandang peristiwa yang negatif sebagai sebuah kekalahan tanpa akhir. Contoh: inilah saya selalu tidak dapat melakukan yang terbaik, saya sangat sial tidak dapat seperti oranglain.
3. Filter mental, yaitu menemukan hal kecil yang negatif dan terus memikirkannya sehingga pandangan dalam diri individu menjadi gelap. Contoh: seorang wanita menentukan kriteria yang terlalu tinggi untuk memilih calon suami, berakibat kepada sulitnya kriteria tersebut terpenuhi, lalu menyimpulkan bahwa ia tidak layak untuk bersuami.
4. Mendiskualifikasikan yang positif, yaitu menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu bukan apa-apa. Contoh: Mereka memuji saya kan hanya basa basi, sebenarnya saya kan jelek.
5. Loncatan kesimpulan, yaitu membuat sebuah penafsiran negatif walaupun tanpa fakta yang jelas untuk mendukung kesimpulan. Contoh: seorang pria yang mengalami kegagalan dalam perkawinannya menjadi enggan untuk membina hubungan baru karena yakin akan gagal lagi.
6. Pembesaran dan pengecilan, yaitu melebih-lebihkan pentingnya segala sesuatu hal (misalnya kesuksesan oranglain atau kesalahan diri sendiri). Contoh: kegagalan kecil dianggap sebagai akhir dari segala-galanya.
7. Penalaran emosional, yaitu menganggap bahwa emosi-emosi yang negatif mencerminkan bagaimana sebenarnya realita. Contoh: saya memang orang yang menyedihkan dan tidak berguna sekalipun hanya dalam mengerjakan tugas kuliah.
8. Pernyataan harus, yaitu mencoba menggerakkan diri sendiri dengan harus serta seharusnya tidak, seolah-olah harus dicambuk untuk melakukan sesuatu. Contoh: seharusnya saya tidak terlambat, saya seharusnya datang tepat waktu dan harus disiplin.
9. Memberi cap salah / salah memberi cap, yaitu suatu bentuk ekstrem dari *overgeneralisasi*, selain menguraikan kesalahan dalam diri individu, individu memberi sebuah cap yang negatif pada diri sendiri. Contoh: saya adalah orang yang sial.

10. Personalisasi, yaitu memandang diri sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif. Distorsi ini merupakan sumber bersalah dan individu yang mengalaminya merasa bertanggungjawab atas semua peristiwa negatif yang terjadi. Contoh: saya adalah ibu yang jelek karena saya telah gagal melakukan pekerjaan tersebut.

Pada pasien halusinasi, pikiran otomatis negatif atau distorsi kognitif yang sering dijumpai adalah halusinasi merupakan suatu hal yang maha kuat dan sangat mengontrolnya sehingga pasien tidak mampu untuk mengontrol maupun menolaknya (Chadwick & Birchwood, 1994 dalam Smith, 2003).

#### **b. Dampak halusinasi terhadap perasaan**

Halusinasi merupakan salah upaya maladaptif yang digunakan pasien untuk memberikan kenyamanan terhadap stressor yang dialaminya. Sehingga pada saat halusinasi muncul, perasaan pasien bisa positif dan juga negatif. Perasaan positif dan negatif yang dirasakan pasien adalah

##### **1. Perasaan Positif**

Merasa senang, semangat, berani, tenang, riang gembira, nyaman, percaya diri, ingin tahu, sangat senang, energik, gembira, mengembirakan, bersemangat, gembira luar biasa, senang, baik, berterima kasih, senang, berharap, menggelikan, bergembira, penuh gairah, damai, lucu, bangga, rileks, nyaman, kuat, simpatik, hangat, sangat bagus, berguna, semakin muda (Smith, 2003).

##### **2. Perasaan Negatif**

Takut, marah, cemas, gelisah, malu, aneh, bosan, bingung, kalah, putus asa, depresi, hancur, tidak puas, kecil hati, tidak dipercaya, malu, marah sekali, jengkel, tolol, gila, frustrasi, mati, bersalah, dibenci, tidak berdaya, menakutkan, bermusuhan, terhina, tersakiti, tidak sabar, tidak aman, terganggu, cemburu, sendiri, melankolis, menyedihkan, tidak dapat dimengerti, panik, pesimis, berprasangka, menyesal, malu, menyesal, susah

sembuh, stres, terancam, menakutkan, lelah, terjebak, bermasalah, bimbang, tidak nyaman, tidak mudah, khawatir, tegang, letih (Smith, 2003).

### c. Prilaku Negatif

Prilaku negatif yang timbul oleh halusinasi adalah pasien akan mengikuti isi halusinasinya (Smith, 2003). Contoh: ketika isi halusinasi mengatakan ambil pisau dan bunuh dia maka pasien akan mengitari rumah, bingung dan ketakutan dan mengikuti perintah halusinasinya tersebut. Selain itu berdasarkan Pinikahana, Happell dan Keks (2003, dalam Stuart dan Laraia, 2005) disebutkan bahwa 9 sampai dengan 13% pasien skizofrenia mengalami *suicide* karena isi halusinasinya. Dan 20-50% pasien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri karena isi halusinasinya. Oleh sebab itu halusinasi berakibat sangat buruk dan membahayakan bagi diri pasien sendiri, oranglain dan juga lingkungan sekitar. Dan hal tersebut perlu ditangani sesegera mungkin.

