



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIVITAS *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* DAN *RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY* TERHADAP KLIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN DAN HALUSINASI DI RUMAH SAKIT
DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

TESIS

**I Ketut Sudiatmika
0806483424**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIVITAS *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* DAN *RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY* TERHADAP KLIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN DAN HALUSINASI DI RUMAH SAKIT
DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister

**I Ketut Sudiatmika
0806483424**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : I Ketut Sudiatmika
Program Studi : Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan jiwa
Judul Tesis : Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan dihadapan tim penguji tesis Program Magister Keperawatan, Universitas Indonesia.

DOSEN PEMBIMBING

Pembimbing : Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc. (



Pembimbing : Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp.Kep.J. (



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 06 Juli 2011


HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : I Ketut Sudiarmika
NPM : 0806483424
Program Studi : Pasca Sarjana
Judul Tesis : Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Rumah Sakit Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor.

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

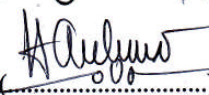
Pembimbing : Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc

()

Pembimbing : Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp.Kep.J.

()

Penguji : Novy Helena C.D. SKp.,M.Sc

()

Penguji : Ns. Carolina, M.Kep.,Sp.Kep.J.

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 06 Juli 2011

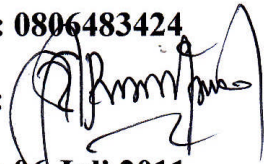
PERNYATAAN ORISINILITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber-sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah dinyatakan dengan benar.**

Nama : I Ketut Sudiatmika

NPM : 0806483424

Tanda Tangan:



Tanggal : 06 Juli 2011



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

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

Nama : I Ketut Sudiatmika
NPM : 0806483424
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

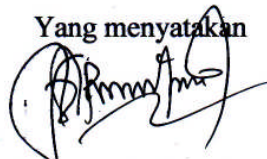
berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 06 Juli 2011

Yang menyatakan



(I Ketut Sudiatmika)

ABSTRAK

Nama : I Ketut Sudiatmika
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Efektivitas *cognitive behaviour therapy* dan *rational behaviour therapy* terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Tesis ini bertujuan mengetahui efektivitas *cognitive behaviour therapy* (CBT) dan *rational behaviour therapy* (REBT) terhadap perubahan gejala dan kemampuan klien perilaku kekerasan dan halusinasi di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Desain penelitian quasi eksperimental dengan jumlah sampel 60 responden. Hasil penelitian ditemukan penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi lebih besar pada klien yang mendapatkan daripada yang tidak mendapatkan CBT dan REBT (p value < 0.05). Kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien yang mendapatkan CBT dan REBT meningkat secara bermakna (p value < 0.05). CBT dan REBT direkomendasikan sebagai terapi keperawatan pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi.

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

Daftar pustaka 49 (1993-2010)

ABSTRACT

Name : I Ketut Sudiatmika
Study Program: Master of Nursing University of Indonesia
Title : Effectiveness of cognitive behaviour therapy and rational emotive behaviour therapy to clients with violent behaviour and hallucinations at Dr.H. Marzoeki Mahdi Hospital in Bogor.

This thesis aims to examine the effectiveness of cognitive behaviour therapy (CBT) and rational emotive behaviour therapy (REBT) to changes in symptoms and the client's ability to violent behaviour and hallucinations at Dr. H. Marzoeki Mahdi Hospital in Bogor. Quasi-experimental research design with a sample of 60 respondents. The study found a decrease symptoms of violent behaviour and hallucinations greater gain than the clients that did not receiving CBT and REBT (p value < 0.05). Cognitive, affective and behavioral abilities the clients who receiving CBT and REBT have increased significantly (p value < 0.05). CBT and REBT is recommended as a therapeutic nursing at the client's violent behaviour and hallucinations.

Key words: violent behaviour, hallucinations, cognitive, affective and behavioral abilities, cognitive behaviour therapy, rational emotive behaviour therapy.

Bibliography 49 (1993-2010)

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga tesis dengan judul **“Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor “** dapat diselesaikan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga penyusunan tesis ini dapat dilakukan. Penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya pada kesempatan ini kepada yang terhormat :

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, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Ibu Ice Yulia Wardani, MKep., Sp.Kep.J, selaku pembimbing II tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
5. Direktur Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Akemat, SKp., MKes. yang banyak membantu dan memberikan motivasi selama penyusunan tesis ini.
7. Teman-teman perawat di ruangan rawat inap yang digunakan sebagai tempat penelitian yang telah banyak membantu selama proses penelitian.
8. Seluruh klien yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
9. Orang tua dan istriku tercinta yang selalu memberi dukungan selama penyelesaian tesis ini

10. Rekan-rekan angkatan V Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.

Semoga kebaikan bapak dan ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa. Mudah-mudahan tesis ini bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	11
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	12
1.4 Tujuan Penelitian.....	12
1.5 Manfaat Penelitian.....	13
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Skizofrenia.....	15
2.2 Perilaku Kekerasan dan Halusinasi.....	21
2.3 Teori <i>Cognitif Behaviour Therapy</i>	35
2.4 Teori <i>Rational Emotive Behaviour Therapy</i> (REBT)	40
BAB III : KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Teori Penelitian	45
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	49
3.3 Hipotesis Penelitian	51
3.4 Defenisi Operasional	51
BAB IV : METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	55
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	57
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian.....	61
4.4 Etika Penelitian.....	61
4.5 Alat Pengumpul Data.....	62
4.6 Uji Coba Instrumen Penelitian.....	65
4.7 Prosedur Pelaksanaan Penelitian.....	67
4.8 Pengolahan Data.....	70
4.9 Analisis Data	71

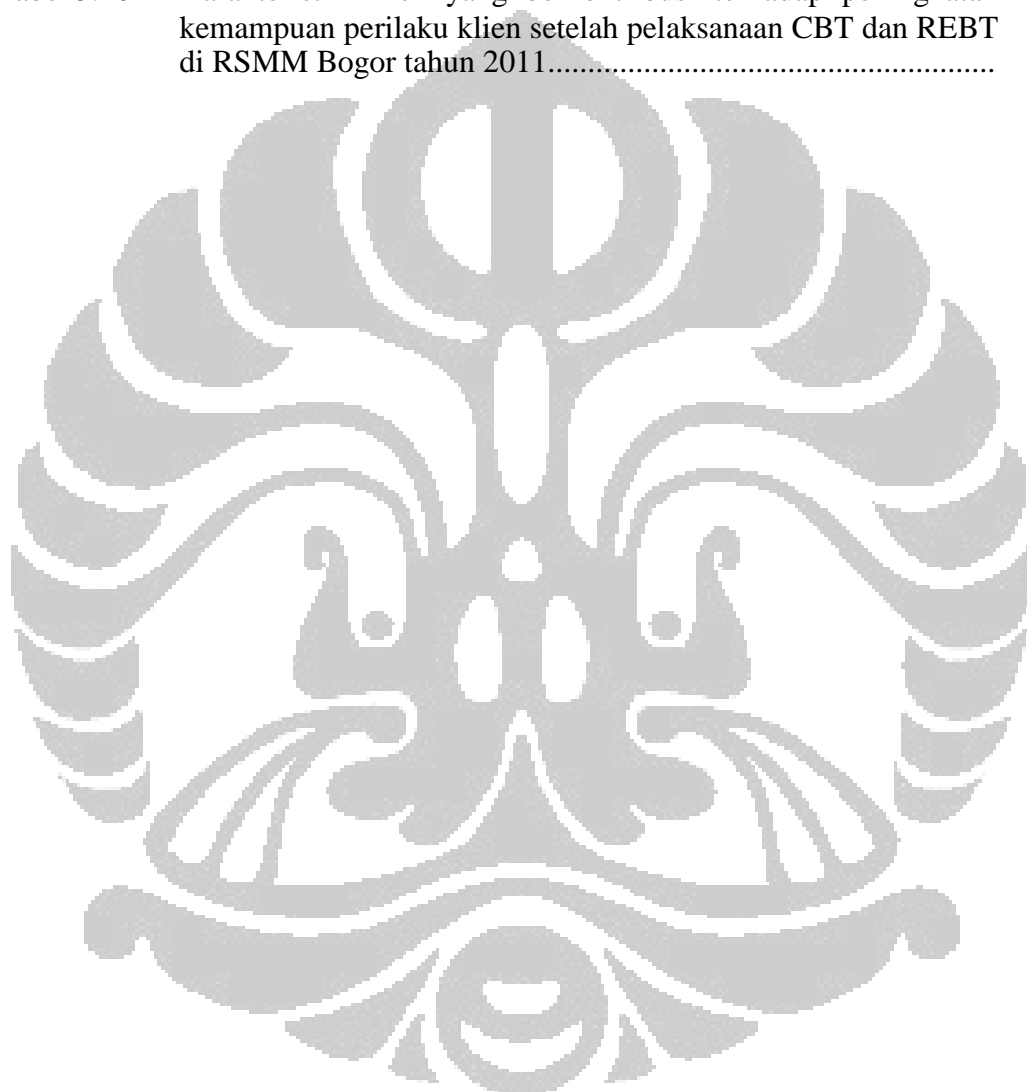
BAB V : HASIL PENELITIAN	
5.1 Karakteristik klien.....	75
5.2 Perubahan gejala perilaku kekerasan.....	78
5.3 Perubahan gejala perilaku halusinasi.....	85
5.4 Perubahan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien setelah CBT dan REBT.....	91
5.5 Efektivitas cognitive behaviour therapy dan rational behaviour therapy terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi.....	95
5.6 Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap perubahan gejala perilaku kekerasan klien.....	97
5.7 Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap perubahan gejala halusinasi klien.....	98
5.8 Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi.....	99
BAB VI : PEMBAHASAN	
6.1 Efektivitas CBT dan REBT terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan.....	104
6.2 Efektivitas CBT dan REBT terhadap penurunan gejala halusinasi.....	109
6.3 Efektivitas CBT dan REBT terhadap peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien.....	111
6.4 Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan dan Halusinasi.....	114
6.5 Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan klien setelah pelaksanaan terapi CBT dan REBT.....	115
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	116
6.7 Implikasi Hasil Penelitian.....	117
BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	120
7.2 Saran.....	121
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Defenisi operasional karakteristik responden.....	52
Tabel 3.2	Defenisi operasional gejala perilaku kekerasan dan halusinasi.....	53
Tabel 3.3	Defenisi operasional kemampuan terhadap CBT dan REBT.....	53
Tabel 3.4	Defenisi Operasional CBT dan REBT.....	54
Tabel 4.1	Distribusi responden.....	60
Tabel 4.2	Analisis kesetaraan karakteristik responden.....	72
Tabel 4.3	Analisis perubahan gejala perilaku kekerasan di ruang rawat inap RSMM Bogor.....	73
Tabel 4.4	Analisis perubahan gejala halusinasi di ruang rawat inap RSMM Bogor.....	73
Tabel 4.5	Analisis perubahan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien di ruang rawat inap RSMM Bogor	74
Tabel 4.6	Analisis faktor yang berpengaruh terhadap gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi di ruang rawat inap RSMM Bogor.....	74
Tabel 5.1	Distribusi karakteristik klien perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011	76
Tabel 5.2	Analisis karakteristik karakteristik klien perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT sebelum intervensi di RSMM Bogor tahun 2011.....	77
Tabel 5.3	Analisis usia klien perilaku kekerasan dan halusinasi pada kelompok yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011	78
Tabel 5.4	Analisis gejala perilaku kekerasan klien sebelum dilakukan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011	79

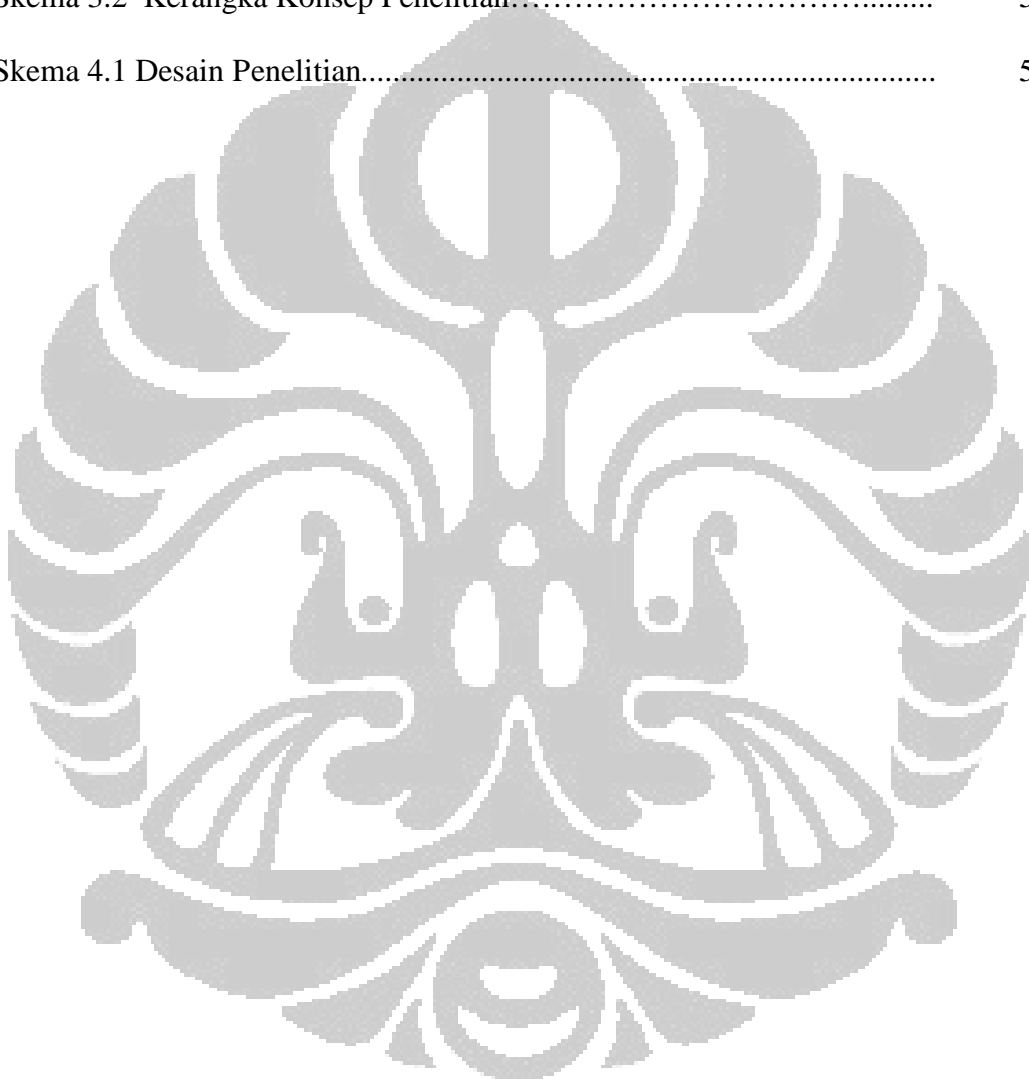
Tabel 5.5	Analisis perubahan gejala perilaku kekerasan klien sebelum dan sesudah dilakukan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	82
Tabel 5.6	Analisis perbedaan gejala perilaku kekerasan klien sesudah pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011	84
Tabel 5.7	Analisis gejala halusinasi klien sebelum dilakukan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011	86
Tabel 5.8	Analisis perubahan gejala halusinasi klien sebelum dan sesudah dilakukan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	88
Tabel 5.9	Analisis perbedaan gejala halusinasi klien sesudah pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011	90
Tabel 5.10	Analisis kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien sebelum dilakukan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	92
Tabel 5.11	Analisis kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien yang mendapatkan CBT dan REBT sebelum dan sesudah dilakukan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	94
Tabel 5.12	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap perubahan gejala perilaku kekerasan klien di RSMM Bogor tahun 2011.....	97
Tabel 5.13	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap perubahan gejala perilaku kekerasan klien di RSMM Bogor tahun 2011.....	98
Tabel 5.14	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap perubahan gejala halusinasi klien di RSMM Bogor tahun 2011.....	98
Tabel 5.15	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif setelah pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	99
Tabel 5.16	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif klien setelah pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	100
Tabel 5.17	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif setelah pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	101

Tabel 5.18	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif setelah pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	101
Tabel 5.19	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan perilaku klien setelah pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	102
Tabel 5.20	Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan perilaku klien setelah pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor tahun 2011.....	103



DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	48
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	50
Skema 4.1 Desain Penelitian.....	56



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Rencana jadual penelitian
- Lampiran 2. Kisi-kisi instrumen penelitian
- Lampiran 3. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 4. Lembar persetujuan
- Lampiran 5. Kuesioner A (Data demografi)
- Lampiran 6. Kuesioner B (Pengungkapan kemarahan)
- Lampiran 7. Kuesioner C (Pengukuran halusinasi)
- Lampiran 8. Kuesioner D (Kemampuan CBT dan REBT)
- Lampiran 9. Lembar Observasi I (Tanda dan gejala fisik perilaku kekerasan dan halusinasi)
- Lampiran 10. Lembar Observasi II (Kemampuan klien mengikuti CBT dan REBT)
- Lampiran 11. Matrik Pelaksanaan Terapi CBT dan REBT
- Lampiran 12. Modul CBT
- Lampiran 13. Modul REBT
- Lampiran 14. Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 15. Keterangan Lolos Uji Expert Validity
- Lampiran 16. Keterangan Lolos Uji Kompetensi
- Lampiran 17. Surat Izin Penelitian dari FIK UI
- Lampiran 18. Surat Izin Melakukan Penelitian dari RS Dr. H. Marzoeki Mahdi
Bogor
- Lampiran 19. Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemajuan teknologi dan informasi yang semakin pesat dapat memberikan stresor yang tinggi, sehingga memerlukan kemampuan adaptasi yang efektif. Individu yang tidak mampu beradaptasi dengan berbagai stresor yang dihadapi memiliki kecenderungan untuk mengalami gangguan jiwa. Kejadian tersebut akan memberikan andil meningkatnya prevalensi gangguan jiwa dari tahun ke tahun di berbagai negara. WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. *National Institute of Mental Health (NIMH)* berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2004, memperkirakan 26,2 % penduduk yang berusia 18 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa (NIMH, 2011). Kondisi ini tidak jauh berbeda dengan kasus gangguan jiwa yang ada di negara-negara berkembang.

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang yang belakangan ini sering mengalami bencana alam berupa gempa bumi dan gunung meletus, tsunami ditambah berbagai konflik terkait agama dan ras, juga menunjukkan angka gangguan jiwa yang cukup tinggi. Data hasil riset kesehatan dasar (Ris.Kes.Das, 2008) yang dilakukan oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 4.6 permil, artinya dari 1000 penduduk Indonesia, maka empat sampai lima orang diantaranya menderita gangguan jiwa berat. Data di atas bagi sebagian besar individu mungkin tidak terlalu

menarik perhatian mereka, karena apa sesungguhnya gangguan jiwa tersebut dan apa dampak yang dapat ditimbulkan bagi mereka belum dipahami secara jelas.

Gangguan jiwa berat yang dialami oleh individu menyebabkan mereka menjadi tidak produktif bahkan sangat tergantung kepada orang lain. Mereka akan mengalami hambatan dalam menjalankan peran sosial dan pekerjaan yang sebelumnya biasa dilakukan. Studi bank dunia tahun 1995 menyatakan bahwa, hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* di beberapa negara menunjukkan 8.1% dari *Global Burden of Dease* disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi dibanding dampak yang disebabkan oleh penyakit TBC (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%) maupun malaria 2,6%. Hari produktif yang hilang akibat gangguan jiwa menjadi 12,3% pada tahun 2000 dan diproyeksikan menjadi 15% pada tahun 2020 (WHO, 2006; Kusumawati & Hartono, 2010). Gangguan jiwa berat selain berdampak terhadap diri sendiri, keluarga, dan masyarakat sekitar juga membebani negara. Stuart (2009) menyebutkan bahwa lebih dari 70% pembayaran pajak di Amerika Serikat dialokasikan untuk pengobatan klien gangguan jiwa dan seluruhnya dihabiskan oleh klien yang mengalami skizofrenia. Data tersebut menggambarkan bahwa semakin bertambahnya klien gangguan jiwa, artinya semakin banyak hari produktif yang hilang, namun biaya yang harus dikeluarkan semakin tinggi. Kejadian seperti ini jika tidak ditangani dengan baik akan semakin membebani negara.

Klien gangguan jiwa sebenarnya masih bisa dilatih untuk hidup produktif, namun stigma dari masyarakat membatasi mereka untuk mengembangkan kemampuannya. Gangguan jiwa selama berpuluh-puluh tahun dianggap sebagai penyakit yang membahayakan karena tidak mampu mengendalikan psikologis dan emosi sehingga sering ditunjukkan dengan respon perilaku yang aneh dan amarah. Kejadian ini membuat kebanyakan individu meyakini bahwa mereka perlu diasingkan dari masyarakat dan dirawat di

rumah sakit (Videbeck, 2008). Pandangan masyarakat yang keliru akan semakin merugikan klien gangguan jiwa dan keluarga mereka, oleh karena itu perlu pemahaman yang tepat mengenai gangguan jiwa di tengah-tengah masyarakat.

World Health Organization (2001) mendefinisikan gangguan jiwa sebagai sekumpulan gangguan pada fungsi pikir, emosi, perilaku dan sosialisasi dengan orang sekitar. Kaplan dan Sadock (2007) mengatakan gangguan jiwa merupakan gejala yang dimanifestasikan melalui perubahan karakteristik utama dari kerusakan fungsi perilaku atau psikologis yang secara umum diukur dari beberapa konsep norma, dihubungkan dengan distress atau penyakit, tidak hanya dari respon yang diharapkan pada kejadian tertentu atau keterbatasan hubungan antara individu dan lingkungan sekitarnya. Gangguan jiwa dapat didefinisikan sebagai suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya (Dep.Kes, 2003). Townsend (2005) menyatakan gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stresor dari lingkungan internal dan eksternal yang ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma lokal dan budaya setempat, dan mengganggu fungsi sosial, pekerja, dan fisik individu. Kesimpulan yang dapat diambil dari pernyataan-pernyataan di atas adalah gangguan jiwa merupakan respon maladaptif yang ditunjukkan oleh individu yang tampak dari perubahan fungsi psikologis atau perilaku yang tidak sesuai apabila dikaitkan dengan norma lokal dan budaya setempat, dimana hal tersebut menyebabkan timbulnya penderitaan dan hambatan bagi individu yang bersangkutan dalam melaksanakan peran sosialnya.

Skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan jiwa berat yang paling banyak ditemukan. Stuart (2009) menyebutkan di Amerika Serikat sekitar 1 dari 100 orang mengalami skizofrenia. Departemen Kesehatan RI (2003)

mencatat bahwa 70% gangguan jiwa terbesar di Indonesia adalah Skizofrenia. Kelompok Skizofrenia juga menempati 90% pasien di rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia (Jalil, 2006). Tingginya angka kejadian skizofrenia menjadi alasan perlunya meningkatkan pemahaman individu mengenai gangguan jiwa berat yang satu ini, sehingga mampu memberikan penanganan yang tepat jika terjadi pada salah satu anggota keluarga.

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional. Fontaine (2009) menjelaskan skizofrenia adalah sebagai kombinasi dari gangguan berpikir, persepsi, perilaku, dan hubungan sosial. Skizofrenia juga diartikan sebagai suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Penjelasan dari beberapa ahli di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan suatu reaksi psikotik yang mempengaruhi pikiran, perasaan, persepsi, perilaku dan hubungan sosial individu ke arah maladaptif. Respon maladaptif ini mudah dikenali dari gejala-gejala yang ditunjukkan oleh klien dengan skizofrenia.

Gejala skizofrenia menurut PPDGJ III (dalam Maslim, 2001) dibagi dalam dua gejala utama yaitu gejala positif dan negatif. Gejala positif diantaranya delusi, halusinasi, kekacauan kognitif, disorganisasi bicara, dan perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah. Gejala negatif atau gejala samar yang dialami klien skizofrenia dapat berupa afek datar, tidak memiliki kemauan, merasa tidak nyaman, dan menarik diri dari masyarakat (Videbeck, 2008). Gejala negatif pada skizofrenia juga tampak dari menurunnya motivasi, hilangnya kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, ketidakmampuan merawat diri sendiri, tidak mampu mengekspresikan perasaan, serta hilangnya spontanitas dan rasa ingin tahu (Fontain, 2009). Sinaga (2007) menambahkan bahwa selain gejala positif dan negatif juga

ditemukan gejala yang lain seperti kognitif, simptom agresif dan *hostile*, serta simptom depresi dan *anxious*. Gejala positif dan negatif dijadikan dasar oleh kalangan medis dalam menegakkan diagnosis skizofrenia. Gejala positif berupa halusinasi dan perilaku kekerasan yang ditunjukkan oleh klien skizofrenia juga dijadikan dasar profesi keperawatan dalam menegakkan diagnosis keperawatan. Perilaku kekerasan dan halusinasi merupakan gejala utama yang paling mudah dikenali dan menjadi alasan keluarga membawa klien untuk berobat ke rumah sakit.

American Association Psychiatric (2000) menyebutkan beberapa penelitian telah melaporkan bahwa kelompok individu yang didiagnosa skizofrenia mempunyai insiden lebih tinggi untuk mengalami perilaku kekerasan (APA, 2000 dalam Sadino, 2007). Wahyuningsih (2009) menyatakan bahwa klien skizofrenia memiliki riwayat kekerasan baik sebagai pelaku, korban, atau saksi sebanyak 62,5%. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa klien dengan skizofrenia sebanyak 20% mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, 70% mengalami halusinasi pendengaran, 20% mengalami halusinasi penglihatan, dan 10% mengalami halusinasi lainnya. Kejadian tersebut menggambarkan bahwa 90% halusinasi pendengaran ditemukan pada klien skizofrenia. Halusinasi yang dialami klien juga berkontribusi dalam perilaku kekerasan yang dilakukannya. Isi halusinasi sering berupa perintah untuk melukai dirinya sendiri atau orang lain (Rogers dkk, 1990 dalam Birchwood, 2009). Penjelasan tersebut menggambarkan bahwa perilaku kekerasan sering berkaitan dengan halusinasi yang dialami oleh klien, terutama paling banyak ditemukan pada klien dengan skizofrenia.

Perilaku kekerasan sesungguhnya merupakan respon maladaptif dari marah. Perasaan marah biasa dialami oleh setiap individu dan merupakan respon yang normal ketika mendapatkan stresor atau ada kebutuhan yang tidak terpenuhi. Kemarahan adalah emosi yang normal pada manusia yakni respon emosional yang kuat dan tidak menyenangkan terhadap suatu

provokasi baik nyata maupun yang dipersepsikan oleh individu (Thomas, 1998 dalam Videbeck, 2008). Kemarahan memang merupakan suatu respon yang normal, namun apabila diungkapkan secara tidak tepat dapat menimbulkan permusuhan dan agresi (Videbeck, 2008). Kemarahan yang tidak mampu diungkapkan secara asertif dapat memanjang hingga respon yang paling maladaptif yaitu perilaku kekerasan. Stuart dan Laraia (2005) mengungkapkan bahwa perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik. Perilaku kekerasan berfluktuasi dari tingkat rendah sampai tinggi yaitu dari memperlihatkan permusuhan pada tingkat rendah sampai melukai pada tingkat serius dan membahayakan (Stuart, 2009). Kesimpulan yang dapat diambil dari uraian di atas yaitu perilaku kekerasan merupakan respon kemarahan yang maladaptif dalam bentuk perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitarnya baik secara verbal maupun nonverbal mulai dari tingkat rendah sampai tingkat tinggi.

Klien dengan perilaku kekerasan dapat dikenali dari gejala-gejala yang ditunjukkan seperti mondar-mandir, gelisah, ekspresi muka dan bahasa tubuh tegang, memberikan ancaman melakukan pembunuhan atau ancaman bunuh diri, agitasi meningkat, reaksi yang berlebihan terhadap stimulus yang datang dari lingkungan, cemas hingga panik, kesulitan menginterpretasikan lingkungan, mudah curiga, kerusakan proses pikir, perasaan marah, dan tidak mampu menanggapi situasi secara proporsional (Townsend, 2009). Gejala agresif dan *hostile* menurut Sinaga (2007) ditandai dengan: adanya penyerangan secara fisik / verbal terhadap orang lain dan lingkungan sekitarnya, mencelakakan diri sendiri, merusak barang orang lain, atau seksual *acting out*. Respon perilaku yang sangat mengancam dan membahayakan bagi dirinya, keluarga dan masyarakat sehingga mereka memerlukan pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Upaya-upaya yang dilakukan di rumah sakit baik medis maupun keperawatan diharapkan mampu menurunkan perilaku kekerasan yang dialami klien.

Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera (Townsend, 2005). Halusinasi juga diartikan sebagai kejadian melihat, mendengar, menyentuh, mencium, atau merasakan sesuatu tanpa adanya rangsangan eksternal terhadap organ sensori (Fontaine, 2009). Klien skizofrenia yang umumnya mengalami halusinasi dapat diamati dari gejala yang ditunjukkan ketika berinteraksi dengan mereka. Gejala yang tampak diantaranya: menggerak-gerakan mata ke belakang dan depan seolah-olah melihat seseorang, seolah-olah sedang mendengarkan seseorang sedang bicara secara seksama, terlibat pembicaraan dengan seseorang yang tidak kelihatan, menyeringai atau tertawa tanpa sebab yang jelas, respon verbal lambat karena sedang asyik dengan sesuatu, tiba-tiba terkejut atau ketakutan tanpa ada stimulus (Moller & Murphy, 1998 dalam Fontaine, 2009). Gejala tersebut merupakan pedoman dalam menegakkan diagnosis keperawatan halusinasi. Ketepatan dalam menegakan diagnosis sangat menentukan dalam ketepatan memberikan tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien perilaku kekerasan maupun halusinasi harus disesuaikan dengan masalah yang terjadi. Perilaku kekerasan yang terjadi secara aktual lebih ditekankan kepada penyelamatan klien dan lingkungan sekitarnya melalui manajemen krisis dengan menggunakan psikofarmaka maupun secara fisik dengan seklusi atau restrain (Stuart, 2009). Tindakan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan adalah mengajarkan klien mengenal dan memahami perilaku kekerasan yang dilakukannya serta mengajarkan cara mengendalikan marah/perilaku kekerasan secara fisik, sosial/verbal, spiritual dan pemanfaatan obat. Tindakan keperawatan klien dengan halusinasi adalah membantu klien mengenal halusinasi, melatih menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melatih melakukan aktivitas yang terjadwal, serta minum obat secara teratur (Keliat dkk., 2010). Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan maupun halusinasi seperti di atas dapat dilakukan oleh seluruh perawat dengan latar belakang pendidikan D3 maupun S1. Hasil

yang dicapai akan lebih optimal jika tindakan keperawatan generalis tersebut dipadukan dengan tindakan keperawatan lanjut/ spesialis.

Tindakan keperawatan spesialis pada klien dengan perilaku kekerasan adalah terapi kognitif, logoterapi, terapi realita dan psikoedukasi keluarga (Vedebeck, 2008). Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan tindakan keperawatan spesialis untuk klien perilaku kekerasan adalah terapi asertif, *time outs*, dan *token economy*. Tindakan keperawatan spesialis lainnya untuk mengurangi perilaku impulsif pada klien perilaku kekerasan adalah teknik manajemen marah, terapi drama, terapi musik dan terapi dansa (Cleven, 2006 dalam Choi, 2008). Tindakan keperawatan spesialis pada klien halusinasi adalah *social skill training*, *cognitive remediation*, *cognitive adaptation training*, *cognitive behavior therapy*, *group therapy* dan *family therapy* (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Terapi tersebut sudah dilaksanakan di RSMM Bogor terutama oleh mahasiswa Magister dan Spesialis Keperawatan Jiwa yang sedang melaksanakan praktik aplikasi maupun residensi. Tindakan keperawatan spesialis tersebut sebagian telah dilakukan penelitian, namun masih terbatas pada satu terapi spesialis untuk satu diagnosis keperawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2009) terhadap 13 orang klien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan menunjukkan bahwa CBT dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien. Kemampuan kognitif klien meningkat secara bermakna sebesar 66% dan perilaku juga sebesar 66% setelah diberikan CBT. Penelitian tersebut berfokus pada kemampuan klien dengan perilaku kekerasan untuk berpikir dan berperilaku yang positif setelah diberikan CBT. Perilaku maladaptif yang dilakukan oleh klien dengan perilaku kekerasan selain diakibatkan oleh distorsi kognitif juga oleh faktor emosi, oleh karena itu pencapaian perilaku yang efektif dan adaptif tidak optimal jika hanya dilakukan satu jenis terapi spesialis saja seperti CBT.

Putri (2010) dalam penelitiannya terhadap 28 klien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan menyatakan bahwa terapi *Rational Emotif Behaviour Therapy (REBT)* mampu meningkatkan kemampuan kognitif sebesar 9.6% dan sosial 47%. REBT juga mampu menurunkan respon emosi 43%, fisiologis 76%, dan perilaku 47%. Penelitian ini juga bermakna dalam memperbaiki respon klien, namun tidak tampak secara jelas peningkatan kemampuan perilaku positif yang terjadi pada klien, walaupun respon emosi klien berhasil diturunkan secara signifikan.

Wahyuni (2010) dalam penelitiannya terhadap 28 klien skizofrenia yang mengalami halusinasi mendapatkan bahwa *cognitive behavior therapy (CBT)* dapat menurunkan gejala halusinasi sebesar 34.5%, sedangkan kemampuan mengontrol halusinasi meningkat hingga 18%. Caroline (2008) meneliti bahwa dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan (SAK) halusinasi, maka kemampuan kognitif klien meningkat 47%, psikomotor meningkat 48%. Pelaksanaan SAK halusinasi juga menurunkan tanda dan gejala halusinasi sebesar 14%. Hasil dari kedua penelitian tersebut sama-sama menunjukkan bahwa tanda dan gejala halusinasi tidak menurun secara optimal dibandingkan dengan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasinya. Kejadian ini mungkin diakibatkan pelaksanaan CBT dan SAK halusinasi secara terpisah, dimana pemberian CBT tanpa memperhatikan pelaksanaan tindakan keperawatan generalis berupa SAK halusinasi secara adekuat begitu juga sebaliknya.

Tindakan keperawatan spesialis yang dilakukan secara terpisah terbukti menunjukkan hasil yang belum optimal, oleh karena itu perlu dilakukan penggabungan dua terapi seperti CBT dan REBT terutama untuk klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi. CBT pada prinsipnya ditujukan untuk mengubah fungsi berfikir sehingga menghasilkan perilaku positif, sedangkan REBT pada dasarnya digunakan untuk mengubah pikiran yang tidak rasional menjadi rasional sehingga menghasilkan emosi dan perilaku yang dapat diterima oleh orang lain secara umum. Kedua terapi ini sama-

sama bertujuan memperbaiki perilaku maladaptif yang diakibatkan oleh pikiran dan emosi yang negatif, seperti yang dialami oleh klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi. CBT dan REBT yang dilakukan secara bersama-sama pada klien yang memiliki lebih dari satu diagnosis masih perlu dibuktikan lebih lanjut. Penelitian yang ada selama ini khususnya di Indonesia yang memadukan beberapa terapi terhadap klien yang memiliki lebih dari satu diagnosis keperawatan secara bersama-sama belum pernah dilakukan.

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi (RSMM) Bogor. RSMM Bogor merupakan Rumah Sakit tipe A khusus merawat klien dengan gangguan jiwa yang sudah dilengkapi dengan pelayanan fisik dan Napza. RSMM Bogor sebagai pusat rujukan klien gangguan jiwa dan pusat pengembangan keperawatan jiwa di Indonesia memiliki kapasitas tempat tidur 641, dimana 484 tempat tidur untuk klien gangguan jiwa dengan BOR : 64,4%, TOI 47,96 hari, dan LOS 86,7 hari (Rekam Medik, 2009).

Mahasiswa Program Magister dan Spesialis Keperawatan Jiwa pada praktik Aplikasi 2 dan Residensi 2 periode September 2010 sampai dengan Januari 2011 telah merawat klien di 9 ruang rawat inap RSMM Bogor sebanyak 291 orang. Klien yang dirawat tersebut memiliki beberapa diagnosis keperawatan dengan komposisi: halusinasi 80,4%, defisit perawatan diri 52,6%, isolasi sosial 51,9%, harga diri rendah (HDR) 42,6%, risiko perilaku kekerasan (RPK) 49,1%, regiment terapeutik inefektif 19,2%, waham 1%, berduka disfungsi 1%, keputusasaan 1,4%, risiko bunuh diri (RBD) 2,4%. Klien yang dirawat di 9 ruang rawat inap tersebut sebagian besar memiliki lebih dari satu diagnosis keperawatan yang dikelompokkan sebagai berikut: klien dengan risiko perilaku kekerasan disertai halusinasi dan harga diri rendah : 27,98%, klien risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah : 28,54%, klien dengan risiko perilaku kekerasan dan halusinasi: 43,48% (Laporan Aplikasi 2 & Residensi 2 Keperawatan Jiwa, 2011).

Klien yang mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi sebesar 43,48% ini merupakan populasi terjangkau pada penelitian ini.

RSMM Bogor dalam upaya meningkatkan pelayanannya saat ini memiliki tenaga spesialis keperawatan jiwa dua orang dan satu orang masih dalam proses pendidikan. Tenaga keperawatan yang lainnya merupakan lulusan S1 keperawatan dan D3 Keperawatan yang telah mengikuti pelatihan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). RSMM Bogor bekerja sama dengan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia mengembangkan MPKP Jiwa bagi Perawat RSMM Bogor sejak tahun 2000. RSMM Bogor juga menjadi tempat praktik mahasiswa Magister Keperawatan Jiwa dan Spesialis Keperawatan Jiwa, sehingga memungkinkan memberikan pelayanan berupa terapi spesialis untuk klien yang dirawat.

1.2 Rumusan Masalah

Perilaku kekerasan dan halusinasi merupakan dua gejala utama yang ditemukan pada klien dengan skizofrenia. Isi halusinasi yang sering dialami berupa perintah kepada klien untuk melakukan tindakan kekerasan baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar merupakan ancaman yang membahayakan keamanan. Kejadian tersebut menjadi alasan utama keluarga membawa klien ke rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut sudah dilakukan baik melalui pendekatan psikofarmaka dengan pemberian antipsikotik maupun psikoterapi. Penelitian yang telah dilakukan oleh beberapa ahli menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif dalam menurunkan gejala perilaku kekerasan maupun halusinasi. Gejala perilaku kekerasan juga dapat diturunkan dengan pemberian *rational emotive behaviour therapy*. Kedua terapi tersebut memang cukup efektif jika diberikan pada klien dengan diagnosis tunggal, namun kenyataannya

banyak klien ditemukan mengalami lebih dari satu diagnosis keperawatan yang dapat mempengaruhi keefektifan kedua terapi tersebut.

Klien yang dirawat di 9 ruang rawat inap RSMM Bogor oleh mahasiswa Aplikasi 2 dan Residensi 2 periode September 2010 sampai dengan Januari 2011 ditemukan sebanyak 126 orang (43,48%) dari 291 orang mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi. Pelaksanaan CBT dan REBT sudah dilakukan pada klien yang dirawat dan diindikasikan untuk mendapat terapi tersebut. Terapi tersebut juga sudah diteliti keefektifannya terhadap klien, namun penelitian yang memadukan CBT dan REBT terhadap klien perilaku kekerasan dan halusinasi belum pernah dilakukan di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini adalah:

- 1.3.3 Apakah pelaksanaan *CBT dan REBT* efektif dalam perubahan gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi yang dirawat di ruang rawat inap RSMM Bogor.
- 2.3.3 Apakah perubahan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi lebih baik pada klien yang mendapatkan daripada klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT di ruang rawat inap RSMM Bogor.
- 3.3.3 Adakah faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi yang dirawat di ruang rawat inap RSMM Bogor.

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang efektivitas *CBT* dan *REBT* terhadap perubahan gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi yang dirawat di ruang rawat inap RSMM Bogor.

Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah diketahuinya:

- 1.4.1 Karakteristik klien yang mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi di RSMM Bogor.
- 1.4.2 Efektivitas CBT dan REBT terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi klien di ruang rawat inap RSMM Bogor.
- 1.4.3 Efektivitas CBT dan REBT terhadap peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi di ruang rawat inap RSMM Bogor.
- 1.4.4 Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap perubahan gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi di ruang rawat inap RSMM Bogor.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

- 1.5.1.1 Menambah kemampuan perawat spesialis dalam melakukan terapi-terapi spesialis khususnya *CBT* dan *REBT* sebagai suatu bentuk terapi individu yang terpadu terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi.
- 1.5.1.2 Menambah pengetahuan dan kemampuan perawat spesialis dalam melaksanakan CBT dan REBT terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sebagai dasar kemampuan pendidikan lanjutan dan sertifikasi perawat spesialis.
- 1.5.1.3 Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi khususnya asuhan keperawatan untuk spesialis.

1.5.2 Manfaat Keilmuan

1.5.2.1 Mengembangkan terapi *CBT* dan *REBT* sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa yang terpadu bagi klien yang mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi.

1.5.2.2 Penelitian ini sebagai *evidence based* dalam mengembangkan *CBT* yang dipadukan dengan *REBT* bagi klien yang mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi.

1.5.3 Manfaat Metodologi

1.5.3.1 Metode penelitian yang telah digunakan dapat menjadi pertimbangan penentuan metode penelitian berikutnya, terutama lebih memperhatikan dalam pemilihan sampel yang representatif terhadap populasi dan alat ukur yang sah.

1.5.3.2 Hasil penelitian ini berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya terutama dalam pemberian *CBT* dan *REBT* secara terpadu pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi dengan mengamati efek terapi tersebut pada klien secara prospektif.

BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Bab dua ini membahas mengenai landasan dan rujukan yang digunakan dengan mengemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini. Konsep dan teori tersebut meliputi : konsep skizofrenia, konsep perilaku kekerasan, konsep halusinasi, konsep *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT), serta teknik pelaksanaan CBT dan REBT.

2.1 Skizofrenia

Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional (Stuart & Laraia, 2005). Skizofrenia merupakan kombinasi dari gangguan berpikir, persepsi, perilaku, dan hubungan sosial (Fontaine, 2009). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Skizofrenia dapat disimpulkan sebagai reaksi psikotik yang mempengaruhi pikiran, perasaan, persepsi, perilaku dan hubungan sosial individu ke arah maladaptif.

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut DSM IV-TR (APA, 2000) diantaranya: tipe paranoid, katatonik, disorganisasi, terdiferensiasi, dan residual. Skizofrenia paranoid merupakan tipe skizofrenia yang paling banyak ditemukan diantara tipe lainnya. Gambaran klinis skizofrenia paranoid didominasi oleh waham yang secara relatif stabil berupa waham kejaran, rujukan (reference), merasa dirinya tinggi (exalted birth), misi khusus, perubahan tubuh atau kecemburuan. Gejala halusinasi yang menyertai terutama halusinasi pendengaran, biasanya berupa suara-suara yang mengancam atau memberi perintah atau halusinasi auditorik tanpa

bentuk verbal berupa bunyi pluit (whistling), mendengung (humming), atau bunyi tawa (laughing).

2.1.1 Penyebab Skizofrenia

Skizofrenia bukanlah gangguan yang tunggal namun merupakan suatu sindrom dengan banyak variasi dan banyak penyebab. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan penyebab Skizofrenia terdiri atas biologis, psikologis, sosial dan lingkungan.

2.1.1.1 Biologis

Dilihat dari faktor biologis maka faktor genetik, neurotransmitter, neurobiologi, perkembangan saraf otak dan teori-teori virus merupakan hal yang berkontribusi terjadinya skizofrenia pada diri seseorang. Faktor genetik belum teridentifikasi secara jelas namun diyakini skizofrenia ada hubungannya dengan kromosom 6, selanjutnya secara genetik berkontribusi terhadap kromosom 4, 8, 15, dan 22 untuk terjadinya skizofrenia (Buchanan & Carpenter, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005). Seorang anak yang lahir dari salah satu orang tua dengan skizofrenia akan mempunyai resiko 15% dan bila kedua orang tua mengalami skizofrenia maka anak akan berisiko 35% mengalami skizofrenia, sedangkan pada kembar monozigot memiliki risiko 50% untuk mengalami skizofrenia (Stuart & Laraia, 2005). Penjelasan di atas menunjukkan walaupun secara genetik belum diketahui secara jelas apakah skizofrenia merupakan suatu penyakit yang diturunkan atau tidak, namun terbukti semakin dekat hubungan kekerabatan dengan klien skizofrenia maka risiko untuk mengalami penyakit ini juga semakin besar.

Penemuan lainnya juga menunjukkan bahwa perkembangan otak terutama korteks prefrontal dan korteks limbik pada klien skizofrenia tidak berkembang dengan sempurna. Kerusakan korteks frontal diyakini sebagai penyebab timbulnya gejala negatif sedangkan kerusakan system

limbik (dalam lobus temporal) menimbulkan gejala positif. (Stuart & Laraia, 2005). Teori lainnya dapat dilihat dari hipotesis dopamin (D1-D5) yang menyatakan bahwa reseptor D2 sangat mempengaruhi munculnya gejala positif skizofrenia (Sinaga, 2007). Teori virus menjelaskan jika masa kehamilan trimester kedua terpapar virus influenza, maka anak yang dilahirkan sangat berisiko mengalami skizofrenia (Stuart & Laraia, 2005). Penjelasan di atas juga perlu menjadi perhatian, karena menjaga kesehatan individu mulai masa janin menjadi hal yang sangat penting. Virus yang menginfeksi ibu hamil terutama pada trimester kedua, dimana pada awal trimester ini merupakan proses pembentukan organ termasuk otak. Terinfeksi otak janin oleh virus pada masa ini menyebabkan kerusakan otak yang selanjutnya pada usia tertentu menyebabkan munculnya gejala skizofrenia.

2.1.1.2 Psikologis

Skizofrenia dipandang sebagai suatu penyakit yang sebagian disebabkan oleh keluarga dan sebagian lagi akibat kecacatan karakter individu itu sendiri. Ibu yang sering cemas, overprotektif, bersikap dingin dan kurang perhatian, ayah yang mengambil jarak terlalu jauh dengan anak atau terlalu memaksakan kehendak, serta anak yang selalu dipersalahkan ketika ada konflik keluarga maupun perkawinan, dan adanya pesan ganda dalam komunikasi keluarga menyebabkan anak sangat berisiko mengalami skizofrenia (Stuart & Laraia, 2005). Kejadian yang dialami individu seperti paparan di atas menunjukkan ia berada dalam keadaan yang fullstress. Stress yang terjadi secara berlebihan dan terus menerus dalam kehidupannya akan mempengaruhi keseimbangan neurotransmitter otak sebagai pembawa impuls dan selanjutnya dapat mencetuskan gejala skizofrenia.

2.1.1.3 Sosial budaya dan lingkungan

Ketidakharmonisan lingkungan sosial dan budaya serta kemiskinan dapat menyebabkan timbulnya skizofrenia. Ahli lainnya berpendapat bahwa skizofrenia disebabkan individu hidup di lingkungan perkotaan yang ramai atau hidup di suatu tempat yang terisolasi (Stuart & Laraia, 2005). Status sosioekonomi yang rendah lebih berisiko mengalami skizofrenia dibanding tingkat sosioekonomi yang lebih tinggi (Hasmila, 2009). Stressor sosiokultural, stres yang menumpuk dapat mendorong terjadinya awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya (Stuart & Sundeen, 1998). Stres yang dialami oleh individu tidak hanya bersumber dari dalam diri dan keluarga namun juga dari faktor lingkungan sosial. Manusia sebagai makhluk sosial membutuhkan kenyamanan interaksi dengan orang lain, namun ketika kebutuhan itu tidak terpenuhi akibat keadaan terisolasi dari lingkungan akan membuat stres semakin meningkat dan akhirnya mencetuskan gejala skizofrenia.

2.1.2 Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia menurut PPDGJ III (dalam Maslim, 2001) dibagi dalam dua gejala utama yaitu gejala positif dan negatif. Gejala positif diantaranya delusi, halusinasi, kekacauan kognitif, disorganisasi bicara, dan perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah. Gejala negatif atau gejala samar berupa afek datar, tidak memiliki kemauan, merasa tidak nyaman, dan menarik diri dari masyarakat (Videbeck, 2008). Gejala negatif pada skizofrenia juga tampak dari menurunnya motivasi, hilangnya kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, ketidakmampuan merawat diri sendiri, tidak mampu mengekspresikan perasaan, serta hilangnya spontanitas dan rasa ingin tahu (Fontaine, 2009). Sinaga (2007) berpendapat bahwa selain gejala positif dan negatif juga ditemukan gejala yang lain seperti kognitif, simptom agresif dan *hostile*, serta simptom depresi dan *anxious*. Gejala kognitif berupa inkoheren, asosiasi longgar, atau *neologisme*. Gejala agresif dan *hostile* berupa penyerangan secara fisik dan verbal kepada orang lain.

Gejala depresi dan anxious berupa perasaan cemas, bersalah, tegang, dan iritabilitas.

2.1.3 Diagnosis Skizofrenia

Kriteria diagnostik skizofrenia berdasarkan DSM IV-TR (Vancarolis & Halter, 2009) adalah jika ditemukan dua atau lebih gejala yang mengikuti selama periode satu bulan atau kurang pada klien yang mendapatkan pengobatan dengan baik, di antaranya: waham, halusinasi, pembicaraan tidak terorganisasi, disorganisasi perilaku atau perilaku katatonik, symptom negative (contohnya afek datar, alogia, *avolition*). Diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan dengan satu kriteria gejala dibawah ini, yaitu jika ditemukan waham *bizarre* atau halusinasi dengar dan suara tersebut selalu mengikuti serta mengomentari tentang pikiran dan perilaku seseorang atau dua atau lebih suara percakapan antara dua orang.

Kriteria skizofrenia lainnya yaitu jika ditemukan satu atau lebih disfungsi kerja atau sosial dalam kehidupan individu (contohnya perawatan diri, hubungan interpersonal, pekerjaan), jika pada anak atau remaja ditemukan kegagalan dalam mencapai hubungan interpersonal yang diharapkan, prestasi akademik, atau pencapaian kerja yang lebih baik. Kriteria ini digunakan jika gejala tersebut ditemukan secara terus menerus dalam enam bulan, namun harus disingkirkan adanya gangguan mental kondisi mental lain seperti skizoafektif/ gangguan alam perasaan, penggunaan zat, kondisi medis umum. Diagnosis skizofrenia perlu juga ditegakkan jika ditemukan riwayat gangguan perkembangan yang terkait, kemudian halusinasi atau waham menonjol dalam satu bulan.

2.1.4 Terapi Psikofarmaka

Skizofrenia sering diawali dengan fase prodormal (*early psikosis*). Gejala yang tampak pada fase ini adalah gangguan pola tidur, gangguan nafsu makan, perubahan perilaku, afek datar, pembicaraan yang sulit dimengerti, berfikir tidak realistis, dan perubahan dalam penampilan. Gejala tersebut

sering tidak disadari baik oleh klien maupun keluarga, padahal jika pada fase ini mendapatkan pengobatan yang tepat maka tidak akan berkembang menjadi skizofrenia. Terapi psikofarmaka yang umum digunakan untuk klien skizofrenia adalah antipsikotik.

Obat antipsikotik ini dibedakan menjadi dua golongan yaitu antipsikotik jenis tipikal (tradisional) dan atipikal. Antipsikotik tipikal efektif digunakan untuk mengatasi gejala positif skizofrenia seperti waham, halusinasi, gangguan berpikir, namun tidak memberikan efek yang baik untuk perubahan gejala negatif. Klien yang mendapatkan obat ini halusinasinya sering tidak muncul lagi namun perilaku menarik diri atau keengganan untuk melaksanakan aktivitas tidak ada perbaikan. Antipsikotik atipikal merupakan generasi baru dimana kelebihanannya tidak hanya mengatasi gejala positif tetapi efektif menurunkan gejala negatif skizofrenia seperti menarik diri, hilangnya motivasi dan kemauan, dan *anhedonia* (Littrel & Littrel, 1998 dalam Videbeck, 2008). Obat yang termasuk golongan atipikal antipsikosis yaitu clozapine, risperidone, olanzapine dan quetiapine. Golongan tipikal antipsikotik diantaranya: haloperidol, triflupherazine, chlorpromazine (CPZ) dan loxapine (Varcaris, et. al, 2006). Obat antipsikotik tersebut kadang perlu dikombinasikan dengan pemberian obat lainnya tergantung gejala yang ditunjukkan oleh klien. Skizofrenia yang menunjukkan gejala akut perilaku kekerasan dapat diberikan tambahan obat berupa antimanik seperti lithium (Varcaris, Carson & Shoemaker, 2006). Obat ini berfungsi untuk membantu menekan episode kekerasan yang dialami oleh klien.

Pemberian antipsikotik sering menimbulkan efek ekstrapiramidal berupa mulut kering, parkison, reaksi distonik. Efek tidak menyenangkan yang dirasakan klien sering membuatnya berhenti minum obat tanpa konsultasi. Efek samping tersebut bisa diatasi dengan pemberian *trihexyphenidil* (THP), biperidin dan *diphenhidramine hydrochloride* (Varcaris, Carson & Shoemaker, 2006). Menghindari penolakan klien minum obat karena efek

samping yang dirasakan membuat pemberian antipsikotik sering dikombinasikan dengan jenis obat lainnya. Kemajuan dibidang pengobatan diharapkan membuat klien skizofrenia mempunyai harapan yang lebih besar untuk hidup produktif seperti orang lain di masyarakat.

2.2 Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Perilaku kekerasan adalah diagnosis keperawatan yang sering ditegakan sebagai diagnosis utama pada klien skizofrenia terutama ketika pertama kali dibawa ke ruang akut. Respon berupa perilaku kekerasan juga menjadi alasan utama keluarga membawa klien ke Rumah Sakit Jiwa. Klien perilaku kekerasan juga sering mengalami halusinasi, bahkan seringkali tindakan kekerasan yang dilakukannya adalah akibat dari suara-suara yang memerintahkannya untuk melakukan hal tersebut. Rogers dkk (1990, dalam Birchwood, 2009) menegaskan bahwa isi halusinasi sering berupa perintah untuk melukai dirinya sendiri atau orang lain. Klien dengan halusinasi yang tidak mampu mengendalikan pikiran dan emosinya apalagi jika diikuti oleh isi halusinasi yang kuat untuk memberikan perintah untuk melakukan kekerasan, maka klien punya kecenderungan untuk melakukan perilaku kekerasan.

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan secara verbal atau fisik (Stuart & Laraia, 2005). Perilaku kekerasan adalah tindakan mencederai orang lain, diri sendiri, merusak harta benda (lingkungan), dan ancaman secara verbal (Keliat, 2003). Perilaku agresif adalah suatu fenomena kompleks yang dapat terjadi pada klien dengan skizofrenia, gangguan mood, gangguan kepribadian borderline, gangguan perilaku dan ketergantungan. Kesimpulan dari pernyataan diatas, bahwa perilaku kekerasan adalah perilaku melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan baik secara verbal maupun fisik.

Halusinasi adalah persepsi sensorial yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera (Townsend, 2005). Halusinasi juga didefinisikan sebagai kejadian melihat, mendengar, menyentuh, mencium, atau merasakan sesuatu tanpa adanya rangsangan eksternal terhadap organ sensorial (Fontaine, 2009). Kesimpulannya halusinasi adalah kesalahan persepsi sensorial yang terjadi pada salah satu panca indera tanpa adanya rangsangan eksternal.

2.2.2 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Perilaku kekerasan dan halusinasi mayoritas ditemukan pada klien skizofrenia. Perilaku kekerasan sering terjadi akibat isi halusinasi yang berupa perintah untuk melukai dirinya sendiri atau orang lain (Rogers dkk, 1990 dalam Birchwood, 2009). Proses terjadinya perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia dapat dijelaskan berdasarkan Model Adaptasi Stuart (2009) yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan mekanisme coping.

2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia menurut Stuart (2009) meliputi faktor biologis, psikologi, dan sosialkultural.

a. Faktor Biologi

Faktor biologis terjadinya perilaku kekerasan pada individu dikaitkan dengan struktur otak. Struktur otak yang berhubungan dengan perilaku agresif adalah sistem limbik, lobus frontal, dan hipotalamus. Sistem limbik berkaitan dengan mediasi dorongan dasar (*basic drive*) dan ekspresi emosi serta tingkah laku manusia seperti: makan, agresi dan respon seksual, termasuk proses informasi dan memori. Sintesa informasi ke dan dari area lain di otak mempengaruhi emosi dan perilaku. Perubahan *system limbic* mengakibatkan terjadinya

peningkatan atau penurunan perilaku agresif, amuk dan rasa takut (Varcarolis, 2003).

Hipotalamus juga berperan dalam mempengaruhi terjadinya perilaku agresif/ kekerasan. Mekanisme ini dapat dijelaskan sebagai berikut, ketika individu menghadapi stress yang berlebihan maka kondisi ini akan meningkatkan level hormon steroid yang disekresi kelenjar adrenal, selanjutnya hipotalamus merangsang kelenjar pituitary untuk menghasilkan lebih banyak steroid (Varcarolis, 2006). Stimulasi yang berulang akan membuat system berespon lebih kuat dan menyebabkan stress traumatik pada individu bersifat permanen. Keadaan tersebut dapat merangsang munculnya perilaku kekerasan maupun halusinasi terutama pada individu yang rentan mengalami kedua masalah tersebut.

Lobus frontal merupakan bagian dimana pikiran dan emosi berinteraksi. Kerusakan pada lobus ini mengakibatkan terjadinya luapan agresif. Ketidakseimbangan neurotransmitter juga mendorong munculnya perilaku kekerasan (Niehoff, 2002; Hoptman, 2003 dalam Stuart & Laraia, 2005). Luapan agresif akan dipertahankan bahkan distimulasi untuk meningkat melalui mekanisme neurotransmitter kolinergik dan katekolaminergik, Gamma Aminobuteric Acid (GABA), dan dopamin. Rangsangan agresif ini akan mampu dihambat oleh kerja serotonin dan norepineprin (Sadock & Sadock, 2007; Varcarolis & Halter, 2009). Varcarolis dan Halter (2009) menyatakan beberapa penelitian yang dilakukan juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara agresif-impulsif, riwayat bunuh diri, dan rendahnya kadar serotonin 5-HIAA dalam cairan serebrospinal. Ketidakseimbangan kadar neurotransmitter dalam otak sangat mempengaruhi terstimulasinya perilaku kekerasan pada individu.

Halusinasi dengar yang terjadi 70% dari jenis halusinasi lainnya pada skizoprenia timbul akibat disfungsi pusat bahasa pada kortek serebral yang berlokasi di lobus temporal otak. Halusinasi penglihatan diperkirakan terjadi akibat disfungsi otak terutama lobus oksipital (Fontaine, 2009). Kedua jenis halusinasi ini pada klien skizofrenia sering muncul bersamaan. Kerusakan lobus temporal maupun oksipital ini membuat klien skizofrenia seolah-olah mendengar atau melihat sesuatu yang orang lain tidak mengalaminya.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis menurut Stuart dan Laraia (2005) diantaranya kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, dan pertahanan psikologi. Stuart (2009) faktor psikologis diantaranya intelektualitas, moralitas, dan motivasi, kemampuan mengendalikan diri. Pandangan psikologi menyatakan bahwa faktor perkembangan atau pengalaman hidup dapat berperan dalam membatasi kemampuan individu untuk memilih koping mekanisme yang bukan perilaku kekerasan.

Stuart (2009) melalui teori pembelajaran sosial menjelaskan bahwa perilaku agresif dipelajari melalui proses sosialisasi sebagai hasil belajar internal maupun eksternal. Pembelajaran internal berupa penguatan pribadi terhadap perilaku agresif yang telah dilakukan. Pembelajaran eksternal terjadi melalui pengamatan model peran, seperti orang tua, teman sebaya, saudara, tokoh olah raga, tokoh hiburan. Individu meniru perilaku kekerasan yang dilihatnya sebagai cara yang digunakan untuk memecahkan masalah dan mempertahankan status sosial. Reinforcement yang diterimanya ketika melakukan perilaku agresif cenderung membuat individu akan mengulangi perilaku tersebut saat menghadapi masalah.

Wahyuningsih (2009) menyatakan bahwa kegagalan faktor psikologis yang sering diartikan sebagai ketidakmampuan, respon yang muncul pada saat individu mengalami kegagalan dapat berupa menyalahkan diri sendiri atau orang lain yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan. Stres yang dialami individu akibat kegagalan secara berulang selain menimbulkan perilaku kekerasan juga akan menstimulasi munculnya halusinasi pada klien skizofrenia. Pernyataan ini diperkuat oleh Fontaine (2009) yang mengungkapkan bahwa munculnya halusinasi pada klien skizofrenia sering dikaitkan dengan kondisi stress yang berlebihan.

c. Sosial Budaya

Karakteristik yang termasuk pada sosial budaya seperti: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, peran sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan individu (Stuart & Laraia, 2005). Dilihat dari jenis kelamin maka laki-laki lebih sering melakukan perilaku agresif (Stuart & Laraia, 2005). Keliat (2003) menyatakan bahwa klien laki-laki dua kali lipat lebih banyak melakukan perilaku kekerasan dari klien perempuan, dimana paling banyak dilakukan oleh usia 30 tahun ke bawah. Perilaku kekerasan dilakukan sebagian besar oleh klien berpendidikan menengah dan rendah, tidak bekerja, tidak kawin dan dirawat untuk pertama kali di rumah sakit (Keliat, 2003).

Kondisi sosial lainnya yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup akibat kemiskinan, adanya masalah perkawinan, keluarga dengan *single parent*, pengangguran, kesulitan mempertahankan tali persaudaraan, struktur keluarga, dan kontrol sosial (Stuart & Laraia, 2005). Kondisi hidup di masyarakat dengan kemiskinan atau pendapatan yang rendah juga berisiko tinggi untuk mengatasi masalahnya dengan perilaku agresif (Lewis, 2005, dalam Varcarolis & Halter, 2009). Berbagai faktor sosial budaya seperti yang disebutkan di atas sangat

mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan terutama pada klien skizofrenia dan karena halusinasi merupakan gejala positif yang sering menyertai skizofrenia maka faktor sosial budaya tersebut juga mencetuskan terjadinya halusinasi.

2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya masalah perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia meliputi stresor biologis, stresor psikologis, dan stresor sosial budaya (Stuart, 2009). Faktor presipitasi ini terdiri atas sifat stresor, asal stresor, lamanya stresor yang dialami, dan banyaknya stresor yang dihadapi oleh seseorang (Stuart, 2009). Stresor biologis diantaranya berupa: penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Stresor psikologis diantaranya: pengalaman mendapatkan abuse dalam keluarga ataupun terkait dengan kegagalan-kegagalan dalam hidup. Stresor sosial budaya diantaranya: aturan di masyarakat yang sering bertentangan dengan pandangan individu, tuntutan masyarakat yang tidak realistis dengan kemampuan individu.

Asal stressor meliputi internal dan eksternal. Stresor internal terdiri dari semua faktor yang menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, takut sakit, hilang kontrol atau terjadinya proses penuaan pada diri individu. Stresor eksternal adalah yang berasal dari luar individu, misalnya dari keluarga, kelompok masyarakat, dan lingkungan sekitar seperti terjadinya bencana alam, konflik antar masyarakat, penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, krisis, dll. Waktu atau lamanya terpapar stresor, yaitu terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama, serta berapa kali kejadian stresor tersebut dihadapi oleh individu. Jumlah stresor terkait dengan berapa kali stresor tersebut pernah dialami oleh individu pada kurun waktu tertentu (Stuart, 2009). Semakin sering terpapar stresor maka akibat yang diterima oleh individu juga semakin buruk. Kesimpulannya semakin banyak stresor yang diterima baik internal maupun eksternal dengan waktu yang bersamaan maka semakin

tinggi risiko tercetusnya perilaku kekerasan maupun halusinasi pada diri seseorang.

a. Penilaian terhadap Stresor

Stuart (2009) menyatakan penilaian seseorang terhadap stressor terdiri atas respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Stressor yang diterima individu akan merangsangnya untuk memberikan respon yang tampak melalui tanda dan gejala yang ditunjukkan.

Penilaian kognitif merupakan kemampuan individu untuk menganalisa segala sesuatu yang terjadi di lingkungan dan kaitan dengan dirinya. Boyd dan Nihart (1998) menyatakan tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara kognitif yaitu akan ditemukan tekanan atau gangguan pada pikiran. Individu yang berada dalam tekanan kemarahan tidak mampu berpikir konkrit, begitu juga dengan klien yang mengalami halusinasi, semua itu tampak pada pembicaraan yang tidak terorganisir yang merupakan ciri pada klien skizofrenia.

Afektif dapat dilihat dari respons emosi berupa perasaan sedih, gembira, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi, atau *surprise* ketika individu menghadapi masalah. Kemarahan adalah emosi yang normal pada manusia yakni respon emosional yang kuat dan tidak menyenangkan terhadap suatu provokasi baik nyata maupun yang dipersepsikan oleh individu (Thomas, 1998 dalam Videbeck, 2008). Kekerasan adalah merupakan salah satu dari respon afektif marah yang maladaptif. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan individu yang sedang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, merasa ingin berkelahi, mengamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahkan, menuntut, mudah tersinggung, euporia yang berlebihan atau tidak tepat, dan afek labil. Respon emosi yang telah dipaparkan di atas dapat dilihat dari afek yang ditunjukkan oleh klien

Respon fisiologis klien perilaku kekerasan dan halusinasi dapat dilihat dari tanda dan gejala yang tampak. Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara fisiologi yaitu akan ditemukan gangguan tidur, sakit kepala, sakit perut dan peningkatan tekanan darah (Boyd & Nihart 1998). Stuart dan Laraia (2009) menyatakan perilaku kekerasan dapat dilihat dari wajah tegang, mengepalkan atau memukulkan tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan, dan kadang tiba-tiba seperti kataton. Respon fisiologis ini juga tampak pada klien yang sedang aktif mengalami halusinasi.

Respon perilaku dapat dilihat dari tindakan yang dilakukan klien ketika sedang mengalami perilaku kekerasan atau halusinasi. Morison (1993, dalam Keliat, 2003) menyatakan perilaku kekerasan yang diperlihatkan klien ditujukan pada orang lain dapat berupa serangan fisik, memukul, melukai dan perilaku kekerasan pada diri sendiri berupa ancaman melukai, melukai diri serta perilaku kekerasan yang ditujukan pada lingkungan berupa merusak perabotan rumah tangga, merusak harta benda, membanting pintu. Perilaku kekerasan secara verbal berupa kata-kata kasar, nada suara tinggi dan permusuhan. Klien dengan halusinasi akan menunjukkan perilaku bicara-bicara sendiri seolah-olah ada lawan bicara, menyeringai, tertawa sendiri tanpa sebab (Moller & Murphy 1998 dalam Fontain, 2009). Respon perilaku yang tampak pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi mudah diamati ketika interaksi dengan mereka.

Respon sosial yang tampak pada klien perilaku kekerasan adalah berupa penurunan interaksi sosial (Boyd & Nihart, 1998). Klien yang merasa tidak memiliki cukup kekuatan untuk mengekspresikan kemarahannya sehingga lebih memilih menghindar dari orang lain. Isi halusinasi sering berupa ancaman sehingga klien mengatakan atau melakukan sesuatu yang dapat membahayakan diri dan orang lain

(Fontain, 2009). Keadaan ini membuat klien dengan halusinasi lebih memilih menyendiri daripada menemui orang lain.

b. Sumber Koping

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan sumber koping merupakan hal yang penting dalam membantu klien mengatasi stressor yang dihadapinya. Sumber koping tersebut meliputi aset ekonomi, sosial suport, nilai dan kemampuan individu menghadapi masalah. Sumber koping yang paling dekat dengan klien dan dapat digunakan setiap saat dalam mengatasi masalah yang dihadapi adalah keluarga.