Stuart dan Laraia (2005); Smith (2003); Millis (2000, dalam Varcarolis, Carson dan Shoemaker, 2006); Carson (2000); Birchwood (2007) dan Copel (2007), menyebutkan bahwa untuk mengatasi prilaku yang negatif diatas maka pasien halusinasi diajarkan prilaku baru atau strategi koping baru untuk membantunya mengontrol halusinasi. Prilaku baru yang akan dilatih pada pasien halusinasi meliputi: distraksi, patuh obat, meningkatkan interaksi sosial, meningkatkan aktivitas, relaksasi, menghardik halusinasi dan mengubah keyakinan tentang halusinasi. Sedangkan Smith (2003) menyebutkan prilaku baru yang perlu dilatih pada pasien adalah *problem solving*, relaksasi, distraksi dan aktivitas terjadual.

## H. PELAKSANAAN COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY

### 1. Kriteria Terapis

Berdasarkan Doebbling (2007), pemberian terapi kesehatan jiwa ditatanan pelayanan kesehatan tidak hanya dapat diberikan oleh psikiater, tetapi juga dapat diberikan oleh seorang psikolog klinis, pekerja sosial kesehatan jiwa, perawat dan juga konselor.

Perawat praktisi keperawatan jiwa yang dapat melakukan terapi pada pasien gangguan jiwa harus memiliki keahlian sebagai seorang *register nurse* dengan latar belakang pendidikan master keperawatan atau di atasnya dan telah mendapatkan latihan. Perawat tersebut dapat melakukan psikoterapi secara mandiri dibawah supervisi doktor keperawatan (Doebbling, 2007). Pernyataan tersebut memberi arti bahwa perawat spesialis jiwa merupakan salah satu tim kesehatan yang dapat memberikan *cognitive behaviour therapy*.

Di Indonesia sendiri, pelayanan keperawatan jiwa seperti diatas telah dikembangkan. Hamid (2009) menyebutkan bahwa perawat profesional yang dapat memberikan *nursing treatment* adalah perawat yang berada pada level magister atau doktor keperawatan yang tersertifikasi seta menjalankan peran sebagai pakar praktisi pada satu bidang tertentu seperti jiwa dan lainnya.

Kriteria pelaksana/terapis *cognitive behavior therapy* pada halusinasi yaitu:

1. Minimal lulus Spesialis keperawatan jiwa
2. Berpengalaman dalam praktek keperawatan jiwa

## **2. Proses kerja**

### **a. Persiapan**

- i. Melakukan seleksi pasien  
Pasien yang dipilih adalah pasien yang menderita halusinasi yang dapat dikaji melalui lembar kuisioner tanda dan gejala halusinasi.
- ii. Menyepakati pelaksanaan *cognitive behavior therapy* dalam 5 sesi dimana masing-masing sesi diulang 2 kali dan dilaksanakan selang 2 hari sekali dan dalam waktu 2 minggu.

## 2) Pelaksanaan

### Sesi 1 : Pengkajian

Mengungkapkan pengalaman/kejadian halusinasi serta pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman/kejadian halusinasi yang dialami, serta latihan satu pikiran otomatis negatif.

### Sesi 2 : Terapi Kognitif

Meriview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan pasien secara mandiri dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

### Sesi 3 : Terapi Perilaku

Meriview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis pertama dan kedua yang dilakukan pasien secara mandiri, mengidentifikasi perilaku negatif yang akan diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul dan mendiskusikan konsekwensi positif atau konsekwensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan

### Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

Meriview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekwensi yang disepakati

### Sesi 5 : Mencegah Kekambuhan

Meriview pikiran otomatis negatif dan perilaku negative, menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan dengan cara mempertahankan dan membudayakan

pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah

### 3. Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi dan dokumentasi dilakukan dengan 2 cara:

#### 1. Buku kerja pasien

Buku kerja pasien merupakan buku yang berisikan seluruh catatan harian pasien, seluruh perasaan, perilaku dan pikiran otomatis negatif akibat halusinasi dan catatan tentang cara melawan pikiran otomatis negatif dan perilaku yang akan diubah. Buku kerja ini akan disimpan oleh pasien sendiri dan dibawa setiap akan mengikuti terapi. Penggunaan buku kerja tersebut pada awal sesi dilakukan setelah terapis mendiskusikan cara penggunaan buku dan setelah menggali dan membantu pasien mengungkapkan pikiran otomatis negatif.

#### 2. Buku raport pasien

Buku raport pasien merupakan buku tentang dokumentasi evaluasi pelaksanaan *cognitive behavior therapy* pada pasien halusinasi yang dipegang oleh terapis. Buku ini berisikan tentang kemampuan pasien melakukan sesi demi sesi dalam *cognitive behavior therapy*.

### 3. Peran terapis

- 1) Membantu pasien mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri (*assessment*) dan mengenali pikiran negatif dan perilaku maladaptive yang dialami.
- 2) Membantu pasien belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku maladaptif.
- 3) Membantu pasien menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan dalam merubah perilaku negatif.
- 4) Menepakati dengan pasien konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.