Keluarga merupakan sumber koping yang dibutuhkan klien dalam menghadapi stressor. Videbeck (2008) menegaskan bahwa keluarga memang merupakan salah satu sumber pendukung yang utama dalam penyembuhan klien skizofrenia. Pengalaman klien dalam menggunakan sumber koping yang dimiliki dalam setiap menghadapi masalah menjadi standar tingkat keberhasilannya dalam menghadapi masalah termasuk berkaitan dengan perilaku kekerasan dan halusinasi yang dialami oleh klien.

c. Mekanisme Koping

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan klien akan berusaha melindungi dirinya dari pengalaman yang disebabkan oleh penyakitnya. Klien dengan perilaku kekerasan maupun halusinasi sering disertai dengan kecemasan dalam level sedang hingga berat. Mekanisme koping yang biasanya digunakan untuk mengatasi kecemasannya tersebut adalah dengan regresi, dimana klien mengalami kemunduran dalam menjalani beberapa fungsi kehidupannya terutama dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Persepsi yang tidak akurat terkait dengan kejadian halusinasi selanjutnya akan coba mereka jelaskan dengan mekanisme koping

yang lain. Mekanisme koping yang biasa digunakan oleh klien adalah menarik diri, dimana hal ini sesungguhnya digunakan untuk membangun kembali kepercayaan dan preokupasi terhadap pengalaman internal terkait perilaku kekerasan dan halusinasi yang dialami.

2.2.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

2.2.3.1 Fisik

Tanda dan gejala secara fisik pada klien perilaku kekerasan dapat berupa ketegangan tubuh, muka merah, pandangan tajam, nadi dan pernapasan meningkat, (Rawlin 1993; Keliat, 1996). Gejala fisik lainnya yaitu tidur terganggu, sakit kepala, sakit perut, rahang mengatup, sikap tubuh kaku/rigid, mengepalkan jari, rahang terkunci, hiperaktifitas, denyut jantung cepat, nafas terengah-engah, dan cara berdiri mengancam (Nirhart, 1998; Stuart & Laraia, 2005; Herdman, 2009). Tanda dan gejala fisik secara umum yang dapat diamati pada klien perilaku kekerasan adalah muka merah, pandangan tajam, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernafasan meningkat, tidur terganggu, rahang mengatup, dan tangan mengepal.

Gejala fisik seperti muka merah, pernapasan dan nadi yang meningkat, sulit tidur juga sering ditemukan pada klien dengan halusinasi. Townsend (1995) menambahkan dengan ekspresi wajah tampak tegang dan berkeringat.

2.2.3.2 Emosional

Tanda dan gejala secara emosional pada klien dengan perilaku kekerasan berupa: agitasi meningkat, cemas, mudah frustrasi, tempertantrum, merasa tidak aman, merasa terganggu, jengkel, cepat marah, muram, lesu, cemas, suara keras, mengeluarkan sumpah serapah, berteriak, memaksa meminta hak istimewa, dan menolak instruksi (Stuart & Laraia, 2005; Rawlin, 1993; Keliat, 1996, 2009). Tanda gejala emosional secara umum

ditemukan pada klien perilaku kekerasan adalah jengkel, cepat marah, muram, lesu, cemas, suara keras, memaksa, meminta hak istimewa dan menolak intruksi.

Townsend (1995) menyatakan secara emosional maka gejala halusinasi berupa merasa ketakutan, mudah tersinggung, jengkel, merasa curiga, dan mudah marah. Gejala yang tampak secara umum pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi tidak jauh berbeda, dimana klien sama-sama mengalami perubahan mood yang cepat mudah tersinggung, cepat jengkel dan marah ketika mendapatkan stimulus yang tidak menyenangkan.

2.2.3.3 Kognitif

Rawlin (1993) menyatakan secara kognitif gejala klien dengan perilaku kekerasan adalah: mudah bingung, penuh khayalan, senang membantah, menentang, mengancam secara verbal, dan merencanakan perilaku kekerasan yang akan dilakukan. Gejala kognitif lainnya berupa: senang berdebat, bawel, pembicaraan mendominasi, meremehkan, menekan pikiran untuk menyerang, mengacaukan pikiran, ketidakmampuan belajar, penurunan perhatian, penurunan fungsi intelektual (Nihart, 1998; Keliat, 1996; Herdman, 2009). Tanda dan gejala kognitif yang dapat diamati pada klien perilaku kekerasan diantaranya : suka membantah, menentang, mengancam secara verbal, merencanakan tindakan kekerasan, senang berdebat, bawel, mendominasi pembicaraan, meremehkan, dan penurunan perhatian.

Klien dengan halusinasi juga mengalami penurunan kemampuan secara kognitif dalam membedakan rangsangan yang diterima. Gejala yang tampak berupa pembicaraan kacau dan tidak masuk akal, tidak mampu membedakan yang nyata dengan yang tidak nyata (Townsend, 1995).

2.2.3.4 Sosial

Tanda dan gejala secara sosial ditemukan pada klien perilaku kekerasan menurut Rawlin (1993) adalah menggertak, suara keras, kata-kata menekan, marah. Gejala lain seperti: menarik diri dari hubungan sosial, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor, mengabaikan hak orang lain (Keliat, 1996; Nihart, 1998; Stuart, 2009).

Gejala yang tampak pada klien halusinasi meliputi: sikap curiga dan bermusuhan sehingga lama kelamaan klien akan menarik diri dari orang lain Townsend (1995). Gejala ini jika dibiarkan akan membuat klien asyik dengan dirinya sendiri menyebabkan halusinasi akan semakin parah, sehingga tidak menutup kemungkinan jika dalam kondisi ini klien merasa terganggu dengan kehadiran seseorang maka ia akan melakukan tindakan agresif.

2.2.3.5 Perilaku

Perilaku yang tampak pada klien dengan perilaku kekerasan diantaranya: mondar mandir, tidak mampu duduk diam, merusak benda, melukai orang lain (Stuart & Laraia, 2005). Kaplan (2007) dan Lawson (2009) menambahkan gejala yang muncul berupa serangan fisik terhadap diri sendiri, benda atau orang lain, mengancam dengan senjata di tangan, menggigit, menendang, meninju, menggaruk, meremas, menusuk, menembak, memperkosa, mendorong, dan melempar. Gejala lainnya menurut Hardman (2009) berupa: berteriak, melempar objek, memecahkan kaca, membanting pintu, memukul, menendang, meludahi, mencakar, menggigit, melempar objek pada seseorang.

Klien dengan halusinasi akan menunjukkan perilaku berupa: berbicara, senyum dan tertawa sendiri, mengatakan mendengar suara, melihat, menghirup, mengecap dan merasa sesuatu yang tidak nyata, merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan, serta tidak melakukan perawatan diri seperti mandi, sikat gigi, ganti pakaian (Townsend, 1995). Klien juga

tidak mampu mempertahankan kontak mata, menyeringai atau tertawa tanpa sebab yang jelas, gerakan mata seolah-olah sedang melihat atau mendengar seseorang sedang bicara (Stuart & Fontaine, 2009). Respon perilaku yang tampak pada klien halusinasi memerlukan penanganan yang tepat karena jika dibiarkan akan berisiko terjadinya perilaku kekerasan yang dapat ditujukan baik pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

2.2.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan sesuai kondisi klien. Keamanan klien dan orang lain harus selalu menjadi prioritas dalam menghadapi klien dengan perilaku kekerasan. Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada kondisi tersebut menurut Varcarolis dan Halter (2009) diantaranya: Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan orang lain dan koping tidak efektif. Diagnosis keperawatan lain yang menyertai yaitu: kebingungan, gangguan proses pikir, dan gangguan sensori persepsi. Herdman (2009) dan Wilkinson (2007) menambahkan diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien perilaku kekerasan adalah risiko membahayakan diri sendiri, risiko membahayakan orang lain, sindroma pasca trauma, HDR Kronis, HDR situasional, dan kerusakan interaksi sosial.

Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan terkait dengan klien halusinasi menurut Keliat dan Akemat (2010) adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi (dengar, penglihatan, penghidu, dan peraba). Diagnosis keperawatan lain yang muncul pada klien dengan halusinasi adalah isolasi sosial dan gangguan konsep diri: harga diri rendah (Stuart & Laraia, 1998). Kedua diagnosis tersebut sering menjadi stimulus munculnya halusinasi. Diagnosis keperawatan dapat ditambahkan dengan diagnosis keperawatan lainnya tergantung kondisi yang ditemukan pada klien. Diagnosis keperawatan ini ditetapkan untuk mempermudah dalam menentukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi klien.

2.2.5 Tindakan Keperawatan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien perilaku kekerasan maupun halusinasi dapat dilakukan dengan memberikan tindakan keperawatan generalis maupun spesialis. Tindakan keperawatan generalis untuk perilaku kekerasan yang terjadi secara aktual lebih ditekankan kepada penyelamatan klien dan lingkungan sekitarnya melalui manajemen krisis dengan menggunakan psikofarmaka maupun secara fisik dengan seklusi atau restrain (Stuart, 2009). Tindakan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan adalah mengajarkan klien mengenal dan memahami perilaku kekerasan yang dilakukannya serta mengajarkan cara mengendalikan marah/ perilaku kekerasan secara fisik, sosial/ verbal, spiritual dan pemanfaatan obat (Keliat & Akemat, 2010).

Tindakan keperawatan generalis untuk klien dengan halusinasi adalah membantu klien mengenal halusinasi, melatih menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melatih melakukan aktivitas yang terjadwal, serta minum obat secara teratur (Keliat & Akemat, 2010). Tindakan keperawatan generalis untuk klien perilaku kekerasan maupun halusinasi dilakukan secara kontinyu dan dievaluasi secara berkelanjutan untuk mendapatkan hasil optimal.

Tindakan keperawatan spesialis pada klien dengan perilaku kekerasan adalah terapi kognitif, logoterapi, terapi realita dan psikoedukasi keluarga (Vedebeck, 2008). Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan tindakan keperawatan spesialis untuk klien perilaku kekerasan adalah terapi asertif, *time outs*, dan *token economy*. Tindakan keperawatan spesialis lainnya untuk mengurangi perilaku impulsif pada klien perilaku kekerasan adalah teknik manajemen marah, terapi drama, terapi musik dan terapi dansa (Cleven, 2006 dalam Choi, 2008). Tindakan keperawatan spesialis untuk klien halusinasi adalah *social skill training*, *cognitive remediation*, *cognitive adaptation training*, *cognitive behavior therapy*, *group therapy* dan *family therapy* (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Tindakan keperawatan

spesialis juga memerlukan pelaksanaan yang berkelanjutan agar memperoleh hasil yang optimal.

2.3 Teori *Cognitif Behaviour Therapy* (CBT)

Cognitive behaviour therapy merupakan psikoterapi yang dikembangkan oleh Aaron T. Beck, seorang psikiater pada tahun 1960an. Beck menemukan bahwa kognisi klien memiliki dampak yang luar biasa terhadap perasaan dan perilaku. Kesulitan emosional dan perilaku yang dialami seseorang dalam hidup disebabkan oleh cara mereka menginterpretasikan dan memahami berbagai peristiwa yang dialami. Pengalaman berupa ancaman yang terjadi pada diri seseorang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan memproses informasi secara efektif, oleh Beck dikenal dengan distorsi kognitif. Proses tersebut yang membuat seseorang sering mempunyai pikiran negatif yang selanjutnya akan mempengaruhi perilaku yang ditunjukkannya.

Cognitive behavior therapy adalah salah satu terapi yang digunakan untuk memodifikasi fungsi berfikir, merasa dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negative menjadi positif (Oemarjoedi, 2003). *Cognitive behavior therapy* adalah suatu terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif (Martin, 2010). *Cognitive behavior therapy* pada intinya adalah salah satu bentuk terapi psikososial yang bertujuan merubah pola pikir negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah dapat berubah menjadi perilaku yang positif dan adaptif.

Keefektifan *Cognitive behavior therapy* telah dibuktikan oleh Granholm, dkk. (2005) yang menunjukkan bahwa *cognitive behavior therapy* yang diberikan pada skizofrenia kronis menunjukkan peningkatan kemampuan

koping, mengevaluasi kemampuan yang salah, pencapaian kognitif insight yang baik, meningkatkan fungsi social, mengurangi gejala positif seperti halusinasi dan delusi, serta dapat menurunkan gejala negative skizofrenia. Penelitian lainnya yang menggunakan *Cognitive behavior therapy* untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dilakukan oleh Fauziah (2009) yang menunjukkan hasil bahwa setelah diberikan *Cognitive behavior therapy* maka kemampuan kognitif dan perilaku klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan meningkat. Penelitian tersebut berfokus pada kemampuan klien dengan perilaku kekerasan untuk berpikir dan berperilaku yang positif.

Distorsi kognitif yang mempengaruhi seseorang dalam berperilaku seperti yang diungkapkan oleh Beck, merupakan hal yang pertama harus dikenali ketika memutuskan untuk melakukan *Cognitive behavior therapy*. Bentuk distorsi kognitif yang dapat terjadi pada diri seseorang menurut (Stuart & Laraia, 2005; Stuart, 2009; Townsend, 2009) diantaranya:

- 2.3.1 Pemikiran “Segalanya atau Tidak Sama Sekali” (*All or nothing thinking*). Pemikiran ini menunjukkan kecenderungan individu untuk mengevaluasi kualitas pribadi diri sendiri dalam kategori ‘hitam atau putih’ secara ekstrim. Pemikiran ‘bila saya tidak begini maka saya bukan apa-apa sama sekali’ merupakan dasar dari perfeksionisme yang menuntut kesempurnaan. Pemikiran ini menyebabkan individu tersebut takut terhadap kesalahan atau ketidaksempurnaan sehingga akan memandang dirinya sebagai pribadi yang kalah total dan merasa tidak berdaya. Contoh “Jika suamiku meninggalkanku maka aku juga akan meninggal”.
- 2.3.2 Pemikiran yang terlalu Menggeneralisasi (*overgeneralization*). Individu yang terlalu menggeneralisasi setiap peristiwa yang dihadapinya maka akan cenderung membuat kesimpulan bahwa satu hal yang pernah terjadi pada dirinya akan terjadi kembali secara berulang kali. Kejadian yang tidak menyenangkan tentunya akan membuatnya selalu merasa terganggu

dan sedih. Contoh seorang siswa yang gagal dalam satu ujian berpikir “Saya tidak akan pernah lulus dalam ujian-ujian yang lain dalam semester ini dan saya akan gagal dan dikeluarkan dari sekolah”.

- 2.3.3 Filter Mental (*mental filter*). Pemikiran ini cenderung membuat individu untuk mengambil suatu hal negatif dalam situasi tertentu, memikirkannya secara terus menerus, selanjutnya individu tersebut mempersepsikan seluruh situasi sebagai hal yang negatif. Individu tersebut tidak menyadari adanya “proses penyaringan”, maka ia lalu menyimpulkan bahwa segalanya selalu negatif. Istilah teknis untuk proses ini ialah “abstraksi selektif”. Contoh seorang istri meyakini bahwa suaminya tidak lagi mencintai dirinya karena suaminya sering pulang larut malam, tapi si istri tidak mengabaikan perhatian dari suaminya, hadiah yang diberikan oleh suaminya, dan liburan special yang sudah mereka rencanakan bersama.
- 2.3.4 Mendiskualifikasikan hal yang Positif (*disqualifying the positive*). Suatu pemikiran yang dilakukan oleh individu yang tidak hanya sekedar mengabaikan pengalaman-pengalaman yang positif, tetapi juga mengubah semua pengalaman yang dialaminya menjadi hal yang negatif. Contoh “Saya tidak akan mengikuti promosi jabatan di kantor karena saya pasti tidak akan mendapatkannya dan saya akan merasa tidak enak”.
- 2.3.5 Loncatan ke kesimpulan (*jumping to conclusions*). Individu melakukan pemikiran meloncat ke suatu kesimpulan negatif yang tidak didukung oleh fakta dari situasi yang ada. Dua jenis distorsi kognitif ini adalah “membaca pikiran” dan “kesalahan peramal”. Membaca pikiran yaitu individu berasumsi bahwa orang lain sedang memandang rendah dirinya, dan individu tersebut yakin akan hal ini sehingga dirinya sama sekali tidak berminat untuk mengecek kembali kebenarannya. Kesalahan peramal yaitu kecenderungan individu untuk membayangkan sesuatu yang buruk akan terjadi, dan individu tersebut menganggap pemikirannya sebagai suatu

fakta walaupun sama sekali tidak realistis. Contoh “Mereka pasti berpikir saya ini orang gemuk yang bodoh”.

- 2.3.6 Pembesaran dan pengecilan (*magnification and minimization*). Individu memiliki kecenderungan untuk membesar-besarkan atau mengecilkan hal-hal yang dialaminya di luar proporsinya. Pembesaran yaitu individu akan melebih-lebihkan kesalahan, ketakutan, atau ketidaksempurnaan dirinya. Pengecilan yaitu individu akan mengecilkan nilai dari kemampuan dirinya sehingga kemampuan yang dimilikinya tampak menjadi kecil dan tidak berarti. Jika individu membesar-besarkan ketidaksempurnaan dirinya serta mengecilkan kemampuannya, maka individu akan merasa dirinya rendah dan tidak berarti. Contoh seorang membuat masakan hangus, dia mengatakan “Saya sudah membuat makan malam kita hangus, ini membuktikan bahwa saya benar-benar tidak memiliki kemampuan”.
- 2.3.7 Penalaran Emosional (*emotional reasoning*). Individu menggunakan emosinya sebagai bukti untuk kebenaran yang dikehendaknya. Penalaran emosional akan menyesatkan sebab perasaan individu adalah yang menjadi cermin pemikiran serta keyakinannya, bukan kondisi yang sebenarnya. Contoh seorang wanita muda menyimpulkan “Teman-temanku tidak lagi menyukaiku” karena dia tidak menerima undangan ulang tahun.
- 2.3.8 Pernyataan “Harus” (*should statements*). Individu mencoba memotivasi diri sendiri dengan mengatakan “Saya harus melakukan pekerjaan ini”. Pernyataan tersebut menyebabkan individu merasa tertekan, sehingga menjadi tidak termotivasi. Bila individu menunjukkan pernyataan “harus” kepada orang lain, maka individu akan mudah frustrasi ketika mengalami kenyataan yang tidak sesuai dengan harapannya. Contoh “Saya akan gagal dan tidak lulus jika saya tidak mendapatkan nilai A untuk semua ujian saya”.

2.3.9 Memberi Cap dan Salah Memberi Cap (*labeling and mislabeling*). Memberi cap pribadi berarti menciptakan gambaran diri yang negatif yang didasarkan pada kesalahan individu. Ini merupakan bentuk ekstrim dari terlalu menggeneralisasi. Pemikiran dibalik distorsi kognitif ini adalah nilai individu terletak pada kesalahan yang dibuatnya, bukan pada kelebihan potensi dirinya. Salah memberi cap berarti menciptakan gambaran negatif didasarkan emosi yang dialami saat itu. Contoh “Saya harus terlihat sempurna pada setiap waktu, jika tidak maka teman-teman tidak akan mengizinkan saya untuk ikut bergabung dengan mereka”.

2.3.10 Personalisasi (*personalization*). Individu merasa bertanggung jawab atas peristiwa negatif yang terjadi, walaupun sebenarnya peristiwa bukan merupakan kesalahan dirinya. Jadi, individu memandang dirinya sebagai penyebab dari suatu peristiwa yang negatif, yang dalam kenyataan sebenarnya bukan individu yang harus bertanggung jawab terhadap peristiwa tersebut. Contoh “Bos mengatakan bahwa produktivitas perusahaan menurun pada tahun ini, saya tahun sebenarnya dia membicarakan saya”.

2.3.1 Tujuan CBT

Pemberian CBT pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi bertujuan agar klien memiliki pola pikir yang positif sehingga perilaku yang terlihat juga positif, akhirnya dengan CBT diharapkan klien mampu mengatasi masalah yang timbul dengan cara yang konstruktif. Burn (1980) menyatakan tujuan dilakukannya CBT adalah untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi. Stuart (2009) menambahkan tujuan *cognitive behaviour therapy* adalah untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu.

2.3.2 Indikasi CBT

Cognitive behaviour therapy diberikan kepada individu dengan indikasi gangguan klinis khusus seperti : depresi, ansietas, panik, agoraphobia, sosial phobia, bulemia, *obsessive compulsive disorder*, PTSD, psikosis, marah, distress HIV, masalah keluarga, kelainan fungsi seksual, kerusakan personality (Royal College of Psychiatri, 2005 & FIK-UI, 2009). Fauziah (2009) menyatakan CBT dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan. Kemampuan kognitif klien meningkat secara bermakna sebesar 90% dan perilaku sebesar 98%.

CBT selain diberikan pada klien perilaku kekerasan juga efektif dilakukan pada klien dengan halusinasi. Birchwood (2009) membuktikan bahwa pemberian CBT dapat mengurangi kepercayaan klien terhadap kekuatan halusinasi sehingga efektivitas interpersonal meningkat. Wahyuni (2010) juga menyatakan bahwa *cognitive behavior therapy* (CBT) dapat menurunkan gejala halusinasi sebesar 34,5%, sedangkan kemampuan mengontrol halusinasi meningkat hingga 62,6 %.

2.4 Teori *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT)

Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) ditemukan oleh Albert Ellis, merupakan suatu terapi yang digunakan untuk menangani orang yang mengalami kesulitan untuk membiasakan diri dalam mengendalikan emosi. Elis (1974 dalam Yustinus, 2006) menyatakan jarang manusia beremosi tanpa berpikir sebab perasaan-perasaan biasanya dicetuskan oleh persepsi terhadap suatu situasi yang khusus. REBT pada prinsipnya untuk merubah pikiran yang tidak rasional (irrasional) menjadi pikiran yang rasional sehingga menghasilkan emosi dan perilaku yang dapat diterima oleh orang lain secara umum. Penelitian yang dilakukan oleh Johan Rieckert (2000) terhadap 28 orang wanita yang mempunyai riwayat seksual abuse pada masa kanak-kanak, menyatakan terapi REBT secara signifikan dapat mengurangi depresi, kecemasan, kemarahan, perasaan bersalah dan harga diri rendah.

Rational Emotif Behaviour Therapy (REBT) awalnya disebut *Rational Therapy* (Terapi Rasional) kemudian berubah menjadi *Rational Emotive Therapy* (Terapi rasional dan emosi) dan akhirnya pada awal tahun 1990an menjadi *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT). *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) berdasar pada konsep bahwa emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses pikir (Froggatt, 2005). Reaksi emosional seseorang sebagian besar disebabkan oleh evaluasi, interpretasi, dan filosofi yang disadari maupun tidak disadari. Albert Ellis menyatakan manusia pada dasarnya adalah unik dan memiliki kecenderungan untuk berpikir rasional maupun irrasional. Maulsby (1975 dalam Kazantzis, Reinecke, & Freeman, 2010) mendefinisikan tiga jenis keyakinan yang irasional yaitu: keyakinan yang tidak sesuai dengan logika, tidak konsisten dengan kenyataan secara empiris, atau keyakinan yang tidak sesuai dengan tujuan hidup.

Froggatt (2005) menyatakan REBT menjelaskan tentang sebab akibat biopsikososial yang merupakan kombinasi dari faktor biologis, psikologis dan sosial yang mempengaruhi perasaan dan perilaku seseorang. REBT memandang bahwa emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses pikir tentang apa yang mereka pikirkan, asumsikan dan yakini tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungannya, dimana hal tersebut banyak dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis dan sosial budaya. Respon yang muncul dapat terlihat dari cara individu merasakan dan bertindak terhadap masalah yang dihadapinya.

Kunci dari teori Albert Ellis yaitu *Antecedent event (A)*, *Belief (B)*, dan *emotional Consequence (C)*. Kerangka pilar ini yang kemudian dikenal dengan konsep atau teori ABC (Froggatt, 2005).

a. *Antecedent event (A)* yaitu seluruh peristiwa luar yang dialami atau terpapar pada individu. Peristiwa pendahulu yang berupa fakta, kejadian, tingkah laku, atau sikap orang lain. Perceraian suatu keluarga, kelulusan

bagi siswa, dan seleksi masuk bagi calon karyawan merupakan antecedent event bagi seseorang.

b. *Belief* (B) yaitu keyakinan, pandangan, nilai, atau verbalisasi diri individu terhadap suatu peristiwa. Keyakinan seseorang bisa bersifat rasional ataupun irasional. Keyakinan yang rasional akan membuat seseorang berpikir logis dan mudah diterima akal sehat, sedangkan keyakinan yang irasional akan membuat orang tersebut berpikir tidak logis dan cenderung emosional.

c. *Emotional consequence* (C) merupakan konsekuensi emosional sebagai akibat atau reaksi individu dalam bentuk perasaan senang atau hambatan emosi dalam hubungannya dengan *antecedent event* (A). Konsekuensi emosional ini bukan akibat langsung dari (A) tetapi disebabkan oleh keyakinan individu (B) terhadap kejadian (A). Albert Ellis menambahkan ketika konsekuensi emosional telah mampu dikenali oleh klien maka pada praktiknya terapis harus melanjutkan dengan mengajarkan cara melawan keyakinan irasional yang terjadi yang disebut *dispute* (D). Kemampuan melawan (D) keyakinan irasional selanjutnya akan memberikan *effects* (E) psikologis positif sehingga akan terbentuk keyakinan baru yang bersifat rasional. Keyakinan klien yang baru ini akan memberikan kenyamanan emosi sehingga respon perilaku yang dihasilkan akan konstruktif.

Teori ABC dari Albert Ellis selalu menjadi dasar dalam setiap pelaksanaan REBT oleh praktisi. Dryden et al. (2003, dalam Kazantzis, Reinecke, Freeman 2010) telah mengidentifikasi 13 langkah dalam pelaksanaan sesi REBT agar hasil yang dicapai optimal, yaitu : 1) Menanyakan masalah yang dialami klien 2) Menepakati tujuan terapi 3) Mengkaji konsekuensi emosional dan perilaku 4) Mengkaji *antecedent event* (A) 5) Mengkaji adanya masalah-masalah emosional 6) Mengajarkan hubungan antara *belief* (B) dengan *emotional consequence* (C) 7) Mengkaji adanya keyakinan yang irasional 8) Menghubungkan keyakinan irasional dengan gangguan emosi dan

keyakinan yang rasional dengan emosi yang tidak terganggu 9) Mencegah keyakinan irasional dengan memandang segalanya secara logis, empiris, penuh kelucuan, membentuk alternatif keyakinan yang rasional 10) Menyiapkan klien untuk membentuk keyakinan yang rasional 11) Mendorong klien untuk melatih apa yang telah dipelajari dengan memberikan pekerjaan rumah (PR) 12) Mengevaluasi pekerjaan rumah (PR) 13) Memfasilitasi proses pelaksanaan latihan.

2.4.1 Indikasi Penerapan REBT

REBT telah berhasil membantu individu yang memiliki masalah klinis diantaranya: depresi, gangguan kecemasan (obsesif kompulsif, agoraphobia, agora spesifik, general ansietas dan *post traumatic*), gangguan makan, adiksi, gangguan kontrol impuls, manajemen marah, perilaku antisosial, gangguan personal, kekerasan seksual, gangguan fisik atau gangguan mental, manajemen stress, manajemen nyeri dan gangguan perilaku pada anak dan dewasa serta masalah hubungan dalam keluarga.

2.5 Aplikasi *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT)

Pelaksanaan terapi *cognitive behaviour therapy* berdsarkan modul yang telah dikembangkan oleh Erwina (2010) dan *rational emotive behaviour therapy* oleh Putri (2010) masing-masing dibagi kedalam 5 sesi. Penelitian ini yang memadukan kedua terapi di atas dalam pelaksanaannya dimodifikasi kedalam 8 kali pertemuan yaitu:

- a. Pertemuan I REBT sesi 1: Identifikasi kejadian dan respon terhadap kejadian : perasaan dan perilaku yang muncul, mengukur perasaan dengan termometer perasaan.
- b. Pertemuan II CBT sesi 1: Mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif melawan satu pikiran negatif.
- c. Pertemuan III CBT sesi 2: Melawan pikiran negatif yang kedua.

- d. Pertemuan IV REBT sesi 2: Mengidentifikasi dan melawan keyakinan *irrational* serta menerapkan perilaku baru terhadap kejadian I.
- e. Pertemuan V REBT sesi tiga: latihan melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian yang kedua.
- f. Pertemuan VI CBT sesi 3: Mengubah perilaku negatif.
- g. Pertemuan VII CBT sesi 4: Latihan melawan pikiran dan mengubah perilaku negatif.
- h. Pertemuan VIII CBT sesi 5: Mempertahankan pikiran positif, perilaku adaptif dan mencegah kekambuhan; REBT sesi 4: Mengevaluasi kemampuan klien dan mencegah kekambuhan.

Penjabaran tentang pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy* pada penelitian ini dapat dilihat dalam modul.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian.

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 BAB II, yaitu tentang skizofrenia, perilaku kekerasan, halusinasi, *cognitive behaviour therapy* (CBT), dan *rational emotive behaviour therapy* (REBT).

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Stuart & Laraia (2005) menyatakan skizofrenia dapat disebabkan oleh faktor biologis seperti genetik, neurotransmitter, neurobiologi, perkembangan saraf otak dan teori-teori virus; faktor psikologis seperti pola asuh orang tua terhadap anak didalam keluarga; faktor sosial seperti sosiokultural: pengangguran, ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar, kesulitan dalam mempertahankan hubungan interpersonal dan kontrol sosial.

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan secara verbal atau fisik (Stuart & Laraia, 2005). Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera (Townsend, 2005). Perilaku kekerasan sering terjadi akibat isi halusinasi yang berupa perintah untuk melukai dirinya sendiri atau orang lain (Rogers dkk, 1990 dalam Birchwood, 2009). Faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia dapat dijelaskan berdasarkan model adaptasi

Stuart (2009) yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan mekanisme coping. Faktor predisposisi meliputi: biologis, psikologis, dan sosial budaya.

Klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi tampak dari gejala yang ditunjukkan dan dapat dikenali baik secara fisik, emosional, kognitif, sosial, dan perilaku. Klien dengan perilaku kekerasan menunjukkan gejala fisik berupa: ketegangan tubuh, muka merah, pandangan tajam, nadi dan pernapasan meningkat (Rawlin 1993; Keliat, 1996). Townsend (1995) menambahkan gejala halusinasi akan tampak ekspresi wajah yang tegang dan berkeringat. Gejala emosional secara umum ditemukan pada klien perilaku kekerasan adalah jengkel, cepat marah, muram, lesu, cemas, suara keras, dan memaksa. Klien halusinasi menunjukkan rasa ketakutan, mudah tersinggung, jengkel, merasa curiga, dan mudah marah (Townsend, 1995).

Rawlin (1993) menyatakan secara kognitif gejala klien dengan perilaku kekerasan adalah: mudah bingung, penuh khayalan, senang membantah, menentang, mengancam secara verbal, dan merencanakan perilaku kekerasan yang akan dilakukan. Gejala yang tampak berupa pembicaraan kacau dan tidak masuk akal, tidak mampu membedakan yang nyata dengan yang tidak nyata (Townsend, 1995).

Gejala secara sosial pada klien perilaku kekerasan adalah menarik diri dari hubungan sosial, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor, mengabaikan hak orang lain (Keliat, 1996; Nihart, 1998; Stuart, 2009). Gejala yang tampak pada klien halusinasi meliputi: sikap curiga dan bermusuhan sehingga lama kelamaan klien akan menarik diri dari orang lain.

Perilaku yang tampak pada klien dengan perilaku kekerasan diantaranya: mondar mandir, tidak mampu duduk diam, merusak benda, melukai orang lain, gelisah (Stuart & Laraia, 2005; Townsend, 2009). Klien dengan halusinasi menunjukkan perilaku berupa: berbicara, senyum dan tertawa

sendiri, mengatakan mendengar suara, melihat, menghirup, mengecap dan merasa sesuatu yang tidak nyata, merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan, serta tidak melakukan perawatan diri seperti mandi, sikat gigi, ganti pakaian (Townsend, 1995).

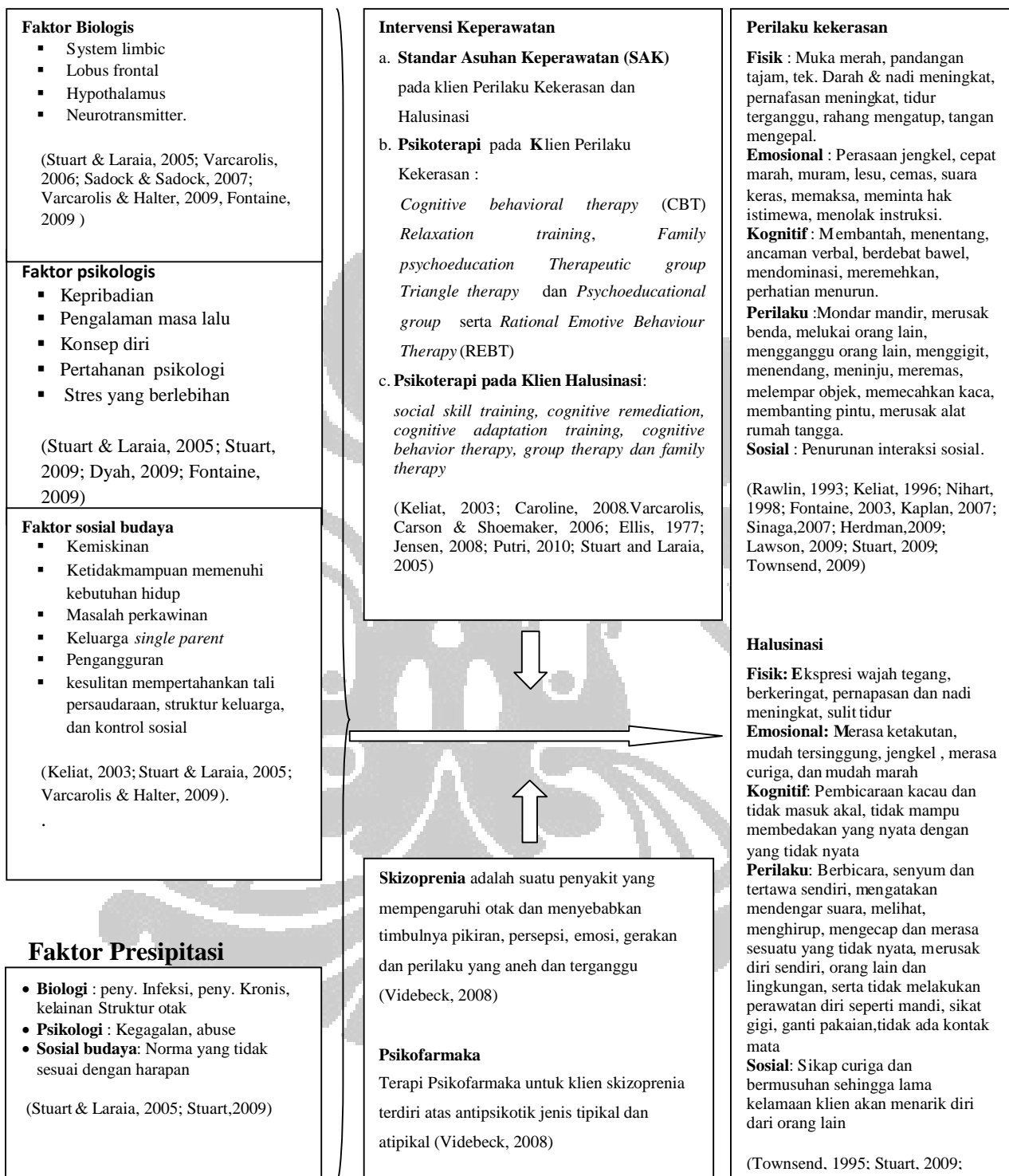
Klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi membutuhkan terapi psikofarmaka baik berupa antipsikotik jenis tipikal maupun atipikal yang biasa digunakan untuk klien skizofrenia. Tindakan keperawatan generalis diberikan berupa penerapan standar asuhan keperawatan (SAK) risiko perilaku kekerasan dan halusinasi (Keliat, 2003). Tindakan keperawatan spesialis pada klien dengan perilaku kekerasan adalah terapi kognitif, logoterapi, terapi realita dan psikoedukasi keluarga (Vedebeck, 2008). Tindakan keperawatan lainnya adalah *Cognitive behavioral therapy* (CBT), *Relaxation training*, *Family psychoeducation*, *Therapeutic group* (Stuart & Laraia, 2005). *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) juga efektif diberikan untuk menurunkan gejala perilaku kekerasan (Ellis, 1977; varcarolis, 2006; Putri 2010). Tindakan keperawatan spesialis untuk klien halusinasi adalah *social skill training*, *cognitive remediation*, *cognitive adaptation training*, *cognitive behavior therapy*, *group therapy* dan *family therapy* (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Granholt, dkk. (2005) menunjukkan bahwa *cognitive behavior therapy* yang diberikan pada skizofrenia kronis menunjukkan peningkatan kemampuan koping, mengevaluasi kemampuan yang salah, pencapaian kognitif insight yang baik, meningkatkan fungsi sosial, mengurangi gejala positif seperti halusinasi dan delusi, serta dapat menurunkan gejala negative skizoprenia. Turkington dkk (2006) juga menyatakan dengan pemberian CBT dapat menurunkan gejala skizofrenia secara efektif.

Gambaran kerangka teori penelitian dilakukan berdasarkan teori-teori yang sudah dijelaskan di atas dapat dilihat pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian

Faktor Predisposisi



3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini berdasarkan kerangka teori di atas terdiri atas 3 variabel yaitu variabel dependen, variabel independen dan variabel perancu (*Confounding*).

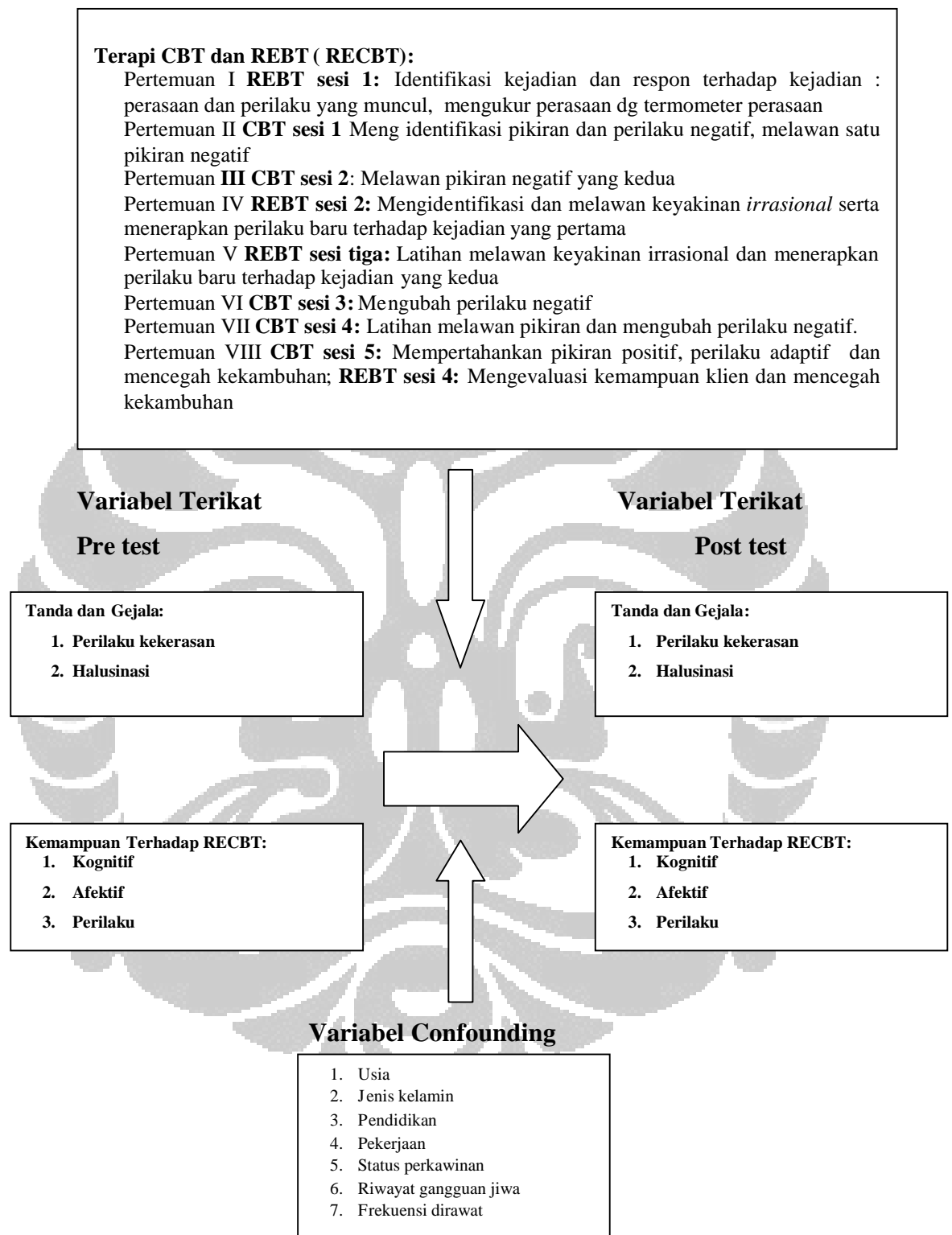
3.2.1 Variabel dependen atau variabel terikat pada penelitian ini adalah gejala perilaku kekerasan, gejala halusinasi, kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien setelah pelaksanaan CBT dan REBT. Gejala perilaku kekerasan dan halusinasi dinilai dari aspek fisik, emosi, kognitif, perilaku dan sosial. Aspek ini dinilai karena berdasarkan pengalaman klinik lebih mudah untuk mengenali gejala perilaku kekerasan dan halusinasi yang muncul pada klien dan membedakannya dengan masalah keperawatan lainnya. Kemampuan yang dinilai pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi meliputi: kemampuan kognitif, afektif dan perilaku, karena ketiga aspek ini mudah dikenali dan diamati sehingga mempermudah melakukan penilaian pada klien.

3.2.2 Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi CBT dan REBT yang digunakan sebagai intervensi kepada klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi. Gabungan kedua terapi tersebut bertujuan menurunkan gejala dari perilaku kekerasan maupun halusinasi yang dialami dan meningkatkan kemampuan secara kognitif, afektif dan perilaku terhadap terapi CBT dan REBT yang diberikan.

3.2.3 Variabel Perancu (Variabel *confounding*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi variabel dependen maupun variabel independen. Variabel perancu pada penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, riwayat gangguan jiwa, dan frekuensi dirawat karena gangguan jiwa.

Hubungan antara variable bebas, terikat dan perancu tersebut dapat dilihat pada skema 3.2.

Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian Variabel Intervensi



3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pertanyaan penelitian (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis ditarik dari serangkaian fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2002).

Hipotesis yang ditetapkan berdasarkan kerangka konsep penelitian tersebut di atas adalah sebagai berikut :

Ho : Tidak ada perubahan gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sesudah pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* dan *rational behaviour therapy*.

Ha : Ada perubahan gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sesudah pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* dan *rational behaviour therapy*.

Uraian hipotesis alternatif dalam penelitian ini adalah:

- 3.3.1. Ada perubahan gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien setelah diberikan daripada sebelum diberikan CBT dan REBT.
- 3.3.2. Perubahan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien yang mendapatkan *CBT* dan *REBT* lebih baik daripada klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT.
- 3.3.3. Ada kontribusi karakteristik klien (usia, jenis kelamin, riwayat pekerjaan, pendidikan terakhir, status perkawinan, riwayat gangguan jiwa, frekuensi dirawat) terhadap perubahan gejala dan kemampuan kognitive, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007). Definisi operasional berfungsi untuk

membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti (Notoatmodjo, 2010). Definisi operasional dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian yang dapat diuraikan sesuai tabel 3.1 sampai tabel 3.4.

Tabel 3.1

Definisi Operasional Karakteristik Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi (Variabel Confounding)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Usia	Umur responden sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan dari gender responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang ditempuh berdasarkan ijazah terakhir	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir responden	1. Rendah (SD – SMP) 2. Tinggi (SMU – PT)	Ordinal
4.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan responden untuk mendapatkan penghasilan	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
5.	Status perkawinan	Ikatan yang sah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan klien	1. Kawin 2. Tidak Kawin	Nominal
6.	Riwayat gangguan jiwa	Pengalaman gangguan jiwa yang dialami sebelum gangguan jiwa saat ini	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pengalaman gangguan jiwa yang dialami sebelumnya	1. Ada 2. Tidak ada	Nominal
7.	Frekuensi di rawat	Jumlah berapa kali klien dirawat dengan masalah gangguan jiwa	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang berapa kali klien dirawat di rumah sakit	1. 1 tahun 2. ≥ 2 tahun	Nominal

Tabel 3.2
Definisi Operasional Gejala Perilaku Kekerasan dan Halusinasi Klien (Variabel Dependen)

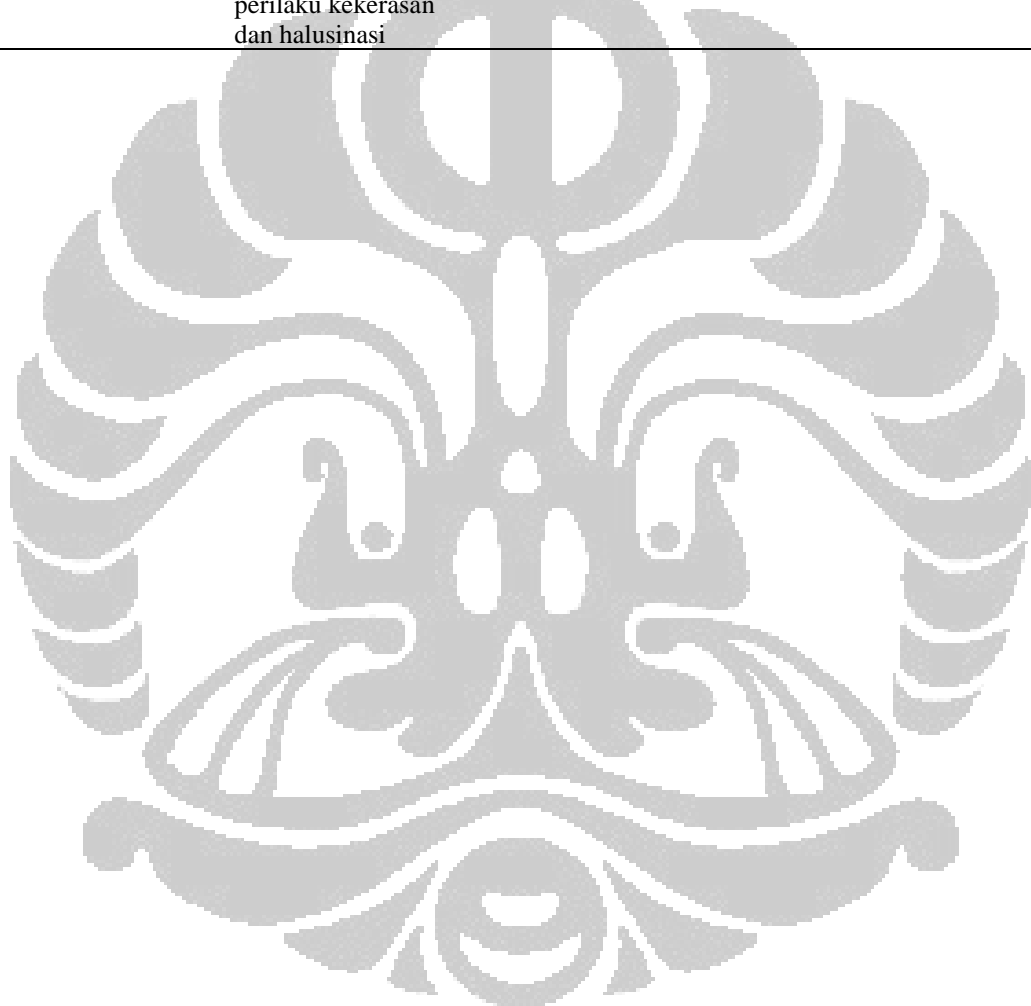
No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Gejala perilaku kekerasan dan halusinasi	Respon yang ditampilkan oleh klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi secara fisik, emosi, kognitif, perilaku, dan sosial.	Menggunakan kuesioner pengukuran gejala perilaku kekerasan (kuesioner B) untuk kognitif 6 pertanyaan, emosi 7 pertanyaan, perilaku 6 pertanyaan, sosial 7 pertanyaan. Pengukuran gejala halusinasi (kuesioner C), untuk kognitif, emosi, perilaku, dan sosial masing-masing 3 pertanyaan. Pengukuran gejala fisik perilaku kekerasan dan halusinasi (lembar observasi I) 10 pertanyaan	Skor Gejala perilaku kekerasan (kognitif 6-24, emosi 7-28, perilaku 6-24, sosial 7-28, fisik 5-10). Skor gejala halusinasi (kognitif, emosi, perilaku, dan sosial masing-masing 3-12 sedangkan fisik 5-10)	Interval

Tabel 3.3
Definisi Operasional Kemampuan RECBT Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi (Variabel Dependen)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Kemampuan terhadap CBT dan REBT	Kemampuan kognitif, afektif dan perilaku yang ditampilkan klien terhadap terapi CBT dan REBT yang diberikan.	Menggunakan kuesioner D (kognitif 25, pertanyaan, afektif 22 pertanyaan, perilaku 23 pertanyaan) Lembar observasi II 20 pertanyaan	Skor kemampuan (kognitif 25-80, afektif 22-80, perilaku 23-80)	Interval

Tabel 3.4
Definisi Operasional Terapi CBT dan REBT (Variabel Independen)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	CBT dan REBT	Kegiatan terapi yang digunakan untuk merubah pikiran, emosi, dan perilaku yang negatif pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi	Buku catatan harian klien dan raport hasil evaluasi pelaksanaan CBT dan REBT	1. Dilakukan 2. Tidak dilakukan	Nominal



BAB 4

METODE PENELITIAN

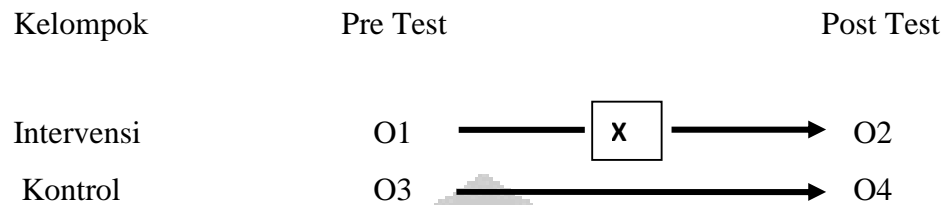
Bab ini akan menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan analisa data.

4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah “*Quasi Experimental Pre-Post Test with Control Group*” dengan intervensi *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui penurunan gejala dan peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan CBT dan REBT. Penelitian ini membandingkan dua kelompok klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi yang sedang di rawat di ruang rawat inap rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor, yaitu kelompok intervensi (kelompok yang diberikan CBT dan REBT) dan kelompok kontrol (kelompok yang tidak diberikan CBT dan REBT).

Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat Bungin (2010) yang menyatakan penelitian eksperimen bertujuan menjelaskan hal-hal yang terjadi diantara variabel-variabel tertentu melalui upaya manipulasi atau pengontrolan variabel-variabel tersebut agar ditemukan hubungan, pengaruh, atau perbedaaan salah satu atau lebih variabel. Penggunaan desain ini diharapkan mampu menggambarkan efektivitas CBT dan REBT terhadap perubahan gejala dan kemampuan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan dan halusinasi. Skema pelaksanaan tergambar dalam bagan di bawah ini.

Skema 4.1
Rancangan Penelitian



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).
- O₁ : Gejala dan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien sebelum pelaksanaan terapi CBT dan REBT pada kelompok intervensi.
- O₂ : Penurunan gejala dan peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien pada kelompok intervensi sesudah mendapatkan perlakuan (intervensi) *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).
- O₃ : Gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan (intervensi) *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).
- O₄ : Penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan (intervensi) *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).
- O₂ - O₁ : Penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan perlakuan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).

- O₄-O₃ : Penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).
- O₂-O₄ : Perbandingan penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu. Subyek dapat berupa manusia, hewan coba, data laboratorium dan lain-lain, sedangkan karakteristik subyek ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi yang berada di ruang rawat inap rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor sebanyak 126 orang (Laporan praktik mahasiswa aplikasi 2 dan residensi 2, Januari 2011)

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Sastroasmoro dan Ismael (2008) menyatakan sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dapat dianggap mewakili populasinya. Sampel penelitian ini adalah klien dengan skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi, dimana kriteria inklusinya adalah :

- a. Usia 18 – 55 tahun
- b. Alasan masuk rumah sakit karena perilaku kekerasan (mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan) dan halusinasi dengar
- c. Klien tidak dalam keadaan berhalusinasi dan perilaku kekerasan aktif
- d. Klien bersedia menjadi responden

- e. Klien dapat membaca dan menulis
- f. Klien mempunyai diagnosa medis skizofrenia
- g. Klien sudah mendapatkan terapi generalis minimal mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan napas dalam, pukul bantal atau kasur, secara verbal dan sosial. Klien juga sudah mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas tertentu.

4.2.2.1 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda rerata 2 kelompok independen dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2010):

$$n_1 = n_2 = \left\{ \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}] \cdot S}{(X_1 - X_2)} \right\}^2$$

Keterangan:

N : Besar sampel

Z_{α} : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % ($\alpha = 0,05$), maka $Z_{\alpha} = 1,96$

Z_{β} : Bila $\alpha = 0,05$ dan power = 80% maka $Z_{\beta} = 0,842$

S : Simpangan baku dua kelompok penelitian terdahulu = 9.2 (Putri, 2010)

$X_1 - X_2$: Perbedaan klinis yang diinginkan (*clinical judgment*)

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

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

$n_1 = n_2 = 27,10$ dibulatkan menjadi 27

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 27 responden untuk setiap kelompok.

Dalam studi quasi eksperimental ini, 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 & Ismael, 2010) ini adalah :

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

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Besar sampel yg dihitung

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

maka :

$$n' = \frac{27}{(1 - 0,1)}$$

$$n' = 30,00$$

Jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini berdasarkan rumus di atas adalah 30 responden untuk setiap kelompok. Pada saat pelaksanaan penelitian jumlah sampel secara keseluruhan adalah 60 orang yang terdiri dari 30 orang kelompok intervensi dan 30 orang kelompok kontrol.

4.2.2.2 Teknik Pengambilan Sampel

Metode sampling adalah suatu proses bagaimana menata berbagai teknik dalam penarikan atau pengambilan sampel penelitian serta merancang tata cara pengambilan sampel agar menjadi sampel yang representatif (Bungin, 2010). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam

penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. Pengambilan sampel secara purposive didasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010).

Peneliti terlebih dahulu memilih secara random 8 ruangan yang homogen kelas perawatannya untuk dijadikan tempat pengambilan sampel baik untuk kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Ruangan yang dipilih yaitu Yudistira, Sadewa, Antareja, Bratasena, Gatot Kaca, Dewi Amba, Arimbi, dan Utari. Peneliti menggunakan total sampel yang memenuhi kriteria inklusi penelitian yang ada di setiap ruangan sampai jumlah sampel yang dibutuhkan terpenuhi yaitu sebanyak 60 orang. Total sampel yang diperoleh di masing-masing ruangan sesuai tabel 4.1.

Tabel 4.1
Distribusi Responden di Masing-Masing Ruang Rawat Inap
RSMM Bogor Tahun 2011

No.	Ruangan	Intervensi (Orang)	Kontrol (Orang)	Jumlah (Orang)	Jumlah (%)
1.	Yudistira	8	8	16	26.67
2.	Sadewa	4	4	8	13.33
3.	Antareja	5	5	10	16.67
4.	Bratasena	4	4	8	13.33
5.	Gatot Kaca	3	3	6	10.00
6.	Dewi Amba	2	2	4	6.67
7.	Arimbi	1	1	2	3.33
8.	Utari	3	3	6	10.00
	Jumlah	30	30	60	100

Ruang Yudistira dan Sadewa masing-masing dilakukan dua kali pengambilan sampel yaitu minggu keempat April 2011 dan minggu keempat Mei 2011. Ruang Antareja, Bratasena, Gatot Kaca, Dewi Amba, Arimbi, dan Utari dilakukan satu kali pengambilan sampel. Ruang

Yudistira dan Sadewa dilakukan dua kali pengambilan sampel karena penelitian diawali dari ruangan tersebut, karena hingga ruang kedelapan sampel belum cukup maka peneliti kembali ke ruangan pertama dan kedua.

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai 26 April 2011 sampai dengan 10 Juni 2011 di ruang rawat inap rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor, diantaranya: ruang Sadewa, Yudistira, Bratasena, Gatot Kaca, Dewi Amba, Antareja, Utari, dan Arimbi. Rumah Sakit Marzoeki Mahdi dipilih sebagai tempat penelitian karena merupakan rumah sakit tipe A untuk bagian psikiatri dan menjadi tempat praktik mahasiswa keperawatan kekhususan keperawatan jiwa. Tenaga keperawatan di RSMM sudah dilatih Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) sehingga terapi generalis perilaku kekerasan dan halusinasi sudah diberikan kepada klien sesuai standar asuhan keperawatan (SAK).

4.4 Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan tetap berupaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian, oleh karena itu sebelum penelitian ini dilakukan peneliti telah melalui serangkaian proses uji kelayakan penelitian. Uji kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang dilaksanakan pada tanggal 4 April 2011, Surat Keterangan lolos uji Etik (lampiran 13). Modul yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* yang telah diujikan melalui *uji expert validity* (lampiran 14). Kemampuan peneliti dalam melakukan terapi REBT telah diuji melalui *uji kompetensi* (lampiran 15). Uji *expert validity* dan uji kompetensi dilakukan oleh para pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti meyakinkan bahwa responden mendapatkan hak-hak sebagai pertimbangan etika penelitian sebagai berikut: 1) *Self determination*, yaitu responden diberi kebebasan menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela dengan menanda tangani surat pernyataan persetujuan (*informed consent*). Responden yang bersedia ikut dalam kegiatan penelitian ini menandatangani surat persetujuan (*informed consent*) yang sudah disediakan. 2) *Privacy*, yaitu responden dijaga kerahasiaannya dimana informasi yang didapat dari mereka hanya untuk penelitian ini dan tidak disebarluaskan pada orang lain. 3) *Anonymity*, yaitu selama kegiatan penelitian nama responden tidak digunakan dan diganti dengan menggunakan nomor responden. Selama penelitian ini responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan nomor responden. 4) *Confidentiality*, yaitu peneliti menjaga rahasia identitas responden dan informasi yang diberikan dan jika data tersebut sudah selesai digunakan, maka akan dimusnahkan. 5) *Protection*, yaitu responden bebas dari rasa tidak nyaman, intervensi dilakukan berdasarkan kesepakatan antara peneliti dan responden sehingga responden bisa merasa bebas menentukan waktu pertemuan dan tempat pertemuan dengan peneliti. Peneliti memaksimalkan hasil penelitian agar bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal yang merugikan (*maleficence*) bagi klien.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi untuk mengidentifikasi data demografi responden, perilaku kekerasan dan halusinasi klien serta kemampuannya dalam mengikuti terapi CBT dan REBT. Pengukuran data demografi menggunakan kuesioner A, perilaku kekerasan menggunakan kuesioner B dan lembar observasi I. Pengukuran halusinasi menggunakan kuesioner C dan lembar observasi I dan pengukuran kemampuan terapi menggunakan kuesioner D dan lembar observasi II.

4.5.1 Data Demografi Responden

Data demografi responden merupakan kuesioner untuk mendapatkan gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien yang terdiri dari usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, riwayat gangguan jiwa dan frekuensi dirawat. Pengambilan data ini menggunakan lembar **kuesioner A** yang terdiri dari 7 pertanyaan dengan cara mengisi pada pilihan jawaban yang tersedia terkait dengan karakteristik responden.

4.5.2 Pengukuran Perilaku Kekerasan

Pengukuran perilaku kekerasan menggunakan kuesioner B dan lembar observasi. Kuesioner B untuk mengukur perubahan gejala perilaku kekerasan pada klien yang meliputi kognitif, emosi, perilaku, fisiologis dan sosial. Kuesioner ini merupakan kuesioner skala pengungkapan emosi marah yang digunakan oleh Putri (2010), terdiri atas 6 pertanyaan untuk kognitif, 7 pertanyaan untuk emosi, 7 pertanyaan untuk sosial, dan 6 pertanyaan untuk perilaku klien terhadap situasi yang dihadapinya, sehingga berjumlah 26 pertanyaan. Instrumen ini menggunakan skala Likert dengan skor 1-4 dan rentang nilai 26-104 yang diisi secara langsung oleh responden dengan bimbingan peneliti. Pengukuran respon fisiologis menggunakan lembar observasi I yaitu pertanyaan no 1-5 dengan skor 1-2 dan rentang nilai 5-10. Instrumen yang digunakan adalah lembar Observasi respon fisiologis (Wahyuningsih, 2009). Lembar observasi ini diisi oleh peneliti.

Peneliti selanjutnya mengkatagorikan setiap aspek yang ada dalam kuesioner dan lembar observasi dengan rentang nilai rendah, sedang dan tinggi. Aspek kognitif nilai minimal 6 dan maksimal 24 dengan rentang : rendah 6 – 12, sedang 13 – 18, tinggi 19 – 24. Aspek emosi nilai minimal 7 dan maksimal 28 dengan rentang : rendah 7 – 14, sedang 15 – 21, tinggi 22 – 28. Aspek perilaku nilai minimal 6 dan maksimal 24 dengan rentang : rendah 6 – 12, sedang 13 – 18, tinggi 19 – 24. Aspek sosial nilai minimal 7

dan maksimal 28 dengan rentang: rendah 7 – 14, sedang 15 – 21, tinggi 22 – 28. Aspek fisik / fisiologis nilai minimal 5 dan maksimal 10 dengan rentang : rendah 5 – 6, sedang 7 – 8, tinggi 9 – 10. Komposit / kumulatif tiap aspek nilai minimal 31 dan maksimal 114 dengan rentang : rendah 31 – 58, sedang 59 – 86, dan tinggi 87 – 114.

4.5.3 Pengukuran Gejala Halusinasi

Pengukuran gejala halusinasi menggunakan kuesioner C yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan memperhatikan konsep teori yang digunakan. Kuesioner ini mengukur respon kognitif, emosi, perilaku dan sosial yang terdiri dari 12 pertanyaan dengan skor 1-4 dan rentang nilai 12-48. Kuesioner ini diisi langsung oleh responden. Pengukuran respon fisiologis menggunakan lembar observasi I yang berjumlah 5 pernyataan yaitu pernyataan 6-10 dengan skor 1-2 dan rentang nilai 5-10. Lembar observasi ini diisi oleh peneliti.

Kuesioner dan lembar observasi pengukuran gejala halusinasi setiap aspek pertanyaan juga dibuat katagori dengan rentang nilai rendah, sedang dan tinggi. Aspek kognitif nilai minimal 3 dan maksimal 12 dengan rentang: rendah 3 – 5, sedang 6 – 8, tinggi 9 – 12. Aspek emosi nilai minimal 3 dan maksimal 12 dengan rentang: rendah 3 – 5, sedang 6 – 8, tinggi 9 – 12. Aspek perilaku nilai minimal 3 dan maksimal 12 dengan rentang: rendah 3 – 5, sedang 6 – 8, tinggi 9 – 12. Aspek sosial nilai minimal 3 dan maksimal 12 dengan rentang: rendah 3 – 5, sedang 6 – 8, tinggi 9 – 12. Aspek fisik / fisiologis nilai minimal 5 dan maksimal 10 dengan rentang : rendah 5 – 6, sedang 7 – 8, tinggi 9 – 10. Komposit / kumulatif tiap aspek nilai minimal 17 dan maksimal 68 dengan rentang : rendah 17 – 34, sedang 35 – 51, dan tinggi 52 – 68.

4.5.4 Pengukuran Kemampuan terhadap Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy

Pengukuran kemampuan terhadap terapi CBT dan REBT menggunakan kuesioner D dan lembar observasi II. Kuesioner D dibuat oleh peneliti berdasarkan konsep *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy*. Kuesioner ini terdiri dari 50 pernyataan dengan skor 1-4 dan rentang nilai 50-200 yang mencakup kemampuan kognitif, afektif dan perilaku. Lembar observasi II terdiri dari 20 pernyataan yang menggunakan skor 1-2 dan rentang nilai 20-40. Kuesioner D dan lembar observasi II diisi oleh peneliti berdasarkan respon klien sebelum dan sesudah mendapatkan terapi CBT dan REBT.

Berdasarkan daftar pertanyaan dan nilai pembobotan dalam kuesioner kemampuan klien perilaku kekerasan dan halusinasi pada penelitian ini, rata-rata kemampuan klien setiap aspek memiliki nilai minimal dan maksimal dan masing-masing dibuat rentang menjadi tingkat rendah, sedang dan tinggi. Kemampuan kognitif klien memiliki nilai minimal 25 dan maksimal 76 dengan rentang : rendah 25 – 41 ; sedang 42 – 59; tinggi 60 - 76. Kemampuan afektif memiliki nilai minimal 22 dan maksimal 80 dengan rentang : rendah 22 – 41 ; sedang 42 – 60 ; tinggi 61 – 80. Kemampuan psikomotor memiliki nilai minimal 23 dan maksimal 80 dengan rentang : rendah 23 – 41 ; sedang 42 – 60 ; tinggi 61 – 80. Komposit / kumulatif kemampuan tiap aspek memiliki nilai minimal 70 dan maksimal 240 dengan rentang : rendah 70 – 126 ; sedang 127 – 183 ; tinggi 184 – 240. Kemampuan klien PK yang disertai HDR semakin meningkat semakin baik.

4.6 Uji Coba Instrumen

Instrumen penelitian yang digunakan tidak semuanya dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena sudah pernah digunakan pada penelitian sebelumnya dan hasilnya valid dan reliabel. Instrumen yang dilakukan uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini adalah kuesioner pengukuran gejala halusinasi

(kuesioner C) yang dilakukan kepada 10 orang responden yang berada di tempat berbeda. Uji coba ini dilakukan pada responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan kriteria inklusi penelitian ini.

Uji validitas pengukuran gejala halusinasi (kuesioner C) menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Berdasarkan uji korelasi *Pearson Product Moment*, hasil dikatakan valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected item – total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007). Uji validitas ini pada tingkat kemaknaan 5%, maka pernyataan tersebut dinyatakan valid, namun apabila lebih rendah maka dinyatakan tidak valid. Dari 12 pertanyaan untuk mengukur gejala halusinasi diperoleh 12 item pertanyaan valid dengan r hasil $> r$ tabel (0.632).

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *Internal Consistency* yang dilihat pada nilai *Alpha Cronbach*, dimana jika nilai koefisien reabilitas r mendekati 1, maka setiap skor responden dapat dipercaya atau *reliable*. Dari 12 skor pertanyaan setelah uji reliabilitas maka diperoleh nilai *Alpha Cronbach* = 0.805 $>$ 0.632 sehingga semua item pertanyaan tentang gejala halusinasi dinyatakan *reliable*.

Kuesioner kemampuan terhadap terapi CBT dan REBT (kuesioner D) dan observasi kemampuan CBT dan REBT (lembar observasi II) hanya dilakukan *uji content* dengan pakar yaitu Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.AppSc. dan instrumen tersebut dinyatakan layak karena semua item pertanyaan sesuai dengan sesi-sesi yang ada dalam terapi CBT dan REBT. Instrumen untuk mengukur perilaku kekerasan adalah instrumen yang dikembangkan oleh peneliti sebelumnya yang sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas : Uji

validitas 26 item pernyataan valid yaitu r hasil $>$ r table (0.413). Uji reliabilitas : Instrumen dinyatakan realibel jika koefisien *Alpha Cronbach* lebih besar dari nilai standar 0.6 ($\text{Alpha} \geq 0.6$). Hasil uji ditemukan nilai Alpha (0.765) lebih besar dibandingkan dengan nilai 0.6 maka 26 pernyataan dinyatakan *reliable*.