- 5) Memberikan *feed back* pada pasien atau hasil kemajuan dan perkembangan terapi.
- 6) Mendiskusikan dengan pasien tentang kemajuan dan perkembangan terapi.
- 7) Membantu pasien untuk tetap menerapkan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- 8) Mengevaluasi pelaksanaan tindakan terhadap perilaku dengan konsekuensi yang telah disepakati.
- 9) Membuat komitmen dengan pasien untuk melakukan metode untuk mengubah pikiran jadi positif dan perilaku jadi adaptif secara mandiri dan berkelanjutan yaitu pasien sendiri yang membantu dirinya untuk mencegah kekambuhan.
- 10) Membuat komitmen dengan pasien untuk secara aktif melakukan pikiran, perasaan dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi

## **BAB III**

### **IMPLEMENTASI *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* PADA PASIEN HALUSINASI**

Pada bab ini akan dijelaskan aplikasi pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy* pada masing – masing sesi.

#### **SESI I. CBT: PENGKAJIAN**

##### **Tujuan:**

Pasien mampu:

1. Mengungkapkan pengalaman/kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri (*assessment*)
2. Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

##### **Setting**

- a. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah sakit
- b. Suasana ruangan harus tenang
- c. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

##### **Alat**

1. Buku raport pasien halaman 1
2. Buku kerja pasien
3. Alat tulis

##### **Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

##### **Langkah-Langkah Kegiatan**

###### **A. Persiapan**

1. Membuat kontrak dengan pasien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individual dalam 5 (lima) sesi, dimana masing-masing sesi dilakukan 2 kali selama 30 menit. Jika pasien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak maka pasien akan mengulangi sesi tersebut.
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan



## B. Pelaksanaan

### a. Orientasi

#### a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis
- 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
- 3) Menanyakan nama dan panggilan pasien

#### b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
- 2) Mengevaluasi cara generalis yang telah diketahui pasien dalam mengontrol halusinasi

#### c. Kontrak

##### 1) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu:

- a) Membantu pasien mengungkapkan pengalaman/kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri (*assessment*)
- b) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

##### 2) Terapis menjelaskan aturan sebagai berikut:

- i. Terapi dilakukan dalam 5 sesi, setiap sesi akan diulang 2 kali dengan jarak pengulangan 6 jam. Terapi dilakukan dalam waktu 2 minggu dan jarak satu sesi dengan sesi berikutnya adalah 2 hari sekali.
- ii. Lama kegiatan 30 menit
- iii. Pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
- iv. Pasien berperan aktif dalam mengungkapkan pengalaman/kejadian halusinasi, perasaan, perilaku dan pikiran.
- v. Terapis menjelaskan buku kerja pasien

## 2. Fase Kerja

### a. Terapis mendiskusikan tentang :

- 1) Semua pengalaman/kejadian halusinasi
- 2) Perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat halusinasi
- 3) Semua pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri

- 4) Mencatat perasaan, perilaku dan pikiran negatif dalam buku kerja pasien oleh pasien atau mahasiswa
- b. Melatih satu pikiran otomatis negatif
    - 1) Memilih satu pikiran negatif yang paling mengganggu
    - 2) Mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja pasien
    - 3) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif yaitu dengan cara pasien diminta untuk mengisi pikirannya dengan pikiran otomatis negatif tersebut dan mencoba melawannya dengan cara mengatakan pada dirinya sendiri "tapi kan saya" dengan pikiran positif (dialog internal).  
Contoh: saya merasa tidak berdaya karena suara-suara tersebut sangat kuat tapi kan saya bisa mengontrolnya karena tidak ada yang tidak mungkin terjadi didunia ini.
  - c. Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat pasien.
3. Terminasi
    - a. Evaluasi
      - 1) Menanyakan perasaan pasien setelah latihan
      - 2) Mengevaluasi kemampuan pasien mengenali perasaan dan perilaku maladaptif yang dialami serta pikiran negatif
      - 3) Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melatih cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif
      - 4) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama pasien yang baik
    - b. Tindak lanjut
      - 1) Menganjurkan pasien untuk latihan mandiri cara untuk mengatasi pikiran negatif akibat halusinasi yang sudah dipelajari, catat waktu terjadinya, cara yang dilakukan dan bagaimana hasilnya.
      - 2) Mencatat perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi pada buku kerja pasien
      - 3) Mencatat pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif akibat halusinasi di buku kerja pasien
    - c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu pasien mampu mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

### C. Evaluasi dan Dokumentasi

#### 1. Dokumentasi evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 1 adalah kemampuan pasien memperkenalkan diri, mengungkapkan kejadian/ pengalaman halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, memilih satu pikiran otomatis negatif untuk dilatih, mengidentifikasi hal positif untuk mengatasi pikiran negatif dan latihan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama.