4.7 Prosedur Pelaksanaan Penelitian

4.7.1 Tahap Persiapan

Persiapan pelaksanaan penelitian tentang efektivitas CBT dan REBT terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi di RSMM Bogor diawali dengan pengurusan perizinan penelitian dengan menyertakan proposal penelitian yang sudah disetujui pembimbing dan surat pernyataan lolos uji etik. Peneliti kemudian menemui kepala ruangan dan katim untuk menjelaskan tujuan penelitian, lama penelitian dan intervensi yang akan dilakukan kepada klien yang dijadikan responden setelah ada surat edaran dari Diklit RSMM Bogor ke 8 ruangan yang akan dijadikan tempat penelitian. Ruangan yang digunakan diantaranya Sadewa, Yudistira, Arimbi, Utari, Gatot Kaca, Bratasena, Antareja, dan Dewi Amba.

Peneliti bersama dua orang peneliti lainnya yang sama-sama sedang melakukan penelitian sejenis menyamakan persepsi tentang prosedur, cara pengambilan data dan waktu pengumpulan data untuk mempermudah pengumpulan data. Uji *interrater reliability* antara peneliti dan dua orang peneliti lainnya tidak dilakukan karena sudah dianggap memiliki pemahaman yang sama mengenai kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini. Klien baik kelompok intervensi maupun kontrol yang sudah terpilih selanjutnya diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan, dampaknya terhadap klien dan pelayanan keperawatan di rumah sakit secara berkelompok.

Penjelasan dilanjutkan dengan meminta kesediaan klien untuk menjadi responden dalam penelitian dengan menandatangani *informed concern*.

Penandatanganan *informed concern* yang rencananya dengan meminta persetujuan keluarga tidak bisa dilakukan karena peneliti tidak bertemu dengan keluarga klien. Peneliti kemudian meminta persetujuan dari kepala ruangan untuk mewakili keluarga dan bila keluarga berkunjung ke rumah sakit maka kepala ruangan akan menjelaskan bahwa klien telah berperan serta dalam penelitian ini.

4.7.2 Tahap Pelaksanaan

Peneliti mengawali pelaksanaan terapi dengan melakukan *pre test* pada klien baik yang menjadi kelompok intervensi maupun kontrol dengan cara meminta klien untuk mengisi kuesioner tentang data demografi, respon pengungkapan marah, dan respon pengungkapan halusinasi. Pengukuran gejala perilaku kekerasan dan halusinasi secara fisik dilakukan dengan mengobservasi kondisi klien saat itu dan mengukur tanda-tanda vital seperti tekanan darah, pernapasan, dan nadi. Hasil pengamatan dan pengukuran selanjutnya dimasukkan ke dalam lembar observasi. *Pre test* dilakukan secara individu pada setiap klien yang dijadikan responden. Setelah dilakukan *pre test* maka peneliti melakukan kontrak pertemuan dengan klien yang menjadi kelompok intervensi.

Pertemuan peneliti dengan kelompok intervensi untuk melaksanakan terapi CBT dan REBT secara individu. Peneliti sebelumnya memastikan bahwa klien sudah mendapatkan terapi generalis baik perilaku kekerasan maupun halusinasi minimal sudah mampu mengenal penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dampak perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, latihan fisik dengan napas dalam, latihan fisik dengan memukul bantal atau kasur, dan mengungkapkan marah secara verbal untuk masalah perilaku kekerasan.

Klien juga minimal sudah mampu mengenal halusinasi, mampu menghardik halusinasi, mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan aktivitas tertentu untuk mengatasi masalah halusinasi. Pelaksanaan kedua

terapi tersebut disepakati dengan klien sebanyak delapan kali pertemuan. Klien yang tergabung dalam kelompok kontrol dilakukan validasi dan evaluasi terhadap kemampuan klien menggunakan terapi generalis dalam mengontrol perilaku kekerasan dan halusinasi yang dilakukan oleh perawat ruangan sesuai standar asuhan keperawatan (SAK).

Klien yang menjadi kelompok intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi CBT dan REBT dengan jumlah pertemuan sebanyak 8 kali. Pertemuan pertama dilakukan *Pre test*, kemampuan mengidentifikasi kejadian yang mengganggu dialami klien dan dampaknya terhadap perasaan dan perilaku klien (REBT sesi 1) dan diakhiri dengan mengevaluasi kemampuan sesi 1 REBT. Pertemuan kedua diawali dengan mengevaluasi kemampuan REBT sesi I, melakukan *pretest* kemampuan klien mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif serta upaya melawan pikiran negatif yang sudah dilakukan. Pertemuan dilanjutkan dengan melakukan latihan CBT sesi I : mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif serta melawan satu pikiran negatif. Pertemuan ketiga mengevaluasi kemampuan REBT sesi I dan CBT sesi I serta melatih CBT sesi II : melawan pikiran negatif kedua. Pertemuan keempat mengevaluasi CBT sesi I – II, REBT sesi I dan *pretest* kemampuan klien melawan keyakinan yang tidak nyata dilanjutkan dengan melatih REBT sesi II : melawan keyakinan yang tidak nyata yang pertama .

Pertemuan kelima mengevaluasi kemampuan CBT sesi I – II, REBT sesi I – II dan melatih REBT sesi III : melawan keyakinan yang tidak nyata kedua (berdasarkan identifikasi pada sesi II REBT). Pertemuan keenam mengevaluasi kemampuan CBT sesi I, II, REBT I, II, III dan melakukan *pretest* kemampuan klien melawan perilaku negatif dilanjutkan dengan melatih CBT sesi III : melawan perilaku negatif yang pertama. Pertemuan ketujuh mengevaluasi CBT sesi I, II, III, REBT sesi I, II, III dan melatih CBT sesi IV : membimbing klien latihan melawan perilaku negative yang kedua. Pertemuan ke delapan mengevaluasi kemampuan CBT sesi I, II, III,

IV, REBT sesi I, II, III dan melakukan *pretest* tentang kemampuan klien mencegah munculnya keyakinan, pikiran dan perilaku yang negative. Pertemuan dilanjutkan dengan melatih CBT sesi V : latihan mencegah munculnya pikiran dan perilaku negatif dan melatih REBT sesi IV : latihan mencegah muncul perasaan dan perilaku akibat keyakinan yang tidak nyata terhadap kejadian yang dialami. Pertemuan diakhiri dengan mengevaluasi kemampuan klien dalam mencegah kekambuhan.

Peneliti melaksanakan terapi CBT dan REBT ini setiap hari untuk 7-8 orang klien. Pelaksanaan terapi ini tidak banyak menghadapi kendala karena klien berperan secara aktif sesuai kesepakatan. Rata-rata klien dapat menyelesaikan semua sesi kedua terapi karena rata-rata memiliki latar belakang pendidikan paling banyak SMA dan sarjana. Responden dengan latar belakang pendidikan SD dan SMP mengalami sedikit hambatan yaitu saat latihan mengidentifikasi pikiran negatif (sesi 1 CBT) yang membutuhkan waktu lebih lama, selanjutnya berdasarkan kesepakatan waktunya ditambah 10 menit. Setelah diajak mendiskusikan tentang kejadian atau peristiwa yang mengganggu yang dialami dengan tambahan waktu 10 menit maka klien rata-rata mampu mengungkapkan pikiran negatif yang dialami.

Post test pengukuran gejala perilaku kekerasan dan halusinasi dilakukan pada hari kesembilan pertemuan dengan kelompok intervensi. *Post test* pada klien yang termasuk kelompok kontrol juga dilakukan pada hari yang bersamaan dengan pelaksanaan *post test* pada kelompok intervensi. Penelitian diakhiri setelah peneliti melakukan terminasi akhir untuk semua responden dikedua kelompok.

4.8 Pengolahan Data

Hastono (2007) memaparkan bahwa pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Data yang telah

dikumpulkan selanjutnya diolah menggunakan program komputer melalui beberapa tahapan yaitu :

4.8.1 *Editing*

Peneliti memeriksa ulang kelengkapan pengisian kuesioner dan lembar observasi yang sudah dikumpulkan dan hasilnya semua kuesioner terisi dengan lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

4.8.2 *Coding*

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Klien yang menjadi kelompok intervensi diberi kode 1 dan kelompok kontrol diisi kode 2.

4.8.3 *Processing*

Kuesioner yang telah diedit dan diisi kode selanjutnya dimasukkan dalam program komputer untuk selanjutnya dianalisis.

4.8.4 *Cleaning*

Data yang sudah di *entry* kemudian dibersihkan agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data. Hasilnya tidak ditemukan kesalahan data yang dimasukkan baik dalam pengkodean maupun dalam membaca kode.

4.9 Analisis Data

4.9.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel – variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensinya untuk data katagorik dan tendensi sentral untuk data numerik. Kelompok data numerik yakni usia, gejala perilaku kekerasan dan halusinasi yang meliputi kognitif, emosi, perilaku, fisiologis dan sosial. Data numerik lainnya yaitu kemampuan kognitif, afektif dan perilaku setelah pelaksanaan terapi CBT dan REBT. Kelompok data kategorik yaitu jenis kelamin, pendidikan,

pekerjaan, status perkawinan, riwayat gangguan jiwa dan frekuensi dirawat. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

4.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Sebelum analisis bivariat maka terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan terhadap karakteristik responden serta gejala perilaku kekerasan dan halusinasi. Analisis bivariat untuk penelitian ini dalam bentuk tabel.

Tabel 4.2

Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor Tahun 2011

No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	<i>Independen t test</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)	Jenis Kelamin (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
3.	Pendidikan (data katagorik)	Pendidikan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
4.	Pekerjaan (data kategorik)	Pekerjaan (data kategorik)	<i>Chi- Square</i>
5.	Status Perkawinan (data kategorik)	Status Perkawinan (data kategorik)	<i>Chi- Square</i>
6.	Riwayat gangguan jiwa (data katagorik)	Riwayat gangguan jiwa (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
7.	Frekuensi dirawat (data katagorik)	Frekuensi dirawat (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
8.	Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Independen t test</i>
9.	Gejala halusinasi (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala halusinasi (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Independen t test</i>

Tabel 4.3

**Analisis Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan Klien di Ruang Rawat Inap
RSMM Bogor Tahun 2011**

Kelompok Intervensi	Kelompok Intervensi	Cara Analisis
Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Paired t-test</i>
Kelompok Kontrol	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Paired t-test</i>
Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Independen t test</i>

Tabel 4.4

**Analisis Perubahan Gejala Halusinasi Klien di Ruang Rawat Inap
RSMM Bogor Tahun 2011**

Kelompok Intervensi	Kelompok Intervensi	Cara Analisis
Gejala halusinasi (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala halusinasi (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Paired t-test</i>
Kelompok Kontrol	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Paired t-test</i>
Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala perilaku kekerasan (kognitif, emosi, fisiologis, perilaku dan social) sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Independen t test</i>

Tabel 4.5

Analisis Perubahan Kemampuan Setelah Pelaksanaan Terapi CBT dan REBT pada Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor Tahun 2011

Kelompok Intervensi	Kelompok Intervensi	Cara Analisis
Kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sebelum pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sesudah pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>Paired t-test</i>

4.9.3 Analisis Multivariat

Sabri dan Hastono (2007) menjelaskan analisis regresi merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan antar dua atau lebih variabel. Tujuan analisis regresi adalah untuk membuat perkiraan nilai suatu variabel (variabel dependen) melalui variabel lain. Analisis multivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk membuktikan hipotesis yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik klien terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien setelah mendapatkan terapi CBT dan REBT. Analisis menggunakan uji regresi linier ganda yang dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6

Analisis Faktor yang Berpengaruh terhadap gejala dan Kemampuan RECBT Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor Tahun 2011

Variabel Independen Karakteristik Responden	Variabel Dependen	Cara Analisis
1. Usia	1. Gejala perilaku kekerasan	Regresi linier ganda
2. Jenis kelamin	2. Gejala halusinasi	
3. Pendidikan	3. Kemampuan RECBT kognitif, afektif, perilaku	
4. Pekerjaan		
5. Status perkawinan		
6. Riwayat gangguan jiwa		
7. Frekuensi dirawat		

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Penelitian tentang *Efektivitas Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)* terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi dilakukan di RSMM Bogor pada tanggal 26 April sampai dengan 31 Mei 2011. Penelitian ini melibatkan 60 orang klien yang memiliki masalah keperawatan perilaku kekerasan dan halusinasi dan memenuhi kriteria inklusi penelitian, dimana 30 orang sebagai kelompok kontrol dan 30 orang sebagai kelompok intervensi. Penelitian dilakukan di 8 ruang rawat inap yaitu Yudistira, Sadewa, Antareja, Bratasena, Gatot Kaca, Dewi Amba, Arimbi, dan Utari. Ruang tersebut dipilih karena semua tenaga perawatnya sudah mengikuti pelatihan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP).

Klien yang menjadi kelompok intervensi diberikan terapi generalis oleh perawat ruangan dan terapi CBT dan REBT oleh peneliti. Kelompok kontrol hanya diberikan terapi generalis yang dilaksanakan oleh perawat ruangan. Terapi generalis diberikan sesuai dengan standar asuhan keperawatan (SAK). Hasil penelitian ini terdiri dari karakteristik responden, gejala perilaku kekerasan dan halusinasi, serta kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku setelah mendapat terapi CBT dan REBT pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi yang dirawat di RSMM Bogor.

5.1 Karakteristik Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Karakteristik klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, riwayat gangguan jiwa dan frekuensi dirawat karena gangguan jiwa.

5.1.1 Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan, Frekwensi Dirawat, dan Riwayat Gangguan Jiwa

Karakteristik berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, frekwensi dirawat, dan riwayat gangguan jiwa merupakan

variabel independen dengan data katagorik yang dianalisis menggunakan distribusi frekuensi sedangkan analisis uji kesetaraan menggunakan uji *Chi Square*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.1 dan 5.2.

Tabel 5.1

Distribusi Karakteristik Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 60)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=30)		Kelompok Kontrol (n=30)		Jumlah (n=60)	
	N	%	N	%	N	%
1. Jenis Kelamin						
a. Laki-laki	24	80.0	27	90.0	51	85.0
b. Perempuan	6	20.0	3	10.0	9	15.0
2. Pendidikan						
a. SD dan SMP	13	43.3	11	36.7	24	40.0
b. SMA PT	17	56.7	19	63.3	36	60.0
3. Pekerjaan						
a. Bekerja	16	53.3	12	40.0	28	46.7
b. Tidak bekerja	14	46.7	18	60.0	32	53.3
4. Status perkawinan						
a. Kawin	8	26.7	7	23.3	15	25.0
b. Tidak kawin	22	73.3	23	76.7	45	75.0
5. Riwayat gangguan jiwa						
a. Ada	17	56.7	18	60.0	35	58.3
b. Tidak ada	13	43.3	12	40.0	25	41.7
6. Frekuensi dirawat						
a. Pertama	5	16.7	10	33.3	15	25.0
b. 2 kali/ lebih	25	83.3	20	66.7	45	75.0

Berdasarkan uraian hasil analisis karakteristik pada tabel 5.1. diketahui bahwa karakteristik klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki 51 orang (85.0%), sebagian besar tidak bekerja 32 orang (53.3%), memiliki jenjang pendidikan SMA dan PT 36 orang (60.0%), sebagian besar tidak kawin 45 orang (75.0%), adanya riwayat gangguan jiwa 35 orang (58.3%) dan frekuensi dirawat di rumah sakit 2 kali atau lebih 45 orang (75.0%).

Tabel 5.2

Analisis Karakteristik Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum CBT dan REBT di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 60)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=30)	Kelompok Kontrol (n=30)	Jumlah (n=60)	<i>p Value</i>
	N	N	N	
1. Jenis Kelamin				
a. Laki-laki	24	27	51	0.282
b. Perempuan	6	3	9	
2. Pendidikan				
a. SD dan SMP	13	11	24	0.792
b. SMA/PT	17	19	36	
3. Pekerjaan				
a. Bekerja	16	12	28	0.438
b. Tidak bekerja	14	18	32	
4. Status perkawinan				
a. Kawin	8	7	15	1.000
b. Tidak kawin	22	23	45	
5. Riwayat gangguan jiwa				
a. Ada	17	18	35	1.000
b. Tidak ada	13	12	25	
6. Frekuensi dirawat				
a. Pertama	5	10	15	0.233
b. 2 kali/ lebih	25	20	45	

Tabel 5.2 menunjukkan hasil analisis uji statistik kesetaraan karakteristik berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, riwayat gangguan jiwa dan frekuensi dirawat pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi didapatkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT. Hasil analisis uji statistik tersebut menunjukkan bahwa kedua kelompok memiliki varian yang sama atau homogen ($p \text{ value} \geq \alpha 0,05$).

5.1.2 Karakteristik Usia

Karakteristik usia klien merupakan variabel numerik yang dianalisis dengan menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Analisis kesetaraan karakteristik berdasarkan usia pada kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan uji *Independent sample T-test*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
 Analisis Usia Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi pada Kelompok
 Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor Tahun 2011
 (n = 60)

Variabel	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	P Value
Usia	Intervensi	30	31.70	30.00	7.59	21– 52	0.78
	Kontrol	30	32.33	30.00	9.72	18 – 55	
	Total	60	32.01	30.00	8.65	18 – 55	

Hasil analisis usia klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi pada tabel 5.3 menjelaskan bahwa rata-rata berusia 32.01 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan tertua 55 tahun. Uji statistik kesetaraan karakteristik berdasarkan usia menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata usia klien perilaku kekerasan pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT dengan $p \text{ value} \geq \alpha$ 0.05. Kesimpulannya rata-rata usia klien perilaku kekerasan dan halusinasi pada kedua kelompok setara atau homogen.

5.2 Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan

Perubahan gejala perilaku kekerasan dilihat dari respon kognitif, emosi, perilaku, sosial, dan fisik. Gejala perilaku kekerasan berbentuk data numerik.

5.2.1 Analisis Gejala Perilaku Kekerasan dan Kesetaraan

Analisis gejala (kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisik dan komposit) klien perilaku kekerasan pada kelompok yang mendapat dan kelompok yang tidak mendapat CBT dan REBT dianalisis dengan menggunakan analisis uji *central tendency* dan untuk melihat kesetaraan data dengan uji *Independent sample T-test*. Hasil analisisnya sesuai tabel 5.4.

Tabel 5.4

Analisis Gejala Perilaku Kekerasan Klien Sebelum Dilakukan CBT dan REBT Di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 60)

Gejala PK	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max	p Value
Kognitif	1. Intervensi	30	13.87	3.11	0.57	9– 21	0.499
	2. Kontrol	30	14.40	2.95	0.54	6– 22	
	Total	60	14.13	3.03	0.55	6 - 22	
Emosi	1. Intervensi	30	15.83	3.44	0.63	9– 21	0.285
	2. Kontrol	30	14.97	2.73	0.49	10– 20	
	Total	60	15.40			9 - 21	
Perilaku	1. Intervensi	30	13.73	2.86	0.52	7 - 20	0.355
	2. Kontrol	30	14.47	2.98	0.54	10 - 20	
	Total	60	14.10			7 - 20	
Sosial	1. Intervensi	30	19.37	1.86	0.34	17– 24	0.085
	2. Kontrol	30	18.60	1.49	0.27	16– 22	
	Total	60	18.98			16 - 24	
Fisiologis	1. Intervensi	30	8.70	1.12	0.20	6– 10	0.606
	2. Kontrol	30	8.53	1.36	0.25	5– 10	
	Total	60	8.61			5 - 10	
Komposit	1. Intervensi	30	71.50	7.05	1.28	59 - 87	0.771
	2. Kontrol	30	70.97	7.08	1.29	52 - 92	
	Total	60	71.23			52 - 92	

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **respon kognitif** adalah minimal 6 dan maksimal 24 (rendah 6 – 12 ; sedang 13 – 18; tinggi 19 - 24). Respon kognitif pada klien PK semakin menurun menunjukkan kognitif yang semakin baik. Hasil analisis respon kognitif pada tabel 5.4 diatas menunjukkan rata-rata respon kognitif sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT pada kelompok intervensi 13.87 dengan nilai minimal 9 dan maksimal 21, sedangkan kelompok kontrol 14.40 dengan nilai minimal 6 dan maksimal 22. Rata-rata gejala kognitif klien perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT baik untuk kelompok intervensi maupun kelompok kontrol adalah sedang.

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **respon emosi** adalah minimal 7 dan maksimal 28 (rendah 7 – 14 ; sedang 15 – 21; tinggi 22 - 28). Respon emosi pada klien PK semakin menurun menunjukkan emosi yang semakin baik. Hasil analisis respon emosi perilaku kekerasan pada tabel 5.4 diatas menunjukkan rata-rata respon emosi sebelum dilakukan CBT dan REBT pada kelompok intervensi 15.83 dengan nilai minimal 9 dan nilai

maksimal 21, sedangkan pada kelompok kontrol 14.97 dengan nilai minimal 10 dan maksimal 20. Rata-rata gejala emosi klien dengan perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol adalah sedang.

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **respon perilaku** adalah minimal 6 dan maksimal 24 (rendah 6 – 12; sedang 13 – 18; tinggi 19 - 24). Respon perilaku pada klien PK semakin menurun menunjukkan perilaku yang semakin baik. Hasil analisis respon perilaku klien pada tabel 5.4 diatas menunjukkan rata-rata respon perilaku sebelum dilakukan CBT dan REBT pada kelompok intervensi 13.73 dengan nilai minimal 7 dan nilai maksimal 20, sedangkan kelompok kontrol 14.47 dengan nilai minimal 10 dan maksimal 20. Rata-rata respon perilaku klien dengan perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT pada kedua kelompok adalah sedang.

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **respon sosial** adalah minimal 7 dan maksimal 28 (rendah 7 – 14 ; sedang 15 – 21; tinggi 22 - 28). Respon sosial pada klien PK semakin menurun menunjukkan sosial yang semakin baik. Hasil analisis respon sosial dari perilaku kekerasan klien PK pada tabel 5.4 diatas menunjukkan rata-rata respon sosial sebelum dilakukan CBT dan REBT pada kelompok intervensi 19.37 dengan nilai minimal 17 dan nilai maksimal 24, sedangkan kelompok kontrol 18.60 dengan nilai minimal 16 dan maksimal 24. Rata-rata respon sosial klien perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT pada kedua kelompok adalah sedang.

Berdasarkan kuesioner penelitian ini rentang **respon fisiologis** adalah minimal 5 dan maksimal 10 (rendah 5 – 6 ; sedang 7 – 8; tinggi 9 - 10). Respon fisiologis pada klien perilaku kekerasan semakin menurun menunjukkan fisiologis yang semakin baik. Hasil analisis respon fisiologis dari perilaku kekerasan klien pada tabel 5.4 diatas menunjukkan rata-rata

respon fisiologis sebelum dilakukan CBT dan REBT pada kelompok intervensi 8.70 dengan nilai minimal 6 dan nilai maksimal 10, sedangkan kelompok kontrol 8.53 dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10. Rata-rata respon fisiologis klien perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT pada kedua kelompok adalah sedang.

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **komposit tanda gejala Perilaku Kekerasan** adalah minimal 31 dan maksimal 114 (rendah 31 – 58 ; sedang 59 – 86; tinggi 87 - 114). Gejala pada klien PK semakin menurun menunjukkan gejala yang semakin baik. Hasil analisis gejala perilaku kekerasan klien pada tabel 5.4 diatas menunjukkan rata-rata gejala sebelum dilakukan CBT dan REBT pada kelompok intervensi 71.50 dengan nilai minimal 59 dan nilai maksimal 87, sedangkan kelompok kontrol 70.97 dengan nilai minimal 52 dan maksimal 92. Rata-rata gejala perilaku kekerasan klien sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT dapat disimpulkan bahwa pada kedua kelompok berada pada tingkat sedang.

Berdasarkan tabel 5.4 diatas hasil uji statistik terhadap kesetaraan gejala perilaku kekerasan sebelum dilakukan CBT dan REBT antara kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT menunjukkan respon kognitif, emosi, sosial, perilaku dan fisiologis serta komposit gejala perilaku kekerasan mempunyai kesetaraan yang sama atau homogen ($p \text{ value} \geq \alpha 0,05$).

5.2.2 Analisis Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Analisis perubahan gejala perilaku kekerasan sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi CBT dan REBT baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol menggunakan uji statistik *Dependent sample t-Test (Paired t test)*. Hasil analisis selengkapya sesuai tabel 5.5.

Tabel 5.5
 Analisis Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan Sebelum dan Setelah
 Dilakukan CBT dan REBT pada Kelompok Intervensi dan
 Kelompok Kontrol Di RSMM Bogor 2011 (n = 60)

Gejala Perilaku Kekerasan	Kelompok	Mean Sebelum	Mean Setelah	Mean Selisih	SD Selisih	p Value
Kognitif	Intervensi	13.87	10.53	3.34	0.84	0.000
	Kontrol	14.40	12.30	2.10	0.66	0.000
Emosi	Intervensi	15.83	10.77	5.06	0.23	0.000
	Kontrol	14.97	13.00	1.97	0.44	0.000
Perilaku	Intervensi	13.73	10.20	3.53	0.16	0.000
	Kontrol	14.47	12.50	1.97	0.61	0.000
Sosial	Intervensi	19.37	12.73	6.63	1.07	0.000
	Kontrol	18.60	14.77	3.83	1.77	0.000
Fisiologis	Intervensi	8.70	5.77	2.93	0.15	0.000
	Kontrol	8.53	6.47	1.06	0.32	0.000
Komposit Perilaku Kekerasan	Intervensi	71.50	50.00	21.50	3.70	0.000
	Kontrol	70.97	59.03	11.93	0.70	0.000

Dari tabel 5.5 menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT terdapat perubahan yang bermakna sesudah mendapatkan CBT dan REBT. Respon **kognitif** klien menurun secara bermakna menjadi 10.53 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **emosi** klien menurun secara bermakna menjadi 10.77 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **perilaku** klien menurun secara bermakna menjadi 10.20 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **sosial** klien menurun secara bermakna menjadi 12.73 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$ dan respon **fisiologis** klien menurun secara bermakna menjadi 5.77 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$ serta **komposit PK** klien menurun secara bermakna menjadi 50.00 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas maka dapat disimpulkan pada $\alpha 5\%$ ada penurunan gejala yang bermakna (kategori rendah) baik dari respon

kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis dan komposit klien dengan perilaku kekerasan setelah diberikan terapi CBT dan REBT.

Dari tabel 5.5 juga menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT juga terjadi perubahan gejala yang bermakna. Respon **kognitif** klien menurun secara bermakna menjadi 12.30 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **emosi** klien menurun secara bermakna menjadi 13.00 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **perilaku** klien menurun secara bermakna menjadi 12.50 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **sosial** klien menurun secara bermakna menjadi 14.77 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$ dan respon **fisiologis** klien menurun secara bermakna menjadi 6.47 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$ serta **komposit PK** klien menurun secara bermakna menjadi 59.03 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas maka dapat disimpulkan pada $\alpha 5\%$ ada perubahan yang bermakna dari respon kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis dan komposit klien yang tidak diberikan terapi CBT dan REBT, namun perubahan tersebut masih dalam katagori sedang.

5.2.3 Analisis Perbedaan Gejala Perilaku Kekerasan Sesudah Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Analisis gejala perilaku kekerasan sesudah pelaksanaan terapi CBT dan REBT antara kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT menggunakan uji *Independen sample t-Test (Pooled t test)*. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6

Analisis Perbedaan Gejala Perilaku Kekerasan Sesudah Pelaksanaan
CBT dan REBT di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 60)

Gejala PK	Kelompok	n	Mean	SD	Min – Max	p Value
Kognitif	1. Intervensi	30	10.53	2.27	7 – 15	0.004
	2. Kontrol	30	12.30	2.29	7 – 17	
Emosi	1. Intervensi	30	10.77	3.67	7 - 20	0.006
	2. Kontrol	30	13.00	2.29	9 – 17	
Perilaku	1. Intervensi	30	10.20	3.02	6 – 17	0.002
	2. Kontrol	30	12.50	2.37	9 - 18	
Sosial	1. Intervensi	30	12.73	2.93	9 - 19	0.014
	2. Kontrol	30	14.77	3.25	9 – 22	
Fisiologis	1. Intervensi	30	5.77	0.97	5 – 9	0.009
	2. Kontrol	30	6.47	1.04	5 – 9	
Komposit	1. Intervensi	30	50.00	10.75	35 – 72	0.000
	2. Kontrol	30	59.03	7.77	35 – 79	

Tabel 5.6 menunjukkan gejala perilaku kekerasan pada klien yang mendapatkan CBT dan REBT rata-rata untuk gejala kognitif menjadi 10.53 dengan nilai minimal 7 dan maksimal 15 (86%) , emosi 10.77 dengan nilai minimal 7 dan maksimal 20 (82%), perilaku 10.20 dengan nilai minimal 6 dan maksimal 17 (77%), sosial 12.73 dengan nilai minimal 9 dan maksimal 19 (73%), fisiologis 5.77 dengan nilai minimal 5 dan maksimal 9 (85%), komposit gejala perilaku kekerasan 50.00 dengan nilai minimal 35 dan maksimal 72 (77%) dan memiliki p value $\leq \alpha$ 0.05.

Tabel 5.6 juga menunjukkan gejala perilaku kekerasan pada klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT dengan rata-rata gejala kognitif menjadi 12.30 dengan nilai minimal 7 dan maksimal 17 (76%) , emosi 13.00 dengan nilai minimal 9 dan maksimal 17 (71%), perilaku 12.50 dengan nilai minimal 9 dan maksimal 18 (64%), sosial 14.77 dengan nilai minimal 9 dan maksimal 22 (63%), fisiologis 6.47 dengan nilai minimal 5 dan maksimal 9 (71%), komposit gejala perilaku kekerasan 59.03 dengan nilai minimal 35 dan maksimal 79 (66%) dan memiliki p value $\leq \alpha$ 0.05.

Hasil uji statistik di atas menunjukkan gejala perilaku kekerasan klien yang diberikan terapi CBT dan REBT mengalami penurunan hingga mencapai 77% sedangkan klien yang tidak diberikan terapi CBT dan REBT mengalami penurunan gejala mencapai 66%. Dapat disimpulkan bahwa pada α 5% penurunan gejala perilaku kekerasan pada klien yang diberikan terapi CBT dan REBT lebih tinggi daripada klien yang tidak diberikan terapi CBT dan REBT.

Hasil uji statistik juga dapat disimpulkan bahwa pada α 5% klien perilaku kekerasan yang disertai halusinasi yang diberikan terapi CBT dan REBT memiliki gejala perilaku kekerasan lebih rendah secara bermakna (katagori rendah) daripada klien yang tidak diberikan terapi CBT dan REBT (katagori sedang).

5.3 Perubahan Gejala Halusinasi

Perubahan gejala halusinasi dilihat dari respon kognitif, emosi, perilaku, sosial, dan fisik. Gejala halusinasi merupakan data numerik.

5.3.1 Analisis Gejala Halusinasi Klien

Analisis gejala (kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisik dan komposit) klien halusinasi pada kelompok yang mendapat dan kelompok yang tidak mendapat CBT dan REBT dianalisis dengan menggunakan analisis uji *central tendency* dan untuk melihat kesetaraan data dengan uji *Independent sample T-test*. Hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
 Analisis Gejala Halusinasi Sebelum Dilakukan CBT dan REBT
 Di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 60)

Gejala Hall	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max	p Value
Kognitif	1. Intervensi	30	7.60	2.24	0.41	3– 12	0.209
	2. Kontrol	30	6.83	2.44	0.44	3– 12	
	Total	60	7.21	3.03	0.55	3 - 12	
Emosi	3. Intervensi	30	7.83	2.32	0.42	3– 12	0.136
	4. Kontrol	30	6.90	2.45	0.45	3– 11	
	Total	60	7.36			3 - 12	
Perilaku	3. Intervensi	30	7.00	2.36	0.43	3 - 12	0.374
	4. Kontrol	30	6.43	2.53	0.46	3 - 12	
	Total	60	6.71			3 - 12	
Sosial	3. Intervensi	30	7.50	2.11	0.39	3– 10	0.345
	4. Kontrol	30	6.97	2.22	0.40	3– 12	
	Total	60	7.23			3 - 12	
Fisiologis	1. Intervensi	30	7.97	1.22	0.22	5– 10	0.088
	2. Kontrol	30	7.47	1.01	0.18	5– 10	
	Total	60	7.72			5 - 10	
Komposit	1. Intervensi	30	37.90	7.05	1.29	22 -49	0.085
	2. Kontrol	30	34.60	7.52	1.37	21 -52	
	Total	60	36.25			21 -52	

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini masing-masing **respon kognitif, emosi, perilaku, dan sosial** adalah minimal 3 dan maksimal 12 (rendah 3 – 5 ; sedang 6 – 8; tinggi 9 - 12). Respon kognitif, emosi , perilaku dan sosial pada klien halusinasi semakin menurun menunjukkan semakin baik. Hasil analisis respon kognitif pada tabel 5.7 diatas memperlihatkan rata-rata respon kognitif sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT pada kelompok intervensi adalah 7.60 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 12, sedangkan kelompok kontrol 6.83 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 12. Rata-rata respon emosi pada kelompok intervensi 7.83 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 12, sedangkan kelompok kontrol 6.90 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 11. Respon perilaku kelompok intervensi 7.00 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 12, sedangkan kelompok kontrol 6.43 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 12. Rata-rata respon sosial kelompok intervensi 7.50 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 10, sedangkan kelompok kontrol 6.97 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 12. Berdasarkan kuesioner dapat disimpulkan bahwa gejala halusinasi klien sebelum pelaksanaan terapi CBT

dan REBT pada kedua kelompok baik respon kognitif, emosi, perilaku, dan sosial adalah katagori sedang.

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **respon fisiologis** adalah minimal 5 dan maksimal 10 (rendah 5 – 6 ; sedang 7 – 8; tinggi 9 - 10). Respon fisiologis semakin menurun menunjukkan respon yang semakin baik. Hasil analisis rata-rata respon fisiologis klien berdasarkan tabel 5.7 diatas menggambarkan sebelum dilakukan CBT dan REBT pada kelompok intervensi 7.97 dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10, sedangkan kelompok kontrol 7.47 dengan nilai minimal 5 dan maksimal 10. Dapat disimpulkan bahwa rata-rata respon fisiologis klien halusinasi sebelum dilakukan CBT dan REBT pada kedua kelompok berada pada tingkat sedang.

Berdasarkan kuesioner penelitian ini rentang **komposit gejala halusinasi** adalah minimal 17 dan maksimal 58 (rendah 17 – 30 ; sedang 31 – 47; tinggi 48 - 58). Komposit gejala halusinasi semakin menurun menunjukkan gejala yang semakin baik. Hasil analisis gejala klien pada tabel 5.7 diatas menunjukkan rata-rata gejala sebelum dilakukan CBT dan REBT pada kelompok intervensi adalah 37.90 dengan nilai minimal 22 dan maksimal 49, sedangkan kelompok kontrol 34.60 dengan nilai minimal 21 dan maksimal 52. Jadi rata-rata komposit gejala klien halusinasi sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT pada kedua kelompok berada pada tingkat sedang.

Berdasarkan tabel 5.7 diatas hasil uji statistik terhadap kesetaraan gejala klien halusinasi sebelum dilakukan CBT dan REBT antara kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT menunjukkan respon kognitif, emosi, sosial, perilaku dan fisiologis serta komposit gejala halusinasi yang setara atau homogen ($p \text{ value} \geq \alpha 0,05$).

5.3.2 Analisis Perubahan Gejala Halusinasi Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Analisis perubahan gejala halusinasi sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi CBT dan REBT baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol menggunakan uji statistik *Dependent sample t-Test (Paired t test)*. Hasil analisis selengkapnya sesuai tabel 5.8.

Tabel 5.8
Analisis Perubahan Gejala Halusinasi sebelum dan setelah Pelaksanaan CBT dan REBT pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSMM Bogor 2011(n = 60)

Gejala Halusinasi	Kelompok	Mean Sebelum	Mean Setelah	Mean Selisih	SD Selisih	p Value
Kognitif	Intervensi	7.60	4.20	3.40	1.11	0.000
	Kontrol	6.83	5.47	1.37	0.69	0.000
Emosi	Intervensi	7.83	4.57	3.26	1.43	0.000
	Kontrol	6.90	5.47	1.43		0.77
Perilaku	Intervensi	7.00	4.33	2.67	0.97	0.000
	Kontrol	6.43	5.57	0.86	0.61	0.002
Sosial	Intervensi	7.50	4.13	3.37	0.92	0.000
	Kontrol	6.97	5.63	1.33	0.73	0.000
Fisiologis	Intervensi	7.97	5.90	2.07	0.30	0.000
	Kontrol	7.47	6.90	0.57	0.30	0.006
Komposit Halusinasi	Intervensi	37.90	23.13	14.77	4.73	0.000
	Kontrol	34.60	29.03	5.57	3.10	0.000

Dari tabel 5.8 menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT terlihat penurunan gejala halusinasi secara bermakna sesudah mendapatkan CBT dan REBT. Respon **kognitif** klien menurun secara bermakna menjadi 4.20 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **emosi** klien menurun secara bermakna menjadi 4.57 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **perilaku** klien menurun secara bermakna menjadi 4.33 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, respon **sosial** klien menurun secara bermakna menjadi 4.13 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$ dan respon **fisiologis** klien menurun secara bermakna menjadi 5.90 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$ serta **komposit halusinasi** klien menurun secara bermakna menjadi 23.13 dengan

$p \text{ value} \leq \alpha 0.05$. Berdasarkan hasil uji statistik diatas maka dapat disimpulkan pada $\alpha 5\%$ ada penurunan gejala halusinasi yang bermakna (katagori rendah) baik respon kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis dan komposit setelah klien mendapatkan terapi CBT dan REBT.

Dari tabel 5.8. juga menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT mengalami penurunan gejala halusinasi yang bermakna. Respon **kognitif** klien menurun menjadi 5.47 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, **emosi** 5.47 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, **perilaku** 5.57 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, **sosial** 5.63 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, **fisiologis** 6.90 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$, dan **komposit gejala halusinasi** klien menurun menjadi 29.03 dengan $p \text{ value} \leq \alpha 0.05$.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas maka dapat disimpulkan pada $\alpha 5\%$ terjadi penurunan gejala halusinasi yang bermakna baik dari respon kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis dan komposit gejala halusinasi pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT setelah kelompok yang mendapatkan terapi CBT dan REBT diintervensi.

5.2.3 Analisis Gejala Halusinasi Sesudah Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Analisis gejala halusinasi sesudah pelaksanaan terapi CBT dan REBT antara kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT menggunakan uji *Independen sample t-Test (Pooled t test)*. Hasil analisis selengkapnya terlihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9

Analisis Perbedaan Gejala Halusinasi Setelah Pelaksanaan CBT dan REBT di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 60)

Respon Hall	Kelompok	n	Mean	SD	Min – Max	p Value
Kognitif	1. Intervensi	30	4.20	1.13	3– 7	0.002
	2. Kontrol	30	5.47	1.75	3– 9	
Emosi	1. Intervensi	30	4.57	0.89	3 - 6	0.013
	2. Kontrol	30	5.47	1.67	3– 9	
Perilaku	1. Intervensi	30	4.33	1.39	3– 7	0.006
	2. Kontrol	30	5.57	1.92	3– 9	
Sosial	1. Intervensi	30	4.13	1.19	3 - 7	0.000
	2. Kontrol	30	5.63	1.49	3 - 9	
Fisiologis	1. Intervensi	30	5.90	0.92	5– 9	0.000
	2. Kontrol	30	6.90	0.71	6– 8	
Komposit	1. Intervensi	30	23.13	4.03	18-32	0.000
	2. Kontrol	30	29.03	5.29	20-42	

Tabel 5.9 menunjukkan gejala halusinasi pada klien yang mendapatkan CBT dan REBT rata-rata turun untuk gejala kognitif menjadi 4.20 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 7 (87%), emosi 4.57 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 6 (82%), perilaku 4.33 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 7 (85%), sosial 4.13 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 7 (87%), fisiologis 5.90 dengan nilai minimal 5 dan maksimal 9 (82%), komposit gejala perilaku kekerasan 23.13 dengan nilai minimal 18 dan maksimal 32 (85%), dan memiliki p value $\leq \alpha$ 0.05.

Tabel 5.6 juga menunjukkan gejala halusinasi klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT rata-rata gejala kognitif menjadi 5.47 dengan nilai minimal 3 dan maksimal 9 (72%), emosi 5.47 nilai minimal 3 dan maksimal 9 (72%), perilaku 5.57 nilai minimal 3 dan maksimal 9 (70%), sosial 5.63 nilai minimal 3 dan maksimal 9 (71%), fisiologis 6.90 nilai minimal 6 dan maksimal 8 (62%), komposit gejala halusinasi 29.03 dengan nilai minimal 20 dan maksimal 42 (62%).

Hasil uji statistik di atas menunjukkan gejala halusinasi klien yang diberikan terapi CBT dan REBT mengalami penurunan hingga mencapai 85% sedangkan klien yang tidak diberikan terapi CBT dan REBT mengalami penurunan gejala mencapai 62%. Dapat disimpulkan bahwa pada α 5% penurunan gejala perilaku kekerasan pada klien yang diberikan terapi CBT dan REBT lebih tinggi daripada klien yang tidak diberikan terapi CBT dan REBT walaupun penurunan gejala halusinasi pada kedua kelompok sama-sama berada pada tingkat rendah .

5.4 Perubahan Kemampuan Kognitif, Afektif, dan Perilaku Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi Setelah Mendapatkan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku klien yang mendapatkan terapi CBT dan REBT adalah kemampuan klien dalam melakukan CBT dan REBT. Data kemampuan klien baik kognitif, afektif dan perilaku berbentuk data numerik.

5.4.1 Analisis Kemampuan Kognitif, Afektif, dan Perilaku Setelah mendapatkan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku klien setelah mendapatkan terapi CBT dan REBT pada kelompok intervensi menggunakan uji tendensi sentral. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.10.

Tabel 5.10

Analisis Kemampuan Kognitif, Afektif, dan Perilaku Klien Sebelum Mendapatkan Terapi CBT dan REBT pada Kelompok Intervensi Di RSMM Bogor 2011 (n = 30)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	Min – Max
Kognitif	Intervensi	30	33.63	2.69	27– 38
Afektif	Intervensi	30	33.13	3.47	25 – 41
Perilaku	Intervensi	30	33.87	3.31	26 – 40
Komposit Kemampuan	Intervensi	30	101.50	7.67	84 – 112

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **kemampuan kognitif** adalah minimal 25 dan maksimal 80 (rendah 25 – 41 ; sedang 42 – 59; tinggi 60 - 76). Kemampuan kognitif pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi semakin meningkat menunjukkan kognitif yang semakin baik. Hasil analisis kemampuan kognitif pada tabel 5.10 diatas memperlihatkan bahwa dari jumlah total 30 orang klien yang menjadi responden menunjukkan rata-rata kemampuan kognitif sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT adalah 33.63 dengan nilai minimal 27 dan maksimal 38, maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan dan halusinasi sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT adalah rendah.

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **kemampuan afektif** adalah minimal 22 dan maksimal 80 (rendah 22 – 41 ; sedang 42 – 60; tinggi 61 - 80). Kemampuan afektif pada klien perilaku kekerasan dan Halusinasi semakin meningkat menunjukkan kemampuan afektif yang semakin baik. Hasil analisis kemampuan afektif klien perilaku kekerasan dan halusinasi pada tabel 5.10 diatas menunjukkan rata-rata kemampuan afektif sebelum dilakukan CBT dan REBT adalah 33.13 dengan nilai minimal 25 dan nilai maksimal 41. Maka dapat disimpulkan bahwa rata-

rata kemampuan afektif klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT adalah rendah.

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang **kemampuan perilaku** adalah minimal 23 dan maksimal 80 (rendah 23 – 41 ; sedang 42 – 60; tinggi 61 - 80). Kemampuan perilaku pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi semakin meningkat menunjukkan perilaku yang semakin baik. Hasil analisis kemampuan perilaku dari tabel 5.10 diatas menunjukkan rata-rata kemampuan perilaku sebelum dilakukan CBT dan REBT adalah 33.87 dengan nilai minimal 26 dan nilai maksimal 40. Maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata kemampuan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT adalah rendah.

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini kemampuan **komposit kognitif, afektif dan perilaku** adalah minimal 50 dan maksimal 200 (rendah 70 – 126 ; sedang 127 – 183; tinggi 184 - 240). Komposit kemampuan pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi semakin meningkat menunjukkan kemampuan yang semakin baik. Tabel 5.6 diatas memperlihatkan rata-rata kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku klien sebelum dilakukan CBT dan REBT adalah 101.50 dengan nilai minimal 84 dan nilai maksimal 112. Maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata kemampuan komposit kognitif, afektif dan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi sebelum dilakukan terapi CBT dan REBT adalah rendah.

5.4.2 Analisis Perubahan Kemampuan Kognitif, Afektif dan Perilaku Klien Setelah Mendapatkan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Peningkatan kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan dan halusinasi sebelum dan setelah dilakukan CBT dan REBT pada kelompok Intervensi

dilakukan dengan uji *Dependen sample t-Test (Paired t Test)* yang hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.11.

Tabel 5.11.

Analisis Kemampuan Kognitif, Afektif dan Perilaku Klien Yang Mendapatkan Terapi CBT dan REBT sebelum dan setelah dilakukan CBT dan REBT di RSMM Bogor 2011(n = 60)

Kemampuan	Kelompok Intervensi	N	Mean	SD	SE	Min-Max	p value
Kognitif	Sebelum	30	33.63	2.69	0.49	27-38	0.000
	Setelah	30	65.87	3.52	0.64	58-71	
	Selisih		32.23				
Afektif	Sebelum	30	33.13	3.47	0.63	25-41	0.000
	Setelah	30	66.03	7.17	1.31	53-76	
	Selisih		32.90				
Perilaku	Sebelum	30	33.87	3.31	0.60	26-40	0.000
	Setelah	30	66.90	6.22	1.13	56-79	
	Selisih		33.03				
Komposit Kemampuan	Sebelum	30	101.50	9.47	1.72	84-112	0.000
	Setelah	30	198.80	16.91	3.08	174-223	
	Selisih		97.30				

Tabel 5.11 menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT terdapat perubahan bermakna sesudah diberikan CBT dan REBT yaitu kemampuan **kognitif** klien meningkat secara bermakna menjadi 65.87 dengan $p\ value \leq \alpha 0.05$, **afektif** 66.03 dengan $p\ value \leq \alpha 0.05$, **perilaku** 66.90 dengan $p\ value \leq \alpha 0.05$, **komposit kemampuan** klien meningkat secara bermakna menjadi 198.80 ($p\ value \leq \alpha 0.05$).

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa rata-rata peningkatan kemampuan kognitif menjadi 65.87 dengan nilai minimal 58 dan maksimal 71 (74%), kemampuan afektif 66.03 dengan nilai minimal 53 dan maksimal 76 (76%), perilaku 66.90 dengan nilai minimal 56 dan maksimal 79 (77%), dan komposit kemampuan menjadi 198.80 dengan nilai minimal 174 dan maksimal 223 (75%).

Berdasarkan hasil uji statistik diatas maka dapat disimpulkan pada $\alpha 5\%$ terjadi peningkatan kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku pada klien

perilaku kekerasan dan halusinasi mencapai 75% setelah mendapat CBT dan REBT yang berada pada tingkat kemampuan tinggi.

5.5 Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Penurunan Gejala dan Peningkatan Kemampuan Kognitif, Afektif dan Perilaku pada Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Pengukuran Efektivitas Terapi CBT dan REBT terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku pada klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi dapat dilakukan dengan menggunakan rumus di bawah ini:

$$E = \frac{\Delta I - \Delta K}{\Delta I} \times 100\%$$

Keterangan:

ΔI = Selisih penurunan komposit gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada kelompok intervensi setelah mendapatkan CBT dan REBT.

ΔK = Selisih penurunan komposit gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT.

5.5.1 Efektivitas terapi CBT dan REBT dalam menurunkan gejala perilaku kekerasan adalah:

$$E = \frac{21.50 - 11.93}{21.50} \times 100\% = 45 \%$$

5.5.2 Efektivitas terapi CBT dan REBT dalam menurunkan gejala halusinasi adalah:

$$E = \frac{14.77 - 5.57}{14.77} \times 100\% = 62 \%$$

Hasil perhitungan di atas menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy* efektif menurunkan gejala perilaku kekerasan sebesar 45% dan menurunkan gejala menurunakan gejala halusinasi sebesar 62%.

5.5.3 Efektivitas terapi CBT dan REBT dalam meningkatkan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi

Efektivitas terapi CBT dan REBT dalam meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi dapat dihitung dengan menggunakan rumus:

$$E = \frac{\sum \text{Setelah} - \sum \text{Sebelum}}{\text{Score tertinggi Kemampuan CBT dan REBT}} \times 100\%$$

Keterangan:

\sum Sebelum = Peningkatan komposit kemampuan kognitif, afektif dan perilaku sebelum intervensi

\sum Setelah = Peningkatan komposit kemampuan kognitif, afektif dan perilaku setelah intervensi

Efektivitas terapi CBT dan REBT dalam meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi adalah:

$$E = \frac{198.80 - 101.50}{240} \times 100\% = 41\%$$

Hasil perhitungan tersebut menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy* efektif meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien sebesar 41%.

5.6 Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan Klien

Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap perubahan gejala perilaku kekerasan klien dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap gejala perilaku kekerasan pada klien setelah CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi.

Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan klien dianalisis menggunakan uji *Korelasi Regresi Linier Ganda* yang dapat dilihat pada tabel 5.12 dan tabel 5.13.

Tabel 5.12

Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan Klien di RSMM Bogor Tahun 2011(n = 60)

Karakteristik Klien	Gejala Perilaku Kekerasan					R ²
	B	SE	β	p	r	
(Constant)	65.956	12.619		0.000		
1. Usia responden	-0.157	0.193	-0.131	0.420		
2. Jenis kelamin	-3.987	4.179	-0.139	0.344		
3. Pendidikan	0.050	2.980	0.002	0.987		
4. Pekerjaan	-0.894	2.939	-0.043	0.796	0.313	0.098
5. Status Perkawinan	-3.690	4.031	-0.156	0.364		
6. Frekuensi dirawat	-3.033	3.230	-0.128	0.352		
7. Riwayat Gangguan Jiwa	4.196	2.899	0.201	0.154		

Dari regresi linier ganda variabel yang mempunyai *P-value* > 0.25 seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan frekuensi dirawat, dikeluarkan dari pemodelan secara bertahap sehingga pemodelan akhir seperti tabel 5.13.

Tabel 5.13

Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan Klien di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 60)

Karakteristik Klien	Gejala Perilaku Kekerasan					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	47.360	4.428		0.000		
1. Riwayat Gangguan Jiwa	4.520	2.670	0.217	0.096	0.217	0.047

Tabel 5.13 menunjukkan riwayat gangguan jiwa tidak berhubungan dengan perubahan gejala perilaku kekerasan klien dengan p value > 0.05), dengan nilai r 0.217. Besarnya peluang riwayat gangguan jiwa untuk menjelaskan perubahan gejala perilaku kekerasan adalah 4.7 % ($R^2 = 0.047$).

5.7 Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Perubahan Gejala Halusinasi Klien

Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap perubahan gejala halusinasi klien dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap gejala halusinasi pada klien setelah CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perubahan gejala halusinasi klien dianalisis menggunakan uji *Korelasi Regresi Linier Ganda* yang dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14

Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Perubahan Gejala Halusinasi Klien di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 60)

Karakteristik Klien	Gejala Halusinasi					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	26.659	6.840		0.000		
1. Usia responden	-0.044	0.105	-0.069	0.676		
2. Jenis kelamin	-0.406	2.265	-0.026	0.858		
3. Pendidikan	1.108	1.615	0.099	0.496		
4. Pekerjaan	-1.670	1.593	-0.152	0.299	0.268	0.072
5. Status Perkawinan	-2.232	2.185	-0.176	0.312		
6. Frekuensi dirawat	0.162	1.751	0.013	0.927		
7. Riwayat Gangguan Jiwa	1.772	1.571	0.159	0.264		

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, frekuensi dirawat, dan riwayat gangguan jiwa responden tidak berhubungan dengan perubahan gejala halusinasi dengan p value > 0.05 . Besarnya peluang ketujuh karakteristik klien terhadap perubahan gejala halusinasi adalah 7.2 % ($R^2 = 0.072$).

5.8 Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Kemampuan Kognitif, afektif dan perilaku Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap peningkatan kemampuan klien setelah CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi.

5.8.1 Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Kemampuan Kognitif Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan dan halusinasi dilakukan untuk mengidentifikasi perubahan kemampuan kognitif bermakna setelah pelaksanaan CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi. Analisis menggunakan uji *Korelasi Regresi Linier Ganda* sesuai dengan tabel 5.15.

Tabel 5.15

Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Kemampuan kognitif Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RSMM Bogor Tahun 2011 ($n = 30$)

Karakteristik Klien	Kemampuan Kognitif					r	R^2
	B	SE	β	p			
(Constant)	57.809	7.835		0.000			
1. Usia responden	0.144	0.115	0.310	0.226			
2. Jenis kelamin	-1.463	2.024	-0.169	0.477			
3. Pendidikan	-0.758	1.475	-0.109	0.612	0.423	0.179	
4. Pekerjaan	-1.401	1.415	-0.202	0.333			
5. Status Perkawinan	2.496	2.319	0.319	0.293			
6. Frekuensi dirawat	2.053	1.910	0.221	0.294			
7. Riwayat Gangguan Jiwa	0.541	1.551	0.077	0.731			

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa faktor jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, frekuensi dirawat, dan riwayat gangguan jiwa memiliki p value > 0.25 sehingga dikeluarkan dari pemodelan dan usia dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Hasilnya tampak pada tabel 5.16.

Tabel 5.16

Faktor yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Kemampuan Kognitif Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 30)

Karakteristik Klien	Kemampuan Kognitif					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	63.920	2.827		0.000		
1. Usia	0.061	0.087	0.133	0.485	0.133	0.018

Berdasarkan tabel 5.16 diketahui bahwa usia tidak berhubungan dengan peningkatan kemampuan kognitif klien dengan p value > 0.05), dengan nilai r 0.133. Besarnya peluang faktor usia untuk menjelaskan perubahan gejala perilaku kekerasan adalah 1.8 % (R² = 0.018).

5.8.2 Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Kemampuan Afektif Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif pada klien yang mengalami masalah perilaku kekerasan dan halusinasi untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap kemampuan afektif setelah pelaksanaan CBT dan REBT pada kelompok intervensi.

Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif klien dianalisis menggunakan uji *Korelasi Regresi Linier Ganda* yang dapat dilihat pada tabel 5.17.

Tabel 5.17

Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Kemampuan Afektif Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 30)

Karakteristik Klien	Kemampuan Afektif					R ²
	B	SE	β	p	r	
(Constant)	53.757	16.407		0.003		
1. Usia responden	0.148	0.241	0.156	0.547		
2. Jenis kelamin	-1.383	4.238	-0.078	0.747		
3. Pendidikan	0.063	3.088	0.004	0.984		
4. Pekerjaan	-4.055	2.964	-0.287	0.185	0.365	0.133
5. Status Perkawinan	4.560	4.855	0.286	0.358		
6. Frekuensi dirawat	2.632	3.999	0.139	0.517		
7. Riwayat Gangguan Jiwa	2.052	3.249	0.144	0.534		

Tabel 5.17 menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, frekuensi dirawat, dan riwayat gangguan jiwa memiliki p value > 0.25 sehingga dikeluarkan dari pemodelan dan pekerjaan dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Hasilnya tampak pada tabel 5.18.

Tabel 5.18

Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Kemampuan Afektif Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 30)

Karakteristik Klien	Kemampuan Afektif					R ²
	B	SE	β	p	r	
(Constant)	67.857	1.894		0.000		
1. Pekerjaan	-3.420	2.593	-0.242	0.198	0.242	0.058

Berdasarkan tabel 5.18 diketahui bahwa pekerjaan klien tidak berhubungan dengan peningkatan kemampuan afektif klien (p value > 0.05), dengan nilai r 0.242. Besarnya peluang faktor pekerjaan untuk menjelaskan perubahan kemampuan afektif klien adalah 5.8 % (R² = 0.058).

5.8.3 Karakteristik Klien Yang Berkontribusi Terhadap Peningkatan Kemampuan Perilaku Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi setelah Pelaksanaan Terapi CBT dan REBT

Karakteristik klien yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan perilaku pada klien yang mengalami perilaku kekerasan dan halusinasi dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap kemampuan perilaku setelah pelaksanaan CBT dan REBT yang diberikan pada kelompok intervensi. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan perilaku klien dianalisis menggunakan uji *Korelasi Regresi Linier Ganda* yang dapat dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19

Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Kemampuan Perilaku Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 30)

Karakteristik Klien	Kemampuan Perilaku					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	60.102	13.255		0.000		
1. Usia responden	0.268	0.195	0.328	0.183		
2. Jenis kelamin	-2.742	3.424	-0.179	0.432		
3. Pendidikan	0.421	2.495	0.034	0.867		
4. Pekerjaan	-1.837	2.395	-0.150	0.451	0.497	0.247
5. Status Perkawinan	4.517	3.922	0.327	0.262		
6. Frekuensi dirawat	0.678	3.231	0.041	0.836		
7. Riwayat Gangguan Jiwa	-1.423	2.625	-0.115	0.593		

Tabel 5.19 menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, frekuensi dirawat, dan riwayat gangguan jiwa memiliki p value > 0.25 sehingga dikeluarkan dari pemodelan. Usia dan status perkawinan dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Hasilnya tampak pada tabel 5.20.

Tabel 5.20

Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Peningkatan Kemampuan Perilaku Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RSMM Bogor Tahun 2011 (n = 30)

Karakteristik Klien	Kemampuan Perilaku					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	50.975	6.733		0.000		
1. Usia	0.343	0.167	0.419	0.050	0.447	0.199
2. Status perkawinan	6.903	2.825	0.499	0.021		

Berdasarkan tabel 5.20 diketahui bahwa usia dan status perkawinan klien berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi (p value ≤ 0.05), dengan nilai r 0.447 (hubungan sedang). Faktor usia dan status perkawinan berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan perilaku klien sebesar 19.9 % (R² = 0.199).

Tabel 5.20 juga menjelaskan bahwa ada perbedaan kemampuan perilaku klien antara yang kawin dengan yang tidak kawin sebesar 6.903 setelah dikontrol oleh faktor usia. Klien yang menikah kemampuannya lebih besar daripada yang tidak menikah setelah dikontrol usia.

BAB 6 PEMBAHASAN

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

6.1 Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan

Efektivitas CBT dan REBT terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan pada penelitian ini dilihat dari gejala kognitif, emosi, perilaku, sosial, dan fisiologis.

Klien yang mendapatkan terapi CBT dan REBT ditemukan mengalami penurunan gejala perilaku kekerasan mencapai 77% secara bermakna dari tingkat yang sedang ke tingkat rendah. Penurunan gejala perilaku kekerasan secara kognitif mencapai 86%, sedangkan klien yang tidak diberikan CBT dan REBT mencapai 76%. Kelompok klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT juga mengalami penurunan gejala perilaku kekerasan secara kognitif, namun penurunan gejala yang terjadi masih dalam tingkat sedang. Penurunan gejala perilaku kekerasan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT terjadi karena kelompok klien tersebut mendapatkan terapi generalis yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan (SAK).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003), menyatakan bahwa pemberian terapi generalis perilaku kekerasan menghasilkan kemampuan mencegah perilaku kekerasan secara mandiri sebesar 86.6% dan secara bermakna menurunkan perilaku kekerasan.

Penurunan gejala perilaku kekerasan pada klien yang mendapatkan CBT dan REBT lebih tinggi daripada klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT. Hasil dari perbedaan tersebut dapat disimpulkan bahwa CBT dan REBT lebih efektif dalam menurunkan gejala perilaku kekerasan pada klien yang mengalami dua diagnosis khususnya perilaku kekerasan dan halusinasi.

Hasil penggabungan terapi CBT dan REBT dalam penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menerapkan terapi CBT maupun REBT secara terpisah. Rieckert (2000) menyatakan bahwa terapi REBT secara signifikan dapat mengurangi kemarahan, perasaan bersalah dan harga diri yang rendah. Aaron T. Beck pada tahun 1960an juga menemukan bahwa kognisi klien memiliki dampak yang luar biasa terhadap perasaan dan perilakunya. Beck menyatakan bahwa kesulitan emosional dan perilaku yang dialami seseorang dalam hidupnya disebabkan oleh cara mereka menginterpretasikan berbagai peristiwa yang dialami. Konsep dari Beck tersebut telah mendasari penerapan CBT dan REBT dalam penelitian ini. Klien dilatih mengenali berbagai peristiwa yang terjadi dalam hidupnya termasuk peristiwa yang tidak menyenangkan. Klien juga diajarkan mengenali perasaan yang muncul dari cara klien menginterpretasikan peristiwa yang dialaminya dan tindakan yang dilakukan setelah mengalami perasaan tersebut.

Melalui terapi CBT dan REBT klien dilatih untuk dapat mengevaluasi diri sendiri dengan mengidentifikasi kejadian yang pernah dialami, pikiran-pikiran irrasional yang mengganggu yang timbul terkait dengan kejadian dan mempengaruhi perasaan klien sehingga berperilaku tidak baik yang sebenarnya tidak diinginkan. Klien dilatih untuk mengubah pikiran yang tidak rasional tersebut menjadi pikiran yang rasional sehingga perasaan menjadi lebih baik dan menunjukkan perilaku yang adaptif. Klien akhirnya akan menyadari bahwa menginterpretasi kejadian yang tidak menyenangkan secara negatif dapat mengganggu perasaan sehingga akan mendorong untuk

melakukan perilaku kekerasan baik ditujukan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Klien yang tidak mendapatkan CBT mengalami penurunan gejala perilaku kekerasan yang lebih rendah dibandingkan klien yang diberikan CBT dan REBT. Kejadian ini disebabkan kelompok klien tersebut tidak dilatih cara mencegah kemarahan dengan berpikir yang positif dan rasional dalam menghadapi kejadian yang mengganggu serta bagaimana latihan merubah perilaku negatif dengan perilaku positif yang lebih diterima oleh orang lain dan lingkungan.

Gejala perilaku kekerasan secara emosi menurun lebih baik pada klien yang mendapatkan terapi CBT dan REBT mencapai 82%. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Putri (2010) yang memberikan terapi REBT kepada 28 klien dengan perilaku kekerasan didapatkan respon emosi klien menurun secara bermakna mencapai 43%. Penurunan gejala perilaku kekerasan secara emosi pada penelitian ini mencapai hasil yang lebih tinggi daripada penelitian sebelumnya karena dilakukan dengan memadukan dua terapi yang sebelumnya digunakan secara terpisah.

Proses pelaksanaan CBT dan REBT pada penelitian ini memberikan kesempatan kepada klien untuk mengenali perasaan-perasaan yang disebabkan oleh pikiran yang tidak rasional terhadap setiap kejadian atau peristiwa yang tidak menyenangkan yang dialaminya selama ini. Klien memiliki kemampuan mengendalikan perasaannya setelah proses pelaksanaan CBT dan REBT melalui cara berpikir yang rasional dan sesuai fakta sehingga perasaan marah dapat dicegah.

Kelompok klien yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT pada penelitian ini mengalami penurunan emosi lebih rendah mencapai 71% karena klien belum tahu cara mengidentifikasi perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan yang diakibatkan adanya pemikiran dan keyakinan yang tidak rasional dalam menghadapi kejadian atau peristiwa dalam kehidupannya. Hal

Ini membuat klien tetap mempertahankan pemikiran yang tidak rasional tersebut sehingga ketika bertemu dengan peristiwa yang sama maka klien tidak mampu mengendalikan emosinya.

Hasil analisis terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan secara emosi setelah diberikan CBT dan REBT pada kelompok yang mendapatkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT menunjukkan perbedaan yang bermakna dimana pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT mengalami penurunan respon emosi lebih tinggi (berada dalam tingkat yang rendah).

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan penurunan gejala perilaku kekerasan secara perilaku lebih tinggi pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT mencapai 77%. Klien yang tidak mendapat CBT dan REBT juga mengalami penurunan gejala perilaku mencapai 64%. Perbedaan terlihat signifikan dimana klien yang mendapatkan CBT dan REBT gejalanya turun pada tingkat rendah, sedangkan klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT gejala perilaku turun masih dalam tingkat sedang. Putri (2010) juga menemukan bahwa klien dengan perilaku kekerasan setelah diberikan terapi REBT maka respon perilakunya menurun mencapai 47%. Penurunan gejala perilaku terjadi secara signifikan karena klien selama terapi telah diajarkan mengubah keyakinan irasional yang selama ini dipertahankan klien sehingga mencetuskan perilaku marah menjadi pikiran yang sesuai dengan kenyataan. Albert Ellis (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003) juga mengemukakan bahwa yang perlu dirubah oleh individu untuk mengatasi masalah emosi maupun perilakunya adalah adanya keyakinan irasional yang dikembangkan oleh dirinya.

Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan setelah dilakukan CBT dan REBT pada kelompok yang mendapat dan kelompok yang tidak mendapat CBT dan REBT menunjukkan bahwa perbedaan penurunan gejala perilaku secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT. Hal Ini

berarti pemberian terapi CBT dan REBT pada klien perilaku kekerasan menurunkan gejala perilaku yang lebih besar dari pada hanya diberikan terapi generalis.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan ditemukan penurunan gejala perilaku kekerasan secara sosial pada klien yang diberikan CBT dan REBT mencapai 73% lebih tinggi pada klien yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT yang mencapai 63%. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Putri (2010) ditemukan respon sosial klien meningkat mencapai 47% setelah diberikan terapi REBT. Penelitian tersebut lebih menekankan pada kemampuan klien untuk memberikan respon secara positif terhadap lingkungan sosial setelah diberikan REBT. Penelitian ini menitik beratkan pada gejala sosial yang terganggu ketika klien mengalami kemarahan. Gejala secara sosial pada klien perilaku kekerasan adalah menarik diri dari hubungan sosial, mengasingkan diri, menolak kehadiran orang lain, melakukan kekerasan kepada orang lain, mengejek, humor, serta mengabaikan hak orang lain (Keliat, 1996; Nihart, 1998; Stuart, 2009).

Boyd dan Nihart (1998) menyatakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial akan ditemukan penurunan interaksi sosial. Pengalaman marah dapat mengganggu hubungan interpersonal. Pemberian CBT dan REBT dapat mengajarkan klien berpikir positif terhadap lingkungan sosialnya sehingga hubungan interpersonalnya dengan orang lain meningkat. Gejala tersebut dapat hilang ketika klien mampu menuntaskan proses terapi CBT dan REBT.

Hasil penelitian menunjukkan klien yang mendapatkan terapi CBT dan REBT ditemukan mengalami penurunan gejala fisik mencapai 85%, sedangkan klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT penurunan gejala fisik mencapai 71%. Penelitian Putri (2010) juga menemukan penurunan gejala fisik setelah klien diberikan terapi REBT mencapai 76%. Penurunan gejala fisik terjadi paling besar dibandingkan gejala yang lainnya karena seluruh klien

mendapatkan terapi psikofarmaka berupa obat antipsikotik yang bekerja efektif terhadap penurunan gejala fisik klien. Gejala fisik juga sangat mudah diobservasi sehingga perubahannya juga mudah dikenali. Stuart (2009) menyatakan perilaku kekerasan dapat dilihat dari wajah tegang, tidak bisa diam, mengepalkan atau memukulkan tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan, dan kadang tiba-tiba seperti kataton. Gejala tersebut sudah tidak ditemukan lagi pada klien setelah diberikan CBT dan REBT karena kombinasi kedua terapi tersebut yang dibantu dengan psikofarmaka yang efektif akan menurunkan gejala fisik perilaku kekerasan klien. Penilaian gejala fisik tidak bisa terlepas dari pengaruh obat antipsikotik sehingga perlu dipertimbangkan dalam menilai perkembangan gejala perilaku kekerasan klien.