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 1, pasien mampu mengungkapkan pengalaman/kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, memilih satu pikiran negatif, mengidentifikasi hal positif dan latihan satu pikiran negatif otomatis, pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 1, pasien belum mampu mengungkapkan pengalaman/kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif yang dialami pasien, dianjurkan pasien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

### D. Buku raport pasien

#### Sesi 1 CBT: Pengkajian

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memperkenalkan diri dengan baik.		
2	Mengungkapkan kejadian/pengalaman halusinasi		
3	Mengungkapkan perasaan dan perilaku negatif yang timbul akibat pikiran negatif		

3	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap diri sendiri		
4	Memilih satu pikiran otomatis negatif untuk dilatih		
5	Menyebutkan aspek positif yang dimiliki untuk mengganti pikiran otomatis negatif		
6	Melatih satu cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama		
	<b>Jumlah</b>		

**A. Petunjuk penilaian:**

- a. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
- b. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

**B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:**

1. Bila nilai  $\geq 4$  : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai  $\leq 3$  : pasien harus mengulangi sesi

**E. Format Dokumentasi di buku kerja pasien**

**Sesi 1 CBT: Daftar Pikiran Otomatis Negatif**

Kejadian Halusinasi	Perasaan dan Prilaku negatif yang muncul	Pikiran Negatif yang muncul	Ket.

**Sesi 1 CBT: Terapi kognitif**

Tanggal:

Pikiran otomatis yang akan dirubah :

No	Cara melawan pikiran otomatis negatif	Hasil
1.		
2.		
3.		
4.		

## **SESI II. CBT: TERAPI KOGNITIF**

### **Tujuan**

Pasien mampu:

1. Mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri.
2. Mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

### **Setting**

1. Pertemuan dilakukan di satu ruangan yang ada di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

### **Alat**

1. Buku raport pasien halaman 2
2. Buku kerja pasien
3. Alat tulis

### **Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

### **Langkah-Langkah Kegiatan**

#### **A. Persiapan**

1. Mengingatkan kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

#### **B. Pelaksanaan**

##### **1. Orientasi**

###### **a. Salam terapeutik**

1. Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien

###### **b. Evaluasi/validasi**

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
- 2) Menanyakan kepada pasien apakah halusinasi/suara-suara muncul, pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.

- 3) Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif yang telah dilatih
- 4) Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
- 5) Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
- 6) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian

#### c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 2 yaitu memilih pikiran otomatis yang negatif yang kedua yang akan diubah.
- 2) Menyetujui tempat dan waktu

### 2. Fase Kerja

- a. Menanyakan apakah pasien sudah memilih pikiran otomatis kedua yang akan diubah
- b. Diskusikan dengan pasien pikiran otomatis negatif kedua yang telah dipilih untuk diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
- c. Latih pasien cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan cara mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja pasien, latihan cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif yaitu dengan cara pasien diminta untuk mengisi pikirannya dengan pikiran otomatis negatif tersebut dan mencoba melawannya dengan cara mengatakan pada dirinya sendiri "tapi kan saya" dengan pikiran positif (dialog internal)
- d. Memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien.
- e. Terapis memberi *reinforcement* positif terhadap keberhasilan pasien

### 3. Terminasi

- a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah latihan mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.
  - 2) Menanyakan berapa pikiran otomatis negatif yang telah dilatih
  - 3) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan pasien
- b. Tindak lanjut
- 1) Anjurkan pasien untuk melawan pikiran otomatis negatif 1 dan 2, jika muncul dibuat di buku kerja pasien kapan waktunya, cara yang dilakukan dan bagaimana hasilnya
  - 2) Anjurkan pasien untuk menuliskan perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi pada buku kerja pasien
  - 3) Anjurkan pasien untuk mencatat pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif di buku kerja pasien
  - 4) Motivasi pasien untuk melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang lainnya secara mandiri
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif
  - 2) Mendiskusikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien apabila pasien melakukan atau tidak melakukan

### C. Evaluasi dan Dokumentasi

#### 1. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 2, pasien mampu mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif serta cara penyelesaian masalah. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika pasien dianggap belum mampu, maka

catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 2, pasien belum mampu mereview pikiran negatif serta cara penyelesaian masalah, dianjurkan pasien untuk melatih diri di mandiri /mengulangi sesi 2(buat jadwal).

#### D. Dokumentasi Evaluasi di buku raport pasien

##### Sesi 2 CBT: Terapi kognitif

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memilih pikiran negatif yang kedua yang ingin diatasi		
2	Mengungkapkan keinginan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif		
3	Menggunakan format cara melawan pikiran negatif		
4	Menulis pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif yang kedua		
5	Melatih cara untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.		
	<b>Jumlah</b>		

#### A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

#### B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 3$  : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai  $\leq 2$  : pasien harus mengulangi sesi

#### E. Format Dokumentasi di buku kerja pasien

##### Sesi 2 CBT: Terapi kognitif

Tanggal:

Pikiran otomatis yang akan dirubah :

No	Cara melawan pikiran otomatis negatif	Hasil
1.		
2.		
3.		
4.		