Terapi CBT dan REBT berpengaruh terhadap pengelolaan pikiran dan perasaan klien sehingga menjadi lebih rasional dan positif. Klien dengan kondisi seperti itu akan mudah mempertahankan dirinya tetap rileks dan secara fisik klien tidak menunjukkan gejala perilaku kekerasan.

6.2 Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Penurunan Gejala Halusinasi

Efektivitas CBT dan REBT terhadap penurunan gejala halusinasi pada penelitian ini sama dengan respon yang dinilai pada gejala perilaku kekerasan yaitu dari gejala kognitif, emosi, perilaku, sosial, dan fisiologis.

Penurunan gejala halusinasi klien setelah diberikan terapi CBT dan REBT juga mengalami penurunan yang signifikan. Sebelum diberikan terapi CBT dan REBT gejala halusinasi klien berada pada tingkat sedang baik untuk gejala kognitif, emosi, perilaku, sosial maupun fisiologis. Gejala tersebut kemudian menurun ke tingkat yang rendah setelah diberikan terapi CBT dan REBT. Penurunan gejala kognitif klien mencapai 87%, emosi 82%, perilaku 85%, sosial 87%, fisik 78%. Secara keseluruhan gejala halusinasi klien menurun mencapai 85%. Penelitian serupa juga pernah dilakukan oleh

Wahyuni (2010) yang mendapatkan bahwa dengan pemberian CBT dapat menurunkan gejala halusinasi sebesar 34.5%.

Klien yang tidak mendapatkan terapi CBT dan REBT juga mengalami penurunan gejala halusinasi mencapai 62% dimana gejala kognitif klien turun mencapai 72%, emosi 72%, perilaku 70%, sosial 71%, fisik 62%. Angka di atas menunjukkan penurunan gejala halusinasi pada klien yang diberikan terapi CBT dan REBT lebih besar daripada klien yang tidak diberikan CBT dan REBT. Penurunan gejala halusinasi pada kelompok klien yang tidak diberikan terapi CBT dan REBT terjadi karena mereka mendapatkan terapi generalis untuk halusinasi sesuai SAK. Penurunan gejala halusinasi setelah pemberian terapi generalis sesuai SAK telah dibuktikan oleh Caroline (2008) yang menemukan bahwa gejala halusinasi mencapai 14%. Penurunan gejala halusinasi dari hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa masih perlu adanya bentuk terapi lain yang lebih efektif untuk menurunkan gejala halusinasi supaya lebih optimal.

Penurunan gejala halusinasi klien pada penelitian ini cukup tinggi dan mencapai tingkat yang rendah. Penelitian ini membuktikan bahwa dengan memadukan dua terapi yaitu CBT dan REBT gejala halusinasi dapat menurun secara signifikan walaupun klien tersebut memiliki masalah lain yaitu perilaku kekerasan. Rogers dkk. (1990 dalam Birchwood, 2009) mengatakan bahwa perilaku kekerasan sering terjadi akibat isi halusinasi yang berupa perintah untuk melukai dirinya sendiri atau orang lain. Ancaman berupa tindakan kekerasan yang dapat dilakukan klien bisa dicegah apabila mendapatkan terapi CBT dan REBT secara optimal.

Stuart (2009) menyatakan terapi CBT bertujuan mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu. REBT lebih memfokuskan pada perubahan interpretasi klien terhadap kejadian atau peristiwa. Interpretasi yang tidak sesuai dengan kenyataan akan menyebabkan perubahan emosi dan perilaku seseorang ke

arah maladaptif. Frogatt (2005) juga menegaskan bahwa REBT berdasar pada konsep bahwa emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses pikir.

Terapi CBT dan REBT setelah dipadukan akan mampu mengubah pola berpikir, perasaan dan perilaku klien sehingga kemampuan adaptasinya terhadap stresor menjadi meningkat. Klien yang memiliki kemampuan beradaptasi dengan baik terhadap kejadian yang tidak menyenangkan akan mampu menunjukkan perilaku yang konstruktif. Penjelasan tersebut yang dilengkapi dengan hasil penelitian ini meyakinkan bahwa pada dasarnya terapi CBT dan REBT sangat efektif dalam menurunkan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia.

Gejala halusinasi klien dapat menurun karena pada prinsipnya terapi CBT maupun REBT berfungsi merubah fungsi berpikir klien ke arah yang positif dan akhirnya menimbulkan perasaan yang menyenangkan. Perasaan yang timbul dari cara berpikir positif akan membuat klien berperilaku konstruktif sehingga meskipun klien mengalami halusinasi namun kejadian itu tidak sampai membuat klien berpikir negatif tentang dirinya. Tindakan kekerasan yang sering dilakukan oleh klien skizofrenia tidak hanya karena perintah halusinasinya namun dapat diakibatkan oleh interpretasi negatif tentang dirinya akibat mengalami halusinasi. Penilaian negatif klien tentang dirinya terutama sering terjadi pada klien yang mengalami halusinasi kronis.

6.3 Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Peningkatan Kemampuan Kognitif, Afektif dan Perilaku Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan yang bermakna pada kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku klien pada kelompok yang diberikan CBT dan REBT setelah intervensi. Kemampuan klien secara kognitif, afektif dan perilaku setelah mendapatkan CBT dan REBT lebih tinggi berada pada tingkatan yang tinggi sedangkan sebelum diintervensi rata-

rata kemampuan klien berada pada tingkatan yang rendah. Kemampuan kognitif klien meningkat mencapai 74%, afektif 76%, dan perilaku 77%.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan Fauziah (2009) terhadap 13 klien dengan perilaku kekerasan yang menunjukkan bahwa pemberian CBT dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku masing-masing mencapai 66%. Penelitian oleh Putri (2010) terhadap 28 klien dengan perilaku kekerasan juga menunjukkan dengan pemberian REBT respon kognitif klien meningkat 9.6% dan kemampuan sosial 47%. Wahyuni (2010) dalam penelitiannya juga menemukan bahwa rata-rata klien dengan halusinasi kemampuan mengontrol halusinasi meningkat setelah diberikan CBT mencapai 18%.

Ketiga penelitian tersebut menggunakan terapi tunggal pada klien dengan diagnosis tunggal dan belum menilai secara lengkap kemampuan klien baik secara kognitif, afektif, dan perilaku. Penggabungan dua terapi yaitu CBT dan REBT ternyata memberikan hasil yang signifikan terhadap kemampuan klien baik kognitif, afektif, maupun perilaku walaupun klien memiliki dua diagnosis keperawatan yaitu perilaku kekerasan dan halusinasi. Hasil peningkatan kemampuan klien akan lebih tinggi jika pelaksanaan kedua terapi ini diberikan dalam kurun waktu yang lebih lama sehingga ketrampilan klien melatih kemampuan membudaya dalam kehidupan sehari-hari.

Bloom (1956 dalam Kasan, 2005) mengklasifikasikan tujuan pemberian pendidikan kedalam tiga domain, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Teori bloom melandasi penilain terhadap kemampuan klien dalam penelitian ini. Kemampuan kognitif mencakup aspek intelektual seperti pengetahuan dan ketrampilan berpikir, kemampuan afektif menekankan pada aspek perasaan dan emosi. Kemampuan yang terakhir yaitu perilaku menekankan pada aspek motorik yang dilihat dari kemampuan klien melaksanakan CBT dan REBT seperti menuliskannya di buku kerja dan jadwal kegiatan sehari-hari.

Peningkatan kemampuan yang signifikan pada kelompok klien yang diberikan terapi CBT dan REBT karena selama proses pelaksanaan terapi klien selalu dimotivasi untuk melakukan latihan secara mandiri yang menjadi tugas rumah (*home work*) yang dievaluasi secara terus menerus dengan menggunakan jadwal kegiatan harian, buku kerja, dan raport perkembangan klien. Latihan merupakan hal yang sangat penting dalam proses pembelajaran. Pernyataan ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Notoatmojo (2007) yang menyatakan latihan adalah penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktivitas tertentu. Latihan merupakan kegiatan yang nantinya diharapkan menjadi suatu pembiasaan atau pembudayaan. Pembudayaan akan membuat klien menjadi mandiri ketika menghadapi kejadian atau peristiwa yang tidak menyenangkan termasuk kejadian halusinasi yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan.

Buku kerja yang diberikan kepada klien dapat berguna untuk mengevaluasi kemampuan klien dalam mengatasi masalahnya. Klien mencatat kejadian yang tidak menyenangkan, perasaan dan pikiran yang muncul dari kejadian tersebut, pengalaman halusinasinya, pikiran otomatis negatif yang muncul saat menghadapi kejadian atau halusinasi. Klien juga menuliskan latihan mengubah pikiran dan perilaku negatif menjadi pikiran dan perilaku positif. Latihan mandiri yang dilakukan oleh klien dan dituliskan dalam buku kerja akan meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dan halusinasi baik secara kognitif, afektif, dan perilaku. Kemampuan tersebut diobservasi dan dievaluasi setiap hari sehingga klien menjadi mandiri. Peneliti meyakini hal inilah yang membuat peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien yang diberikan terapi CBT dan REBT signifikan dan sesuai dengan level yang diinginkan yaitu pada tingkat yang tinggi.

Peningkatan kemampuan klien terhadap terapi CBT dan REBT juga dapat dipengaruhi oleh proses pembentukan perilaku baru melalui modifikasi perilaku. Peneliti menerapkan prinsip-prinsip teori perilaku dengan memberikan penguatan (*reinforcement*) positif terhadap perilaku positif yang

dilakukan klien dan memberikan umpan balik negatif terhadap perilaku yang tidak diinginkan. Videbeck (2008) menyatakan modifikasi perilaku merupakan suatu metode yang dapat digunakan untuk menguatkan perilaku atau respon yang diinginkan melalui pemberian umpan balik baik positif maupun negatif. Peneliti juga menerapkan prinsip *token economy* berupa memberikan hadiah berupa alat-alat kebersihan diri jika perilaku yang diinginkan dilakukan oleh klien setelah mengumpulkan minimal 50% poin bintang selama satu minggu. Prinsip ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa tindakan keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada klien dengan perilaku kekerasan salah satunya adalah dengan *token economy*.

Token economy dalam proses pelaksanaan CBT dan REBT merupakan salah satu tipe dari *contingency contracting* dimana penguatan diberikan sesuai dengan perilaku yang diinginkan (Townsend, 2009). Pemberian *token economy* dan *reinforcement* ini memotivasi klien dalam melaksanakan perilaku positif yang diinginkan sehingga akhirnya kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien setelah diberikan terapi CBT dan REBT meningkat yang nantinya diharapkan membudaya pada kehidupan klien walaupun *token* sudah tidak diberikan.

6.4 Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi karakteristik klien seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, frekuensi dirawat, dan riwayat gangguan jiwa terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi. Penelitian yang dilakukan Putri (2010) juga tidak ditemukan adanya kontribusi karakteristik klien dalam perubahan respon perilaku kekerasan klien dengan skizofrenia. Hasil kedua penelitian membuktikan bahwa *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy* merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam menurunkan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia.

6.5 Karakteristik Klien yang Berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan klien setelah pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy*

Hasil penelitian menunjukkan karakteristik klien perilaku kekerasan dan halusinasi tidak berhubungan dengan peningkatan kemampuan kognitif dan afektif klien. Hal ini membuktikan perubahan perilaku secara kognitif dan afektif murni dipengaruhi oleh terapi CBT dan REBT. Hasil penelitian didapatkan ada karakteristik klien yang berhubungan dengan peningkatan kemampuan perilaku klien setelah pelaksanaan CBT dan REBT. Karakteristik tersebut diantaranya:

6.5.1 Usia Klien

Hasil penelitian diperoleh bahwa usia klien berhubungan dengan peningkatan kemampuan perilaku klien. Rata-rata klien berusia 32.01 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan usia tertua 55 tahun. Hasil ini menunjukkan bahwa klien yang berusia 32 tahun memiliki kontribusi dalam peningkatan kemampuan perilaku terhadap *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy*. Usia 32 tahun tergolong usia dewasa yang memiliki tugas-tugas perkembangan yang spesifik.

Jean Peaget (1980 dalam Fontaine, 2003) dengan teori kognitifnya menyatakan bahwa individu membangun kemampuan kognitif melalui tindakan yang termotivasi dengan sendirinya terhadap lingkungan. Usia dewasa dalam perkembangannya termasuk periode operasional formal. Karakteristik periode ini adalah diperolehnya kemampuan untuk berpikir secara abstrak, menalar secara logis, dan menarik kesimpulan dari informasi yang tersedia. Kemampuan pada periode perkembangan ini yang membuat klien lebih memahami dan termotivasi dalam melaksanakan terapi CBT dan REBT. Klien pada tahap perkembangan tersebut mampu menganalisa bahwa terapi CBT dan REBT yang diberikan jika dilaksanakan dengan baik dalam kehidupan sehari-hari akan membantu dirinya dalam menghadapi setiap stresor yang dialami.

6.5.2 Status Perkawinan

Hasil penelitian didapatkan bahwa status perkawinan berkontribusi dalam peningkatan kemampuan perilaku klien. Klien yang menikah peningkatan kemampuan perilaku terhadap *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy* lebih besar daripada yang tidak menikah setelah dikontrol oleh usia. Individu yang sudah menikah memiliki tuntutan untuk bertanggung terhadap keluarganya. Tanggung jawab tersebut dapat memotivasi mereka untuk meningkatkan hubungan dengan orang lain termasuk mengerjakan sesuatu untuk mencapai kesejahteraan keluarga. Terapi CBT dan REBT salah satu cara bagi mereka untuk kembali melaksanakan perannya dalam keluarga sehingga kewajiban tersebut dapat dilaksanakan kembali.

6.6 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan terutama dalam pengumpulan data. Peneliti menggunakan perawat lain dalam pengumpulan data terutama saat melakukan *post test* terhadap gejala perilaku kekerasan dan halusinasi namun sebelumnya tidak dilakukan penyamaan persepsi dan cara pengambilan data melalui uji interrater. Keterbatasan lainnya adalah kuesioner untuk gejala halusinasi jumlahnya hanya sedikit sehingga untuk masing-masing gejala kognitif, emosi, perilaku, dan sosial hanya diwakili oleh tiga pertanyaan sedangkan untuk gejala fisik oleh 5 pertanyaan. Jumlah pertanyaan yang sedikit mengakibatkan kurang mewakili secara maksimal informasi yang dibutuhkan untuk mengetahui pengungkapan gejala halusinasi klien. Responden yang diambil adalah klien skizoprenia sehingga dengan banyaknya informasi yang diinginkan menyebabkan klien merasa cepat bosan sehingga jawaban yang dituliskan dalam kuesioner terutama untuk gejala perilaku kekerasan dan halusinasi kadang tidak sesuai dengan hasil observasi terhadap klien.

Peneliti dalam mengelompokkan klien untuk menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol masih dalam ruangan yang sama walaupun berbeda kamar namun frekuensi kedua kelompok untuk saling interaksi dan berbagi informasi cukup tinggi sehingga berisiko bias, walaupun penelitian kali ini hasilnya tidak menunjukkan bias. Proporsi klien yang berjenis kelamin laki-laki jauh lebih tinggi daripada klien wanita sehingga hasil yang diperoleh kurang mewakili untuk klien wanita.

Evaluasi dilakukan pada pertemuan ke delapan setelah sesi-sesi CBT dan REBT berakhir, hal ini menyebabkan belum dapat diobservasi sepenuhnya perubahan gejala dan kemampuan klien dalam menerapkannya pada kehidupan sehari-hari. Pelaksanaan dua terapi dilakukan hanya 8 hari untuk tiap individu sehingga klien harus banyak latihan mandiri, namun untuk klien yang motivasinya rendah dalam mengikuti terapi maka hasilnya tidak maksimal.

Post tes untuk kemampuan hanya dilakukan satu hari setelah sesi CBT dan REBT dilakukan sehingga rata-rata klien masih dapat mengingat dan melakukannya dengan baik dan hasilnya sangat memuaskan sedangkan pada pertemuan kesembilan tidak dilakukan penilaian akhir terhadap kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien setelah pelaksanaan CBT dan REBT.

6.7 Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian ini dapat berpengaruh terhadap pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan dan pendidikan keperawatan, serta terhadap penelitian berikutnya.

6.7.1 Pelayanan Keperawatan Jiwa

Terapi CBT dan REBT dapat menjadi salah satu terapi modalitas keperawatan jiwa yang efektif jika dipadukan dalam pelaksanaannya sehingga dapat membantu klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuannya kognitif, afektif dan

perilaku klien secara optimal. Setiap individu pernah mengalami peristiwa atau kejadian yang tidak menyenangkan dalam hidupnya. Kebiasaan menggunakan opini daripada mencari fakta yang sebenarnya terkait peristiwa yang dialami mengakibatkan individu memiliki perasaan yang terganggu dan juga dapat berkembang menjadi pikiran otomatis negatif. Perasaan dan pikiran yang negatif inilah yang mendorongnya untuk melakukan tindakan yang tidak baik termasuk perilaku kekerasan.

Terapi CBT dan REBT dapat memberikan ketrampilan klien menanggapi peristiwa yang dialami secara positif sehingga perasaan marah dapat diatasi dan akhirnya tidak sampai melakukan tindakan kekerasan baik ditujukan pada diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan. CBT dan REBT juga dapat diberikan pada saat klien sudah pulang dan hidup di tengah-tengah keluarga dan masyarakat. Kemampuan yang dimiliki klien nantinya akan berimplikasi terhadap pendeknya hari rawat yang dibutuhkan klien di rumah sakit.

6.7.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah keilmuan tentang memadukan dua terapi seperti CBT dan REBT untuk mengatasi klien yang memiliki diagnosis lebih dari satu yang dapat diberikan baik di tatanan rumah sakit maupun komunitas dalam upaya meningkatkan kesehatan jiwa bagi masyarakat.

Pelaksanaan gabungan terapi CBT dan REBT secara teknis lebih mudah dimulai dari identifikasi kejadian yang tidak menyenangkan. Kejadian tersebut lebih mudah menstimulasi klien untuk mengungkapkan perasaan, pikiran dan perilaku yang terjadi sebelumnya. Prinsipnya perasaan dan perilaku negatif timbul dari interpretasi terhadap kejadian yang tidak tepat (tidak sesuai kenyataan) sehingga sangat tepat jika terapi CBT dan REBT diberikan secara terpadu karena saling melengkapi. Modifikasi dua terapi ini akan menambah wawasan keilmuan di dunia keperawatan sehingga dapat

memberikan pelayanan keperawatan yang optimal baik di tatanan rumah sakit maupun komunitas.

6.7.3 Penelitian Berikutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk pelaksanaan penelitian berikutnya tentang efektivitas terapi CBT dan REBT terhadap peningkatan perkembangan keperawatan jiwa pada berbagai individu dan kelompok dengan masalah keperawatan yang sama atau berbeda. Perlu dilakukan penelitian lanjutan seperti *cohort* dimana klien yang diberikan perpaduan dua terapi CBT dan REBT diikuti perkembangannya hingga beberapa bulan. Hasilnya dapat digunakan untuk melihat pengaruh terapi CBT dan REBT terhadap angka kekambuhan klien khususnya klien dengan gangguan jiwa.

Penelitian ini juga sebagai dasar untuk mengetahui pengaruh peningkatan kemampuan klien terhadap terapi CBT dan REBT dalam menurunkan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi. Klien skizofrenia yang memiliki gejala perilaku kekerasan dan halusinasi akan memiliki harapan yang lebih besar untuk tinggal di masyarakat jika gejala perilaku kekerasan dan halusinasinya dapat diatasi secara mandiri menggunakan kemampuan CBT dan REBT.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik simpulan dan saran sebagai berikut:

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik dari 60 orang klien yang menjadi responden yang dilakukan dalam penelitian ini rata-rata berusia 32.01 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan tertua 55 tahun, jenis kelamin lebih banyak laki-laki (85.9%), sebagian besar tidak bekerja (53.3%), memiliki jenjang pendidikan SMA dan Perguruan Tinggi (60.0%), sebagian besar tidak kawin (75.0%), adanya riwayat gangguan jiwa (58.3%) dan frekuensi dirawat di rumah sakit 2 kali atau lebih (75.0%) .
- 7.1.2 *Cognitive behaviour therapy* dan *rational behaviour therapy* efektif dalam menurunkan gejala perilaku kekerasan baik kognitif, emosi, perilaku, sosial, dan fisiologis dari tingkat sedang ke rendah. Penurunan gejala perilaku kekerasan klien mencapai 77%.
- 7.1.3 *Cognitive behaviour therapy* dan *rational behaviour therapy* efektif dalam menurunkan gejala halusinasi baik kognitif, emosi, perilaku, sosial, dan fisiologis dari tingkat sedang ke rendah. Penurunan gejala halusinasi klien mencapai 85%.
- 7.1.4 *Cognitive behaviour therapy* dan *rational behaviour therapy* efektif dalam meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien dari tingkat rendah ke tingkat yang tinggi. Kemampuan kognitif meningkat mencapai 74%, afektif 76%, dan perilaku 77%. Komposit kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien perilaku kekerasan dan halusinasi meningkat mencapai 75%.

7.1.5 Usia 32 tahun dan status menikah berpengaruh sebesar 19.9% dan memiliki hubungan sedang terhadap peningkatan kemampuan perilaku klien dengan nilai r 0.447.

7.2 Saran

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

7.2.1 Aplikasi keperawatan

7.2.1.1 Perawat jiwa di rumah sakit diharapkan selalu memotivasi klien dan mengevaluasi kemampuan-kemampuan yang telah dipelajari dan dimiliki oleh klien sehingga latihan yang diberikan membudaya. Apabila terjadi kemunduran pada klien hendaknya perawat ruangan mengkonsultasikan perkembangan kliennya yang telah mendapat terapi spesialis kepada perawat spesialis yang dimiliki rumah sakit.

7.2.1.2 Rumah Sakit hendaknya membuat program terapi spesialis keperawatan sehingga klien yang telah mendapatkan terapi keperawatan spesialis dapat melanjutkan terapinya walaupun klien telah pulang dari rumah sakit. Program ini nantinya dapat memberikan *follow up* terhadap perkembangan klien sehingga kekambuhan klien dengan masalah yang sama yaitu perilaku kekerasan dan halusinasi dapat dicegah.

7.2.2 Pengembangan Keilmuan

7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan terapi CBT dan REBT sebagai kompetensi yang harus dikuasai mahasiswa dalam melaksanakan praktik keperawatan di tatanan keperawatan jiwa.

7.2.2.2 Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan terapi CBT yang dipadukan dengan REBT baik pada individu maupun kelompok, sehingga menjadi modalitas terapi

keperawatan jiwa yang efektif dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa dan meningkatkan derajat kesehatan jiwa.

7.2.3 Penelitian Berikutnya

7.2.3.1 Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi dengan *cohort* untuk melihat pencapaian kemampuan dalam menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dan halusinasi setelah dilakukan terapi CBT dan REBT.

7.2.3.2 Perlunya dibuat kuesioner yang mampu mewakili pengungkapan kemarahan dan halusinasi baik kognitif, emosi, perilaku, sosial dan fisiologis sehingga data yang diperoleh optimal.

7.2.3.3 Perlu dilakukan penelitian sejenis dengan mempertimbangkan karakteristik klien dan unsur psikofarmaka. Klien yang menjadi kelompok intervensi diambil dari ruangan yang berbeda dengan kelompok kontrol sehingga tidak menimbulkan bias dalam penelitian.

7.2.3.4 Perlunya dilakukan penelitian lanjutan yang melihat pengaruh peningkatan kemampuan klien setelah terapi CBT dan REBT terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan dan halusinasi pada klien skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

- Birchwood. (2009). *Cognitive behaviour therapy for commend hallucination*. <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=503>, diperoleh tanggal 10 Februari 2011.
- Boyd, M.A. & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. USA. Lippincott Raven Publisher.
- Bungin, B. (2010). *Metodologi penelitian kuantitatif*. Jakarta: Kencana.
- Carson. (2000). *Mental health nursing*. United State of America: W.B. Saunders Company.
- Caroline. (2008). *Pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi di RS Jiwa Soeharto Heerdjan Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Cristopher, E. (2010). *Anger, aggression, and irrational beliefs in adolescents*, Cogn Ter Res. Springer Science LLC diperoleh tanggal 12 Februari 2010.
- Erwina, I. (2010) *Pengaruh cognitive behavior therapy terhadap post-traumatic stress disorder pada penduduk pasca gempa di kelurahan air tawar barat kecamatan padang utara propinsi sumatera barat*. Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Fauziah (2009). *Pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental health nursing*. new jersey. Pearson Education. Inc.
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental health nursing*. new jersey. Pearson Education. Inc.
- Froggatt, W (2005). *A brief introduction to rational emotive behaviour therapy, journal of rational emotive behaviour therapy, version Feb 2005*
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan).
- Herdman, T.H. (2010). *Nursing Diagnoses : Definition and classification 2009 – 2011*, by Nanda International, Alih bahasa : Sumarwati Made, Widiarti Dwi, Tiar Estu, Jakarta : EGC.
- Jalil, M. (2006). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizoprenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang*. Skripsi. Tidak dipublikasikan.

- Kaplan & Sadock. (2007). *Sinopsis psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Kasaan. (2005). *Dasar-dasar pendidikan*. Jakarta: Studia Press.
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di RSJP Bogor*. Disertasi. Jakarta. FKM UI. tidak dipublikasikan.
- Keliat, BA, Akemat (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Kneisl, C.R., Wilson, S.K., and Trigoboff, E. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kusumawati, F. dan Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kazantzis, Reinecke, and Freeman (2010). *Cognitive and behavioral Theories in clinical practice*. America: The Guilford Press.
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press.
- Martin & Dahlen (2004). *Irrational beliefs and the experience and expression of anger, Journal of rational emotive & cognitif- behaviour therapy, Vol 22, No. 1, Spring*.
- Hasmila. (2009). *Pengaruh family psychoeducation therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di kabupaten bireuen nangroe aceh darussalam*. Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- NIMH. (2011). *The numbers count mental disorders in America* <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/index.shtml>, diperoleh tanggal 20-02-2011.
- Notoatmodjo,S.(2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo,S.(2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pusat Penelitian dan Perkembangan Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. www.litbang.go.id, diperoleh tanggal 10 Februari 2011.
- Putri, E.D. (2010). *Pengaruh rational emotive behaviour therapy pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis. Tidak dipublikasikan.

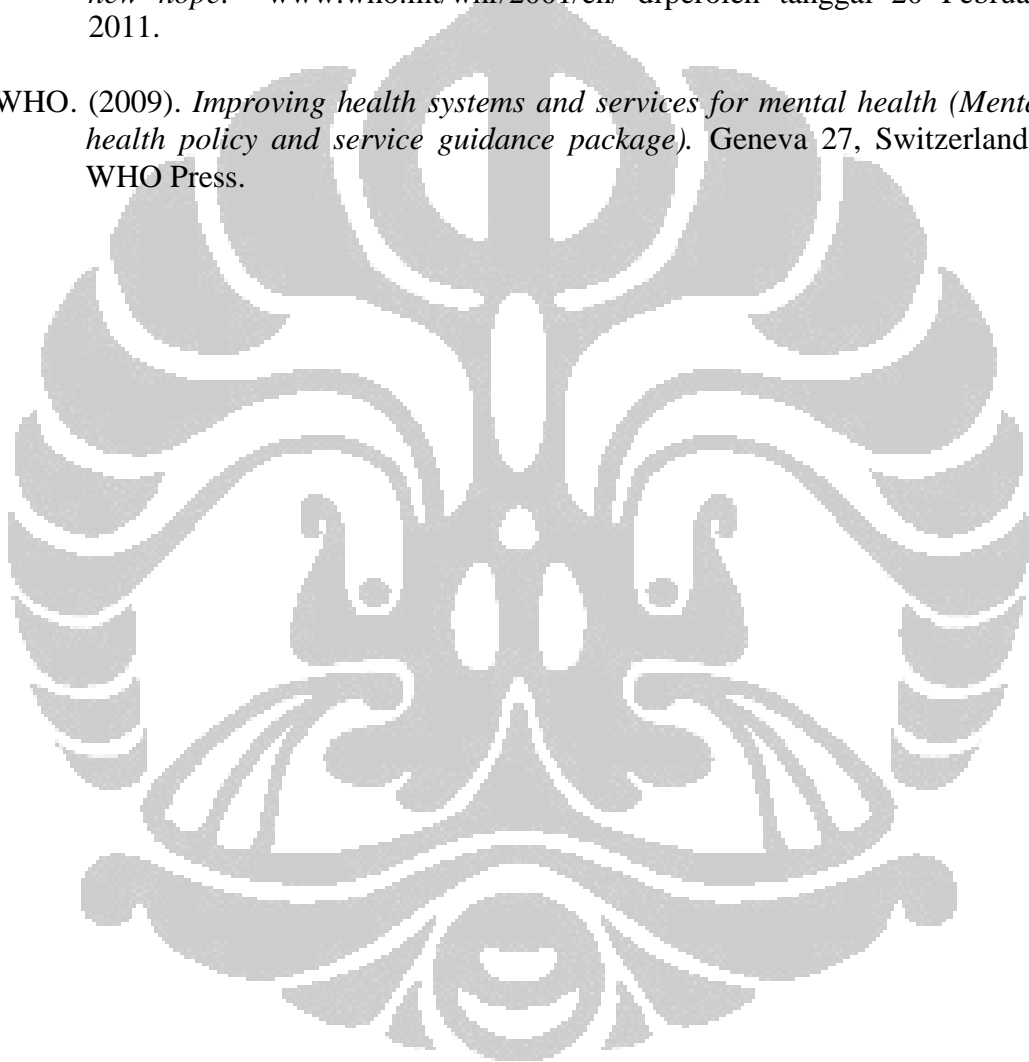
- Rieckert & Moller (2000). *Rational – emotive behaviour therapy in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse*, *Journal of Rational Emotive & Cognitif- Behaviour Therapy*, Vol 18, No. 2, Summer.
- Rawlins & Beck, C.K. (1993). *Mental health- psychiatric nursing 3 rd Ed.* St. Louis : Mosby Year.
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Sabri, L & Hastono, S.P. (2007). *Statistik kesehatan*. Edisi 1. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (3th ed). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Semiun, Y. (2006). *Kesehatan mental*. Yogyakarta: Kanisius.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby.
- Stuart, G.WT (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th edition). St Louis: Mosby.
- Stuart, G.W & Sundeen. (1995). *Principles practice psychiatric nursing* (5th edition). St. Louis : Mosby.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Varcarolis, E.M. (2003). *Psychiatric nursing clinical guide; assesment tools and diagnosis* . Philadelphia: W.B Saunders Co.
- Varcarolis, E.M. (2006). *Psychiatric nursing clinical guide; assesment tools and diagnosis* . Philadelphia :W.B Saunders Co.
- Varcarolis & Halter. (2009). *Psychiatric nursing clinical guide; assesment tools and diagnosis* . Philadelphia: W.B Saunders Co.
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Videbeck, S.L.(2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta. EGC.
- Wardani. (2009). *Pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan*. Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.

Wahyuni, S.E. (2010). *Pengaruh cognitive behaviour therapy terhadap halusinasi pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan*. Tesis. Tidak dipublikasikan.

Wahyuningsih, D. (2009). *Pengaruh assertive training terhadap perilaku kekerasan pada klien skizoprenia*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.

WHO. (2001). *The world health report: 2001: mental health: new Understanding, new hope*. www.who.int/whr/2001/en/ diperoleh tanggal 20 Februari 2011.

WHO. (2009). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva 27, Switzerland : WHO Press.



JADUAL PELAKSANAAN PENELITIAN
EFEKTIVITAS *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* DAN *RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY*
TERHADAP KLIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN DAN HALUSINASI
DI RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

No.	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2011)																														
		Februari				Maret					April				Mei				Juni					Juli								
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4					
1	Penyusunan dan Uji Proposal																															
2	Perbaikan, Uji Etik dan Kompetensi																															
3	Pengurusan izin administrasi Penelitian																															
4	Pengumpulan data																															
5	Analisis dan penafsiran data																															
6	Penyusunan Laporan Akhir																															
7	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																															
8	Perbaikan hasil seminar penelitian																															
9	Sidang Tesis																															
10	Perbaikan hasil sidang tesis																															
11	Pengumpulan Tesis																															

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No.	Pokok Bahasan Materi Pernyataan	Jml	No. Soal		
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
A.	Data Demografi				
1.	Usia Responden	1	1		
2.	Jenis Kelamin	1	2		
3.	Pendidikan	1	3		
4.	Pekerjaan	1	4		
5.	Status perkawinan	1	5		
6.	Riwayat gangguan jiwa	1	6		
7.	Frekuensi dirawat di rumah sakit karena gangguan jiwa	1	7		
B.	Respon – respon Perilaku Kekerasan				
1.	Respon Kognitif	6	10,21,22	3,6,25	
2.	Respon Emosi / Afektif	7	5, 20	2,4,8,11,15	
3.	Respon Perilaku / Psikomotor	6	14,18,24,26	1,12	
4.	Respon Sosial	7	13,16	7,9,17,19,23	
5.	Respon fisik	5	Observasi 1,2,3,4,5		
C.	Respon – respon Halusinasi				
1.	Respon Kognitif	3		3,4,8	
2.	Respon Emosi / Afektif	3		1,2,5	
3.	Respon Perilaku / Psikomotor	3		10,11,12	
4.	Respon Sosial	3	9	6,7	
5.	Respon fisik	5	Observasi 6,7,8,9,10		
D.	Kemampuan Klien Sebelum dan Sesudah <i>CBT</i> & <i>REBT</i>				
1.	<i>CBT</i>	Mengidentifikasi pikiran negatif	5	5	1,2,3,4
2.		Mengidentifikasi perilaku negatif	5	8	6,7,9,10
3.		Mengubah pikiran negatif	5	11,12,14,15	13
4.		Mengubah perilaku negatif	6	16,18,21	17,19,20
5.		Mencegah kekambuhan	4	22,25,26	23,24
6.		Observasi	10	1 - 10	
1.	<i>REBT</i>	Mengidentifikasi kejadian	4	29,30	27,28,
2.		Mengidentifikasi respon terhadap kejadian	8	33,34,36	31,32,35,37, 38
3.		Melawan perasaan dan perilaku yang tidak rasional	8	39,41,42,43,44, 45,46	40
4.		Mencegah kekambuhan	4	48,49,50	47
5.		Observasi	10	11 - 20	

Penjelasan tentang Penelitian

Judul Penelitian :

“Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* Terhadap Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor”

Peneliti : I Ketut Sudiatmika

No Telepon : 085719730003

Saya I Ketut Sudiatmika (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* Terhadap Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negative bagi siapapun. Peneliti akan 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 behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy*.