### **SESI III. CBT: TERAPI PERILAKU**

#### **Tujuan:**

Pasien mampu:

1. Memilih perilaku negatif yang akan dirubah
2. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif sesuai dengan terapi generalis
3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif
4. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat pengalaman halusinasi
5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatifnya
6. Menampilkan perilaku yang baru
7. Mendiskusikan konsekwensi positif dari perilaku positif dan konsekwensi negatif untuk perilaku negatif

#### **Setting**

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

#### **Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku raport pasien
3. Alat tulis

#### **Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

#### **Langkah-Langkah Kegiatan**

##### **A. Persiapan**

1. Mengingatkan kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

## B. Pelaksanaan

### 1. Orientasi

#### a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien

#### b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
- 2) Menanyakan kepada pasien apakah pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
- 3) Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif
- 4) Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
- 5) Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
- 6) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian

#### c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 3 yaitu memilih satu perilaku negatif untuk diubah, mengidentifikasi cara perilaku positif yang dimiliki/digunakan, mengidentifikasi cara perilaku baru yang positif untuk mengatasi perilaku negatif, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien
- 2) Menyetujui tempat dan waktu

### 2. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan pasien perilaku negatif yang muncul dari pikiran otomatis negatif dan yang sudah dituliskan pada buku harian pasien.
- b. Terapis mendiskusikan dengan pasien tentang perilaku negatif yang dipilih untuk diubah.

- c. Terapis menjelaskan tentang cara mengubah perilaku negatif yaitu dengan perilaku positif yang telah dimiliki serta dengan perilaku baru yang positif yaitu relaksasi dan distraksi
  - d. Terapis bersama pasien mendiskusikan cara perilaku positif yang dimiliki pasien untuk mengubah perilaku negatif (yang sudah dipelajari dari terapi generalis yaitu: menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas dan patuh obat). Jika pasien belum mengasai maka terapis akan melatihnya.
  - e. Terapis mendiskusikan 1 perilaku baru yang akan dilatih untuk melawan perilaku negatif yaitu teknik relaksasi (relaksasi *via letting go* yang dilakukan dalam waktu 10-15 menit, caranya: fokus pada pernafasan, tarik nafas dalam dan keluarkan nafas secara perlahan, fokus pada beberapa area tubuh ( 5 otot yaitu: otot muka, otot tangan, otot punggung, otot perut dan otot kaki) yang terasa tegang dan dengan keluar masuknya nafas biarkanlah ketegangan tersebut menghilang dari otot-otot, mulai dari bagian atas dan ulangi beberapa kali)
  - f. Terapis membuat kesepakatan dengan pasien tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif (dengan 9 cara yaitu: menghardik, bercakap-cakap, beraktivitas, minum obat, relaksasi otot muka, relaksasi otot tangan, relaksasi otot punggung, relaksasi otot perut dan relaksasi otot kaki), apakah pasien akan mencoba mengganti perilaku negatif tersebut dengan 9 cara tersebut atau tidak.
  - g. Terapis menjelaskan pada pasien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari
  - h. Terapis membantu pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
  - i. Terapis bersama pasien membuat komitmen tentang bagaimana pasien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif
3. Terminasi
- a. Evaluasi
    - 1) Terapis menanyakan pada pasien perasaan setelah latihan perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif

- 2) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari
- 3) Terapis menanyakan perilaku negatif lain yang timbul akibat pikiran otomatis yang negatif

b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- 2) Motivasi pasien untuk melatih mengubah perilaku negatif lain secara mandiri
- 3) Bantu pasien memasukkan kegiatan mempraktekkan perilaku baru dalam jadwal kegiatan harian pasien yang diberikan.
- 4) Anjurkan pasien untuk tetap melatih melawan pikiran negatif dan menuliskannya dalam buku kerja

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 4 yaitu kemampuan pasien merubah perilaku negatif yang kedua menjadi perilaku positif dan menerapkan terapi secara konsisten.
- 2) Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 3, pasien mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan

memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 3, pasien belum mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien. Dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 3(buat jadwal).

#### D. Dokumentasi Evaluasi di buku raport pasien

##### Sesi 3. CBT: Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal:	Tanggal
1	Mengidentifikasi perilaku yang negatif di buku kerja		
2	Memilih satu perilaku yang negatif yang akan dirubah.		
3	Mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki untuk merubah kelakuan yang buruk.		
4	Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengatasi perilaku negatif		
5	Melakukan latihan perilaku yang baik		
6	Menyebutkan hadiah yang diinginkan jika melakukan kelakuan yang baik		
7	Menyebutkan sangsi yang akan didapatkan jika melakukan kelakuan yang buruk		
	<b>Jumlah</b>		

#### A. Petunjuk:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

#### B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 4$  : pasien dapat melanjutkan ke Sesi berikutnya
2. Bila nilai  $\leq 3$  : pasien harus mengulangi Sesi 3

#### E. Format Dokumentasi di buku kerja pasien

##### Sesi 3. CBT: Terapi Perilaku

Tanggal :

##### Perilaku Yang Akan Dirubah

Perilaku yang akan diubah :

No	Perilaku yang baru	Hadiah	Sanksi
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

#### SESI IV.CBT: TERAPI PERILAKU

##### Tujuan

Pasien mampu:

1. Memilih perilaku negatif kedua yang akan dirubah
2. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif kedua sesuai dengan terapi generalis
3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif kedua
4. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif kedua yang muncul akibat pengalaman halusinasi
5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatif kedua
6. Menampilkan perilaku yang baru
7. Mendiskusikan konsekwensi positif dari perilaku positif dan konsekwensi negatif untuk perilaku negatif
8. Menerapkan terapi secara konsisten

##### Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah pasien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

**Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku raport pasien
3. Alat tulis

**Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

**Langkah-Langkah Kegiatan****A. Persiapan**

1. Mengingatkan kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

**B. Pelaksanaan****1. Orientasi****a. Salam terapeutik**

- 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien

**b. Evaluasi/validasi**

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
- 2) Menanyakan kepada pasien apakah pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
- 3) Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif
- 4) Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
- 5) Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
- 6) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian
- 7) Menanyakan apakah perilaku baru telah dilakukan, apakah perilaku negatif berkurang dan perolehan bintang sebagai hadiah
- 8) Memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan terapi sesi 4 yaitu mengevaluasi :
  - a) kemampuan merubah perilaku negatif kedua menjadi perilaku positif
  - b) kemampuan menerapkan terapi secara konsisten.
- 2) Menyetujui tempat dan waktu pertemuan sesi 4

2. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan pasien tentang perilaku negatif yang kedua yang dipilih untuk diubah.
- b. Terapis mendiskusikan perilaku baru kedua yang akan dilatih untuk melawan perilaku negatif yaitu teknik distraksi (melakukan aktivitas yang bermanfaat saat halusinasi datang seperti menyapu, membersihkan lantai, membersihkan tempat tidur, melaksanakan hobi/kegiatan yang disenangi seperti menyulam)
- c. Terapis menjelaskan tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang baru
- d. Terapis menjelaskan pada pasien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari
- e. Terapis membantu pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- f. Terapis bersama pasien membuat komitmen tentang bagaimana pasien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif
- g. Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai pasien
- h. Terapis memberikan feedback atas kemajuan dan perkembangan terapi.
- i. Terapis mengingatkan pasien untuk menerapkan terapi secara konsisten dengan tetap menggunakan format melawan pikiran negatif dalam mengatasi pikiran negatif dan mempraktekkan perilaku baru yang adaptif
- j. Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.



### 3. Terminasi

#### a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah melaksanakan perilaku baru yang dipelajari
- 2) Terapis menanyakan pada pasien pikiran positif yang muncul saat ini.
- 3) Terapis menanyakan pada pasien perilaku baru apa yang akan dilakukan
- 4) Berikan pujian untuk jawaban pasien

#### b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan pasien untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berfikir secara positif
- 2) Anjurkan pasien untuk melatih cara melawan pikiran negatif lain dan mengubah perilaku negatif secara mandiri dan menuliskannya di buku kerja
- 3) Anjurkan pasien untuk tetap menerapkan perilaku baru yang disepakati
- 4) Anjurkan pasien untuk tetap menerapkan terapi secara konsisten dengan menerapkan cara melawan pikiran negatif dan melaksanakan perilaku baru yang positif
- 5) Masukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian pasien.

#### c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan sesi 5 yaitu membantu pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.

### C. Dokumentasi Evaluasi di buku raport pasien

#### 1. Evaluasi proses

evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 4, pasien mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 5. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 4, pasien belum mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Pasien dianjurkan untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 4 (buat jadwal).

#### F. Dokumentasi Evaluasi di buku rapport pasien

##### Sesi 4. CBT: Evaluasi Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal:	Tanggal:
1	Menuliskan pikiran positif yang dirasakan saat ini		
2	Mempraktekkan perilaku positif yang disepakati		
3	Menuliskan hadiah yang diperoleh		
4	Menuliskan sanksi yang diperoleh		
	<b>Jumlah</b>		

#### A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

#### B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 3$  : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai  $\leq 2$  : pasien harus mengulangi sesi

#### E. Format Dokumentasi di buku kerja pasien

##### Sesi 4. CBT: Evaluasi Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku

Tanggal :

No	Pikiran positif	Perilaku yang baru	Hadiah
1			
2			
3			

## **SESI V. CBT: KEMAMPUAN MERUBAH PIKIRAN NEGATIF DAN PERILAKU MALADAPTIF UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN**

### **Tujuan**

Pasien mampu:

1. Melakukan pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.
2. Memahami pentingnya CBT dan psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan.
3. Mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

### **Setting**

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

### **Alat**

1. Buku kerja pasien
2. Buku raport pasien
3. Alat tulis

### **Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

### **Langkah-Langkah Kegiatan**

#### **A. Persiapan**

1. Mengingatkan kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

## B. Pelaksanaan

### 1) Orientasi

#### a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama pasien

#### b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan kepada pasien apakah pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
- 2) Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif
- 3) Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
- 4) Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
- 5) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian
- 6) Menanyakan apakah perilaku baru telah dilakukan
- 7) Menanyakan apakah perilaku baru tetap diterapkan dalam mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif berkurang.
- 8) Jika sudah, berikan konsekwensi positif dan jika belum, berikan konsekwensi negatif yang disepakati
- 9) Memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.

#### c. Kontrak

##### 1) Menjelaskan tujuan sesi V yaitu

- a. membantu pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi
- b. membantu pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan
- c. melakukan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

d. Menyepakati tempat dan waktu

2) Fase Kerja

- a. Terapis menganjurkan pasien untuk tetap meningkatkan kemampuan untuk menggunakan pikiran positif tentang diri dan berperilaku positif yang telah disepakati
- b. Terapis memberikan konsekuensi positif terhadap pikiran positif dan perilaku positif.
- c. Terapis mendiskusikan apa yang akan dilakukan pasien sendiri.
- d. Terapis menganjurkan pasien untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri
- e. Diskusikan cara-cara mencegah kambuhnya halusinasi yaitu dengan mengubah pikiran negatif dan perilaku negatif dengan pikiran positif dan perilaku positif yang dimiliki serta dengan psikofarmaka.
- f. Terapis menganjurkan pasien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan
- g. Terapis bersama pasien menyimpulkan untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.

3) Terminasi

- a. Evaluasi
  - 1) Terapis mengevaluasi kemampuan pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi dan kemampuan pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan.
  - 2) Terapi menanyakan perasaan pasien setelah menyepakati untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
  - 3) Berikan pujian atas keberhasilan pasien
- b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan pasien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dan aktif membentuk pikiran dan perasaan positif serta berperilaku positif.
- 2) Catat kegiatan yang dilakukan dalam jadwal kegiatan harian pasien.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Mengakhiri pertemuan dan disepakati jika pasien perlu terapi modalitas lainnya.

D. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi yang dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, kemampuan pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT Sesi 5, pasien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi, pasien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, pasien mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT Sesi 5, pasien belum mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, melakukan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif

secara mandiri dan berkesinambungan, dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 5 (buat jadwal).

F. Dokumentasi evaluasi proses CBT di buku rapport pasien

**Sesi 5. CBT : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku negatif untuk mencegah kekambuhan**

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Menggunakan pikiran positif dalam menyelesaikan masalah		
2	Menggunakan perilaku positif dalam menyelesaikan masalah		
3	Menyebutkan keuntungan jika memanfaatkan pelayann kesehatan untuk membantu pasien mengatasi masalah		
4	Menyebutkan akibat jika penanganan halusinasi jika tidak ditangani segera		
5	Menyebutkan manfaat pengobatan (jika diperlukan)		
6	Menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 4$  : pasien dapat menyelesaikan sesi terakhir
2. Bila nilai  $\leq 3$  : pasien harus mengulangi sesi

G. Format Dokumentasi di buku kerja pasien

**Sesi 5. CBT : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif untuk mencegah kekambuhan**

Tanggal:

No	Menyebutkan keuntungan jika memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk membantu pasien mengatasi masalah	Menyebutkan akibat jika halusinasi jika tidak ditangani segera	Menyebutkan manfaat pengobatan (jika diperlukan)	Menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan
1				
2				
3				
4				
5				
6				



## BAB IV PENUTUP

### A. Kesimpulan

1. *Cognitive Behaviour Therapy* merupakan terapi yang dilakukan untuk membantu individu mengevaluasi kembali persepsi, keyakinan, cara berfikir dan prilakunya yang tidak adaptif yang disebabkan oleh masalah yang dihadapinya. Sehingga individu merasa menjadi lebih baik.
2. *Cognitive Behaviour Therapy* telah terbukti efektif mengurangi halusinasi pada pasien skizofrenia dan telah menjadi intervensi yang wajib dilakukan dalam penanganan pasien skizofrenia.

### B. Saran

1. Perlu kerjasama yang terintegrasi dari seluruh tim kesehatan ditatanan pelayanan dalam upaya penanganan pasien halusinasi sehingga kualitas pelayanan menjadi lebih optimal.
2. Dibutuhkan pelatihan dan pendidikan yang berkelanjutan dalam melakukan *Cognitive Behaviour Therapy* bagi tim kesehatan khususnya perawat.

**PROSES PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY*  
PADA KELOMPOK INTERVENSI**

**MINGGU I (Kontrak, penjelasan penelitian dan Pre Test)**

Kelompok	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
I						
II						
III						
IV						

**MINGGU II**

Kelompok	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
I	SP 1, 2 dan Latihan	SP 3,4 dan Latihan	Sesi 1 dan Latihan		Sesi 2 dan Latihan	
II	SP 1, 2 dan Latihan	SP 3,4 dan Latihan		Sesi 1 dan Latihan		Sesi 2 dan Latihan

**MINGGU III**

Kelompok	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
I	Sesi 3 dan Latihan		Sesi 4 dan Latihan		Sesi 5, Latihan dan Post Test	
II		Sesi 3 dan Latihan		Sesi 4 dan Latihan		Sesi 5, Latihan dan Post Test

**MINGGU IV**

Kelompok	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
III	SP 1, 2 dan Latihan	SP 3,4 dan Latihan	Sesi 1 dan Latihan		Sesi 2 dan Latihan	
IV	SP 1, 2 dan Latihan	SP 3,4 dan Latihan		Sesi 1 dan Latihan		Sesi 2 dan Latihan

**PROSES PELAKSANAAN ASUHAAN KEPERAWATAN GENERALIS  
HALUSINASI PADA KELOMPOK KONTROL**

**MINGGU I (Kontrak, penjelasan penelitian dan Pre Test)**

Kelompok	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
I						
II						
III						
IV						

**MINGGU III**

Kelompok	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
I	SP 1, 2 dan Latihan	SP 3,4 dan Latihan			Post Test	
II	SP 1, 2 dan Latihan	SP 3,4 dan Latihan				Post Test

**MINGGU V**

Kelompok	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
III	SP 1, 2 dan Latihan	SP 3,4 dan Latihan			Post Test	
IV	SP 1, 2 dan Latihan	SP 3,4 dan Latihan				Post Test

## MINGGU V

<b>Kelompok</b>	<b>Senin</b>	<b>Selasa</b>	<b>Rabu</b>	<b>Kamis</b>	<b>Jumat</b>	<b>Sabtu</b>
III	Sesi 3 dan Latihan		Sesi 4 dan Latihan		Sesi 5, Latihan dan Post Test	
IV		Sesi 3 dan Latihan		Sesi 4 dan Latihan		Sesi 5, Latihan dan Post Test

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata**

Nama : Sri Eka Wahyuni  
Tempat/Tanggal lahir : Medan, 15 Juni 1979  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Dosen Fakultas Keperawatan USU  
Alamat Instansi : Jl. Prof. T. Maas No. 3 Kampus USU Medan  
Alamat Rumah : Jl. Prof. H. M. Yamin SH Gg. Belimbing No. 11 Medan

### **Riwayat Pendidikan**

PSIK FK USU : Lulus tahun 2003  
DIII Keperawatan FK USU : Lulus tahun 1999  
SMA Negeri 3 Medan : Lulus tahun 1996  
SMP Negeri 11 Medan : Lulus tahun 1993  
SD Swasta Sentosa : Lulus tahun 1990

### **Riwayat Pekerjaan**

Perawat di Rumah Sakit Jiwa Bina Atma Medan tahun 2000 - 2004  
Dosen Fakultas Keperawatan USU tahun 2004 - sekarang



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik.ui.edu](mailto:humasfik.ui.edu) Web Site : [www.fikui.ac.id](http://www.fikui.ac.id)

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* terhadap Halusinasi Pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan.**

Nama peneliti utama : **Sri Eka Wahyuni**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 April 2010

Dekan,

Dewi Prawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Tim *Expert Validity* Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dengan teliti modul :

***Cognitive Behaviour Therapy Pada Pasien Halusinasi***

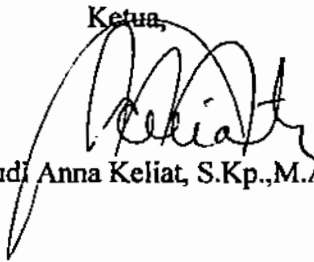
yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* terhadap Halusinasi Pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan

Nama peneliti utama : **Sri Eka Wahyuni**  
Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui modul tersebut.

Depok, Mei 2010

Ketua,

  
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc

**KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI** Lampiran 11

Tim Penguji Kompetensi Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah melakukan uji kompetensi pada :

Nama : **Sri Eka Wahyuni**

Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

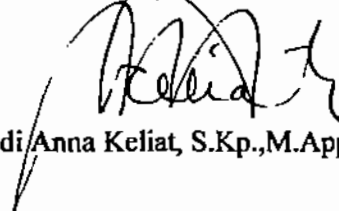
dan telah dinyatakan :

**LULUS**

untuk melaksanakan *Cognitive Behaviour Therapy* dalam penelitian yang berjudul Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* terhadap Halusinasi Pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan.

Depok, Mei 2010

Ketua,



Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp.,M.AppSc





**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Lampiran I:

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1227/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

6 April 2010

Yth. Direktur  
RSJ. Pemrovsu. Medan  
Sumatera Utara

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

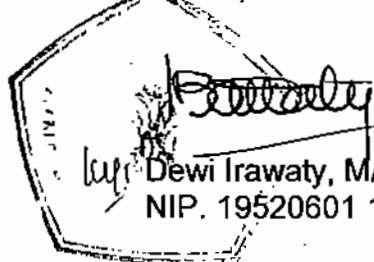
**Sri Eka Wahyuni**  
**0806469754**

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy Terhadap Halusinasi Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Pemrovsu. Medan".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa *meninjau* untuk mengadakan penelitian di Pemrovsu. Medan sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,



Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Pertinjal



**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA UTARA**  
**RUMAH SAKIT JIWA DAERAH**

Jl.Let.Jend. Jamin Ginting S KM.10 / Jl.Tali Air No.21  
 Kotak Pos 1449 Telp.8360305 Fax.8365167 Medan 20141

Nomor : DL.02.02.05. 1205  
 Lampiran : -  
 Prihal : Izin Penelitian

Kepada Yth  
 Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
 Universitas Indonesia  
 di  
Tempat

Sehubungan surat saudara Nomor : 1227/H.2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010, tertanggal 06 April 2010, tentang izin penelitian di RS. Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara bagi mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Sri Eka Wahyuni  
 No.Registrasi : 0806469754  
 Judul : "Pengaruh Cognitif Behaviour Therapy Terhadap Halusinasi Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Provsu Medan."

Maka dengan ini kami pihak RS. Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara dapat memberikannya izin penlitian, dengan ketentuan pihak saudara dapat mengikuti peraturan yang berlaku di RS. Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara, terhitung mulai tanggal 18 Mei s/d 22 Juni 2010.

Demikian surat ini kami sampaikan atas kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Medan, 18 Mei 2010

Direktur RS.Jiwa Daerah Provsu  
 Ka.Bagian Pengkajian dan Pengembangan



(Sri Sutiani Purnamawati, SSI, Apt)

Nip. 140.335.684