Bogor,

....., 2011

Responden,

Nama Jelas

Kuesioner A: Identitas Responden

Petunjuk pengisian :

Pilihlah salah satu dari jawaban yang tersedia dengan memberi tanda centang (✓) pada kotak di sebelah jawaban yang saudara pilih.

-
1. Umur : (tahun)
 2. Jenis kelamin
 Laki – laki Perempuan
 3. Pendidikan :
 Tidak pernah sekolah
 SD
 SMP
 SMA
 Akademi / Perguruan Tinggi
 4. Pekerjaan :
 Tidak bekerja
 Buruh / Tani
 Swasta
 Wiraswasta
 PNS / ABRI
 5. Status Perkawinan:
 Kawin Belum kawin Janda Duda
 6. Riwayat gangguan jiwa
 Ada Tidak ada
 7. Frekuensi di rawat:kali

KUESIONER B: PENGUNGKAPAN KEMARAHAN

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Berilah tanda (√) pada **selalu** jika lebih dari 3 kali sehari
2. Berilah tanda (√) pada **sering** jika 2-3 kali sehari
3. Berilah tanda (√) pada **jarang** jika kurang dari 2 kali sehari
4. Berilah tanda (√) pada **tidak pernah** jika tidak sama sekali

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1	Saya tidak bisa melakukan aktivitas apapun jika sedang marah				
2	Saya sakit hati jika melihat orang yang telah membuat saya marah				
3	Saya mencoba melupakan peristiwa yang menyebabkan saya marah				
4	Saya senang jika dapat mengalahkan orang yang telah membuat saya marah				
5	Menurut saya, marah adalah perasaan yang biasa dialami setiap orang				
6	Saya sulit melupakan peristiwa yang telah membuat saya marah				
7	Bila sedang marah, saya tidak peduli dengan orang sekitar saya				
8	Saya kesal bila ada orang yang tidak menghargai pekerjaan saya				
9	Saya tidak mau bekerja bersama orang yang telah membuat saya marah				
10	Saya akan mengungkapkan jika ada orang yang menyinggung perasaan saya				
11	Saya akan berteriak atau memaki seseorang agar perasaan marah saya terlampaikan				
12	Saya akan langsung membalas orang yang telah membuat saya marah				
13	Saya akan menyampaikan alasan yang membuat saya marah kepada seseorang				

(Lanjutan)

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
14.	Saya berusaha meredam kemarahan saya dengan tetap rileks				
15.	Saya akan menangis dan pergi ke tempat yang sepi saat kemarahan saya sudah tidak terkendali				
16.	Saya akan pergi dan berkumpul dengan teman-teman bila sedang marah				
17.	Saya harus dihargai oleh orang lain				
18.	Saya mencoba mengurangi kemarahan saya dengan membaca buku				
19.	Saya tidak mau jika diajak membicarakan orang yang saya benci				
20.	Saya akan memaafkan orang yang menyakiti perasaan saya				
21.	Saya mencoba melihat hal positif dari setiap peristiwa yang telah membuat saya marah				
22.	Saya berusaha mencari penyelesaian dari masalah yang saya hadapi untuk mengurangi kemarahan				
23.	Saya tidak akan mendengarkan perkataan dari orang yang saya benci				
24.	Saya berusaha mengurangi kemarahan dengan cara minum air putih				
25.	Saya tidak akan pernah melupakan orang yang telah menyakiti perasaan saya				
26.	Saya minum obat penenang untuk mengurangi kemarahan saya				

KUESIONER C: PENGUKURAN HALUSINASI

Petunjuk Pengisian:

1. Berilah tanda (✓) pada **selalu** jika lebih dari 3 kali sehari
2. Berilah tanda (✓) pada **sering** jika 2-3 kali sehari
3. Berilah tanda (✓) pada **jarang** jika kurang dari 2 kali sehari
4. Berilah tanda (✓) pada **tidak pernah** jika tidak sama sekali

No	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1.	Saya takut saat mendengar suara-suara bisikan				
2.	Saya kesal dengan suara-suara bisikan yang saya dengar				
3.	Suara-suara bisikan yang saya dengar tidak mengganggu kehidupan saya sehingga tidak perlu dihilangkan				
4.	Saya yakin suara-suara bisikan yang saya dengar adalah sesuatu yang nyata				
5.	Saya merasa nyaman dengan suara-suara bisikan yang saya dengar				
6.	Saya tidak suka diganggu orang lain saat mendengar suara-suara bisikan tersebut				
7.	Saya akan mengusir orang yang mendekati saya saat mendengar suara-suara bisikan				
8.	Saya tidak bisa berkonsentrasi terhadap pekerjaan saya saat mendengar suara-suara bisikan				
9.	Saya percaya bahwa suara-suara bisikan yang saya dengar akan membuat saya sulit berinteraksi dengan orang lain				
10.	Saya tertawa karena suara-suara bisikan yang saya dengar adalah sesuatu yang lucu				
11.	Saya mengikuti apa yang diperintahkan oleh suara-suara bisikan yang saya dengar				
12.	Saya malas mengerjakan apapun saat mendengar suara-suara bisikan				

KUESIONER D: KEMAMPUAN CBT DAN REBT

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Berilah tanda (√) pada **selalu** jika lebih dari 3 kali sehari
2. Berilah tanda (√) pada **sering** jika 2-3 kali sehari
3. Berilah tanda (√) pada **jarang** jika kurang dari 2 kali sehari
4. Berilah tanda (√) pada **tidak pernah** jika tidak sama sekali

No	Kemampuan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
CBT : MENGIDENTIFIKASI PIKIRAN NEGATIF					
1.	Saya lebih banyak memikirkan hal yang negatif daripada hal positif dalam diri saya.				
2.	Apapun yang saya lakukan pasti salah				
3.	Saya pasti gagal dalam segala hal				
4.	Kegagalan yang saya alami akibat ketidakmampuan saya.				
5.	Saya menuliskan pikiran negatif dan pikiran positif dalam buku latihan saya				
CBT : MENGIDENTIFIKASI PERILAKU NEGATIF					
6.	Pikiran yang negatif mendorong saya untuk melakukan tindakan yang tidak baik				
7.	Saya tidak mau tindakan yang tidak baik yang pernah saya lakukan diketahui orang lain				
8.	Saya mengetahui akibat dari tindakan yang saya lakukan				
9.	Saya sulit membedakan mana tindakan yang baik dan yang buruk				
10.	Saya suka melakukan tindakan yang tidak baik				
CBT : MENGUBAH PIKIRAN NEGATIF					
11.	Saya memilih salah satu pikiran negatif yang paling mengganggu saya dan melawannya dengan pikiran positif.				
12.	Saya latihan melawan pikiran negatif dengan dibantu perawat				

(Lanjutan)

No	Kemampuan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
13.	Saya tidak berlatih melawan pikiran negatif yang mengganggu saya dengan menggunakan pikiran yang positif				
14.	Saya menggunakan pikiran yang baik untuk melawan pikiran negatif yang mengganggu saya				
15.	Saya latihan mengingat pikiran negatif yang lain dan berlatih cara melawannya sesuai jadwal				
CBT : MENGUBAH PERILAKU NEGATIF					
16.	Saya memilih salah satu tindakan yang tidak baik untuk dirubah menjadi tindakan yang baik				
17.	Saya tidak mendiskusikan dengan perawat tentang perilaku tidak baik yang akan diubah.				
18.	Saya membuat rencana untuk melakukan tindakan yang baik.				
19.	Saya suka melakukan tindakan yang tidak baik.				
20.	Saya malas menuliskan tindakan yang baik dalam buku latihan.				
21.	Saya melawan pikiran dan tindakan yang tidak baik dengan pikiran dan tindakan yang baik secara mandiri				
CBT : MENCEGAH KEKAMBUHAN					
22.	Saya minum obat sesuai aturan agar kemarahan dan suara-suara bisikan yang saya alami selama ini tidak muncul kembali.				
23.	Saya malas mengikuti aktivitas yang diprogramkan di ruangan.				
24.	Saya menggunakan pikiran dan tindakan yang baik dalam menyelesaikan masalah yang saya hadapi				
25.	Saya merasakan manfaat menggunakan pikiran dan tindakan yang positif dalam menghadapi masalah.				

(Lanjutan)

No	Kemampuan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
26.	Saya akan melatih penggunaan pikiran dan tindakan positif secara terus menerus karena bermanfaat besar untuk kehidupan saya				
REBT : MENGIDENTIFIKASI KEJADIAN					
27.	Saya mengalami peristiwa yang membuat saya marah				
28.	Peristiwa halusinasi yang saya alami membuat saya merasa kesal				
29.	Saya menceritakan peristiwa yang saya alami kepada perawat				
30.	Saya menceritakan kepada perawat perasaan yang saya alami dalam menghadapi peristiwa yang tidak menyenangkan dalam hidup saya				
REBT : RESPON PERASAAN DAN PERILAKU TERHADAP KEJADIAN					
31.	Saat menghadapi peristiwa yang tidak menyenangkan maka saya akan bertindak sesuai dengan apa yang menurut saya benar				
32.	Perasaan dan tindakan saya tidak sesuai dengan kenyataan				
33.	Saya mendiskusikan tentang perasaan saya dengan perawat				
34.	Saya mengukur tingkat perasaan saya menggunakan termometer perasaan				
35.	Saya tidak mengukur tingkat perasaan saya dengan termometer perasaan karena tidak ada gunanya.				
36.	Dengan mengukur tingkat perasaan menggunakan termometer perasaan membuat saya nyaman				
37.	Saya yakin ada yang tidak beres dengan peristiwa yang saya alami dan hal itulah yang menyebabkan saya marah.				
38.	Kemarahan membuat tindakan yang saya lakukan tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya.				

(Lanjutan)

REBT : MELAWAN PERASAAN DAN PERILAKU YANG TIDAK RASIONAL					
39.	Saya tahu perbedaan antara kenyataan dengan asumsi				
40.	Saya lebih percaya pada asumsi saya daripada harus mendengarkan orang lain.				
No	Kemampuan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
41.	Saya berusaha mencari kebenaran dari peristiwa yang saya hadapi untuk menghilangkan prasangka buruk				
42.	Saya berusaha mencari informasi yang benar dari kejadian tidak menyenangkan yang saya hadapi				
43.	Saya harus melakukan sesuatu yang masuk akal karena saya berfikir secara rasional.				
44.	Saya mengubah tindakan saya yang tidak sesuai kenyataan dengan tindakan yang sesuai kenyataan				
45.	Perasaan dan tindakan yang saya lakukan bukan dipengaruhi oleh prasangka namun sesuai kenyataan				
46.	Dengan berpikir dan berbuat sesuai kenyataan membuat saya nyaman				
REBT : MENCEGAH KEKAMBUHAN					
47.	Perasaan saya harus sesuai dengan prasangka saya				
48.	Saya akan bertindak sesuai kenyataan bukan berdasarkan perasaan dan prasangka.				
49.	Saya akan mempertahankan perasaan dan tindakan saya yang sesuai kenyataan dalam kehidupan sehari-hari.				
50.	Saya merasakan manfaat belajar menggunakan perasaan dan perilaku yang baik dalam menghadapi peristiwa yang tidak menyenangkan.				

**LEMBAR OBSERVASI I: TANDA DAN GEJALA FISIK KLIEN
PERILAKU KEKERASAN DAN
HALUSINASI**

(diisi oleh peneliti)

A. Petunjuk Pengisian :

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda (√) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang dilakukan klien selama ini dengan ketentuan : Ya (2) jika klien menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.
Tidak (1) jika klien tidak menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.
2. Amati dengan teliti dan seksama

No	PERNYATAAN	Ya (2)	Tidak (1)
1.	Pernafasan meningkat (di atas 20 kali per-menit)		
2.	Nadi meningkat (di atas 80 kali per-menit)		
3.	Produksi keringat meningkat (kulit teraba lembab)		
4.	Pandangan mata tajam (pandangan tertuju pada satu objek dalam waktu yang lama)		
5.	Raut muka merah (peningkatan vaskularisasi di area wajah)		
6.	Ekspresi wajah tegang		
7.	Tampak mondar-mandir		
8.	Tampak asyik dengan halusinasinya		
9.	Tidak ada/ kurang kontak mata		
10.	Sikap tubuh terpaku		

LEMBAR OBSERVASI II: KEMAMPUAN MENGIKUTI CBT DAN REBT

A. Petunjuk Pengisian :

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda (√) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang dilakukan klien selama ini dengan ketentuan : Ya (2) jika klien menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.
Tidak (1) jika klien tidak menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.
2. Amati dengan teliti dan seksama

No	PERNYATAAN	Ya (2)	Tidak (1)
1	Klien mengungkapkan pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri.		
2	Klien mencatat pikiran dan perilaku negatif dalam buku catatan harian.		
3	Klien memilih pikiran otomatis negatif yang akan diatasi		
4	Klien berlatih cara melawan pikiran otomatis negatif		
5	Klien mengungkapkan perilaku negatif yang dilakukan akibat pikiran negatifnya		
6.	Klien memilih perilaku negatif yang akan diubah		
7.	Klien mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki untuk melawan perilaku negatif		
8.	Klien melatih perilaku positif sesuai jadwal		
9.	Klien menggunakan pikiran positif dalam mengatasi masalah		
10	Klien menggunakan perilaku positif dalam menyelesaikan masalah		
11.	Klien mengungkapkan kejadian/peristiwa yang tidak menyenangkan yang membuat klien marah		
12.	Klien menyampaikan perasaan dan tindakan yang dilakukan dalam menghadapi peristiwa yang tidak menyenangkan.		

(Lanjutan)

No	PERNYATAAN	Ya (2)	Tidak (1)
13.	Klien membuat termometer perasaan dalam menghadapi peristiwa yang tidak menyenangkan		
14.	Klien mampu mengungkapkan manfaat membuat termometer perasaan.		
15.	Klien mampu membedakan antara fakta dengan opini		
16.	Klien mampu menyampaikan manfaat mencari perbedaan antara fakta dan opini dalam menghadapi kejadian tidak menyenangkan.		
17.	Klien mampu melawan perasaan yang irasional dengan perasaan yang rasional		
18.	Klien mampu merubah perilaku yang tidak rasional dengan perilaku yang rasional.		
19.	Klien mampu mempertahankan keyakinan, perasaan dan tindakan yang rasional.		
20.	Klien mampu merencanakan peningkatan kemampuan membentuk keyakinan yang rasional dan mencegah perilaku yang tidak rasional.		

Daftar Pelaksanaan Terapi CBT dan REBT pada klien PK dan Halusinasi di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor Tahun 2011

NO	KLIEN	RUANGAN	PRE TEST	PERTEMUAN KE								POST TEST
				1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Tn. A	Yudistira	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	05/03/2011	05/04/2011	05/05/2011	05/06/2011
2	Tn. Hs.	Yudistira	26/04/2011									05/06/2011
3	Tn. Ag	Yudistira	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	05/03/2011	05/04/2011	05/05/2011	05/06/2011
4	Tn. Tn	Yudistira	26/04/2011									05/06/2011
5	Tn. S	Yudistira	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	05/03/2011	05/04/2011	05/05/2011	05/06/2011
6	Tn. Su	Yudistira	26/04/2011									05/06/2011
7	Tn. B	Sadewa	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	05/03/2011	05/04/2011	05/05/2011	05/06/2011
8	Tn. Bo	Sadewa	26/04/2011									05/06/2011
9	Tn. Ah	Sadewa	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	05/03/2011	05/04/2011	05/05/2011	05/06/2011
10	Tn. As	Sadewa	26/04/2011									05/06/2011
11	Ny. H	Arimbi	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	05/03/2011	05/04/2011	05/05/2011	05/06/2011
12	Nn. Yi	Arimbi	26/04/2011									05/06/2011
13	Ny. Sh	Utari	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	05/03/2011	05/04/2011	05/05/2011	05/06/2011
14	Ny. Lt	Utari	26/04/2011									05/06/2011
15	Nn. En	Utari	05/09/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	05/03/2011	05/04/2011	05/05/2011	05/06/2011
16	Nn. Ns	Utari	05/09/2011									19/5/2011
17	Nn. At	Utari	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
18	Nn. Si	Utari	05/09/2011									19/5/2011
19	Tn. Td	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011

(Lanjutan)

NO	KLIEN	RUANGAN	PRE TEST	PERTEMUAN KE								POST TEST
20	Tn. Al	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
21	Tn. Yu	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
22	Tn. Aj	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
23	Tn. Ad	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
24	Tn. Rs	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
25	Tn. Rj	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
26	Tn. Ks.	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
27	Tn. Dr	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
28	Tn. Am	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
29	Tn. By	Bratasena	05/09/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
30	Tn. Bb	Bratasena	05/09/2011									19/5/2011
31	Tn. Nm	Bratasena	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
32	Tn. Ed	Bratasena	20/5/2011									31/5/2011
33	Tn. Bj	Bratasena	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
34	Tn. Sd	Bratasena	20/5/2011									31/5/2011
35	Tn. Ap	Bratasena	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
36	Tn. Kk	Bratasena	20/5/2011									31/5/2011
37	Tn. Js	Gatorkaca	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
38	Tn. Yp	Gatorkaca	20/5/2011									31/5/2011
39	Tn. Ru	Gatorkaca	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
40	Tn. Br	Gatorkaca	20/5/2011									31/5/2011

(Lanjutan)

NO	KLIEN	RUANGAN	PRE TEST	PERTEMUAN KE								POST TEST
41	Tn. Sk	Gatokaca	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
42	Tn. Ad	Gatokaca	20/5/2011									31/5/2011
43	Tn. Rv	Dewi Amba	20/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
44	Ny. Et	Dewi Amba	20/5/2011									31/5/2011
45	Tn. Jo	Dewi Amba	20/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
46	Tn. Su	Dewi Amba	20/5/2011									31/5/2011
47	Tn. Mu	Yudistira	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
48	Tn. Mj	Yudistira	31/5/2011									06/10/2011
49	Tn. Hr	Yudistira	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
50	Tn. Hs.	Yudistira	31/5/2011									06/10/2011
51	Tn. Jj	Yudistira	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
52	Tn. S	Yudistira	31/5/2011									06/10/2011
53	Tn. D	Yudistira	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
54	Tn. Hu	Yudistira	31/5/2011									06/10/2011
55	Tn. Hm	Yudistira	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
56	Tn. Mn	Yudistira	31/5/2011									06/10/2011
57	Tn. W	Sadewa	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
58	Tn. Do	Sadewa	31/5/2011									06/10/2011
59	Tn. Sl	Sadewa	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	06/07/2011	06/08/2011	06/09/2011	06/10/2011
60	Tn. Jh	Sadewa	31/5/2011									06/10/2011



MODUL PELAKSANAAN TERAPI SPESIALIS:
COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY (CBT)
(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)

Disusun oleh :

Heppi Sasmita, M.Kep., Sp.Kep.J.
Dr. Budi Anna Keliat, S. Kp, M. App., Sc
Ns. Ira Erwina, S. Kep.,M.Kep.
Novy Helena C.D, S. Kp, M.Sc.
Eyet Hidayat, S.Pd., S.Kp.
Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep.
Ns. I Ketut Sudiatmika, S.Kep.

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusun dapat menyelesaikan Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis dengan judul ” **Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis: *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)***”. Modul ini merupakan pengembangan dan revisi dari modul sebelumnya yang telah dibuat.

Modul yang digunakan dalam penyusunan ini dari modul CBT yang dikembangkan oleh Erwina (2010) untuk klien dengan PTSD. Penyusun memodifikasi modul tersebut yang disesuaikan untuk klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah terutama pada latar belakang penggunaan terapi. Pada prinsipnya implementasi CBT tidak dilakukan modifikasi, dimana tetap menggunakan lima sesi yaitu: sesi 1 pengkajian, sesi 2 terapi kognitif, sesi 3 terapi perilaku, sesi 4 evaluasi terapi kognitif dan perilaku, sesi 5 mencegah kekambuhan.

Penyusun mencoba memberikan penegasan dan penjelasan pada setiap sesi pelaksanaan CBT berdasarkan teori yang dipelajari. Penjelasan tersebut diharapkan akan mempermudah terapis dalam memahami dan melaksanakan setiap sesi CBT sehingga tujuan terapi dapat tercapai.

Pada kesempatan ini penyusun menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

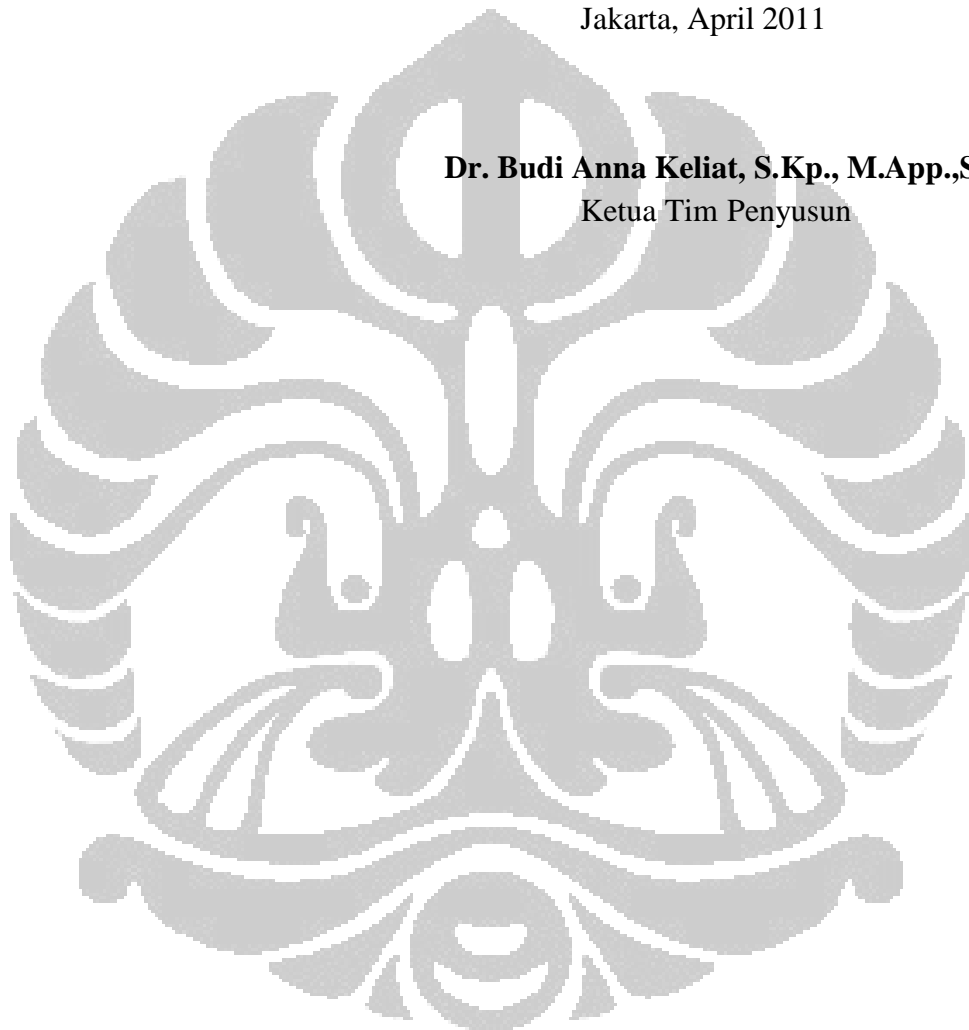
1. Rektor Universitas Indonesia
2. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan modul ini.

Kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak untuk dapat mengembangkan modul ini sehingga dapat digunakan dalam semua setting pelayanan kesehatan.

Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, April 2011

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.,Sc
Ketua Tim Penyusun



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030.

Gangguan jiwa berat yang paling banyak terjadi adalah skizofrenia (Stuart, 2009). Klien skizofrenia di Amerika Serikat adalah 1% dari penduduk Amerika, atau satu dari 100 orang menderita skizofrenia, atau 2,5 juta orang, dengan tidak membedakan ras, kelompok etnis, atau gender. Gangguan terjadi mulai usia rata-rata 17 - 25 tahun, laki-laki rata-rata mulai usia 15 - 25 tahun, perempuan rata-rata 25 - 35 tahun.

Gangguan jiwa berat di Indonesia tahun 2007 memiliki prevalensi sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Balitbang Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Data statistik direktorat kesehatan jiwa menunjukkan klien gangguan jiwa berat terbesar di Indonesia adalah skizofrenia yaitu 70% (Dep.Kes, 2003) dan klien yang di rawat di Rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia 90% Skizofrenia (Jalil, 2006).

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologikal otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga dan komunitas (Stuart, 2009). Menurut Keliat (2006) skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak)

dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan menurut Halgin dan Whitbourne (2007, dalam Wahyuni, 2010) skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Dengan demikian pada skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam berhubungan dengan orang lain.

Simptom atau gejala yang tampak dari suatu skizofrenia dibagi dalam 5 dimensi, yaitu simpton positif, simpton negatif, simpton kognitif, simpton agresif dan hostilitas serta simpton depresi dan *anxious* (Shives, 2005; Sinaga, 2007). Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan disorganisasi perilaku seperti katatonia atau agitasi/kegelisahan. Simpton agresif dan *hostile*, simpton ini menekankan pada masalah pengendalian impuls. *Hostile* bisa berupa penyerangan secara fisik atau verbal terhadap orang lain, termasuk juga perilaku mencederai diri sendiri (suicide), merusak barang orang lain atau seksual *acting out*. Simpton depresi dan *anxious* pada klien skizofrenia sering kali didapatkan bersamaan dengan simpton lain seperti mood yang terdepresi, mood cemas, rasa bersalah (*guilt*), *tension*, irritabilitas atau kecemasan. Dari berbagai simpton diatas pada klien skizofrenia menggambarkan banyaknya masalah yang muncul seperti penyerangan terhadap orang lain, perilaku mencederai diri dan orang lain, halusinasi, depresi, rasa bersalah/harga diri rendah, waham.

Menurut Stuart (2009) diagnosis keperawatan primer menurut NANDA yang muncul pada skizofrenia dapat berupa resiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi, harga diri rendah kronik, gangguan proses pikir: waham dan yang lain. Dapat disimpulkan bahwa proses terjadinya skizoprenia dapat disebabkan karena sebelumnya klien mengalami suatu stressor menegangkan yang mengancam ego yang sudah lemah, ancaman tersebut dipersepsikan mengganggu konsep diri atau integritas diri. Dimana aktualisasi klien belum tercapai sehingga klien mengalami harga diri rendah dan apabila hal ini dipertahankan maka lama kelamaan klien akan depresi dan hal ini berlanjut

menjadi skizoprenia. Dan sebaliknya, pada klien skizoprenia pada kondisi maladaptif juga ditemukan perilaku kekerasan dan halusinasi, serta dimasa pemulihannya juga akan membuat klien mengalami harga diri rendah karena merasa penyakitnya sulit disembuhkan dan kurangnya penerimaan keluarga dan masyarakat. Hal ini tentu akan membuat klien akan mengalami depresi.

Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi maupun harga diri rendah telah banyak dilakukan dengan pendekatan tindakan keperawatan generalis. Tindakan keperawatan tersebut sesuai standar asuhan keperawatan yang telah menjadi acuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit jiwa. Tindakan keperawatan yang dilakukan memiliki dampak pada penurunan gejala perilaku kekerasan, halusinasi dan peningkatan harga diri klien, namun dampak tersebut belum diketahui sejauh mana efeknya terhadap kemampuan klien dalam mengontrol ketiga gejala tersebut. Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah di atas, akan lebih efektif dan meningkatnya kemampuan klien secara adekuat bila dipadukan dengan tindakan keperawatan lanjut / spesialis.

Salah satu bentuk tindakan keperawatan lanjut/spesialis yang dapat dilakukan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah adalah *cognitive behaviour therapy*. *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006) menyatakan *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 klien merubah pikiran dan perilakunya yang negatif menjadi positif dan berfokus pada keadaan atau masalah yang dihadapi klien saat ini. Hal di atas diperkuat oleh pendapat Froggrat (2006) bahwa *cognitive behaviour therapy* dilakukan pada klien depresi, ansietas termasuk *obsesive compulsive, agoraphobia, phobia* spesifik, ansietas menyeluruh dan post trauma, stress, gangguan makan, adiksi, *hypochondriasis*, disfungsi seksual, manajemen marah, gangguan pengontrolan 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.

Berdasarkan uraian diatas pada klien dengan skizofrenia yang mengalami masalah secara kognitif/pikiran yang tidak realitis yang muncul pada klien halusinasi dan pikiran yang tidak realistis/distorsi pikiran tadi mengakibatkan klien berperilaku yang maladaptif yang tampak pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah, maka CBT dengan fokus pada perubahan pikiran negatif/distorsi kognitif agar menjadi positif sehingga akan berimbas pada klien agar dapat berperilaku positif dan adaptif.

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 klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah.

1.2 Tujuan CBT

Tujuan Umum:

Membantu individu untuk dapat menolong diri sendiri dengan mengajarkan cara mengubah pikiran dan perilaku negatif menjadi positif melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif dan perilaku sehingga memungkinkan bagi klien untuk melakukan coping yang konstruktif dalam jangka waktu yang panjang di masa yang akan datang.

Tujuan Khusus:

Klien mampu :

- a. Mengemukakan pikiran dan perilaku yang negatif/mengganggu
- b. Melakukan latihan terapi kognitif untuk melawan pikiran negatif yang mengganggu
- c. Melakukan latihan terapi perilaku untuk melawan perilaku negatif yang dilakukan.
- d. Melakukan Evaluasi latihan terapi kognitif dan terapi perilaku
- e. Melakukan upaya mencegah kekambuhan

1.3 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa pada klien gangguan jiwa:

- a. Bagi Klien, mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas dan profesional dari ahli terapi spesialis serta dapat dijadikan panduan dalam meningkatkan kemampuan mengatasi pikiran dan perilaku maladaptif untuk menjadi adaptif.
- b. Bagi Rumah Sakit Jiwa, dapat dijadikan program untuk peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan pikiran dan perilaku yang maladaptif.
- c. Bagi Perawat, dapat menerapkan terapi spasialis ini dalam upaya pemberian asuhan keperawatan yang profesional dan bermutu ilmiah.
- d. Bagi keilmuan, dapat sebagai *evidence based* dalam mengembangkan tindakan keperawatan dengan pendekatan *dual* atau *triple* diagnosis keperawatan

Manfaat ini diharapkan dapat menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah dalam mengatasi pikiran negatif yang berdampak pada perilaku yang maladaptif agar menjadi adaptif.

Cognitive Behavior Therapy (CBT) merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada teori bahwa tanda-dan gejala fisiologis berhubungan dengan interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008). Sedangkan menurut Epigee (2009) CBT merupakan terapi yang didasari dari gabungan beberapa intervensi yang dirancang untuk merubah cara berpikir dan memahami situasi dan perilaku sehingga mengurangi frekuensi reaksi negatif dan emosi yang mengganggu. Defenisi lain menyebutkan bahwa CBT adalah suatu terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif (Martin, 2010). CBT adalah terapi yang berfokus pada masalah, bersifat aktif dan secara langsung membantu klien untuk melihat apa sebenarnya penyebab mereka tertekan. (*Center for CBT*, 2006).

Cognitive behaviour therapy merupakan psikoterapi jangka pendek, yang menjadi dasar bagaimana seseorang berfikir dan bertindak laku positif dalam setiap interaksi. *Cognitive behaviour therapy* berfokus pada masalah, berorientasi pada tujuan dan kesuksesan dengan masalah disini dan sekarang (FIK-UI, 2009). Psikoterapi ini akan memodifikasi atau merubah cara seseorang berfikir dan bertindak dalam hal yang positif untuk menghadapi semua masalah yang dialaminya.

Berdasarkan beberapa defenisi di atas, pada garis besarnya CBT adalah salah satu bentuk terapi psikososial yang merubah pola pikir negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah juga akan berubah menjadi perilaku yang adaptif. Sehingga pada akhirnya diharapkan inividu memiliki kemampuan untuk bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi sulit dalam setiap fase hidupnya.

Cognitive behaviour therapy diberikan kepada individu dengan indikasi gangguan klinis khusus seperti : depresi, ansietas, panik, agoraphobia, sosial phobia, bulimia, *obsessive compulsive disorder*, PTSD, psikosis, marah, distress HIV, masalah keluarga, kelainan fungsi seksual, kerusakan personality (Royal College of Psychiatri, 2005 & FIK-UI, 2009).

Beberapa karakteristik dari *Cognitive Behaviour therapy* (Stuart dan Laraia, 2005; NACBT, 2007) , yaitu :

1. *Empirically based* (berdasarkan pada pembuktian atau hasil penyusunan)
Metode psikoterapi ini perlu didukung pembuktian yang luas untuk mengatasi banyaknya masalah klinis.
2. *Goal oriented* (berorientasi pada tujuan)
Klien dan terapis mengidentifikasi tujuan yang jelas dengan menggunakan evaluasi perkembangan klien dan hasil yang telah dicapai.
3. *Practical* (lebih merupakan praktek)
Klien dan terapis berfokus pada penjelasan dan pemecahan masalah kehidupan, mendiskusikan masalah saat ini dan sekarang bukan riwayat klien.
4. *Collaborative* (kerjasama)

Kerjasama dan partisipasi aktif klien dalam proses terapi sangat diperlukan karena dapat membantu klien untuk berubah.

5. *Open* (terbuka)

Proses dalam terapi ini adalah terbuka dan fleksibel dimana antara klien dan terapis dapat berdiskusi didalam proses terapi.

6. *Homework* (tugas pekerjaan rumah)

Klien diberikan tugas rumah untuk mengumpulkan data terkait dengan keterampilan yang dimiliki, dan memberikan penguatan terhadap respons tersebut.

7. *Measurements* (ada pengukuran)

Data dasar penilaian masalah perilaku di buat selama proses pengkajian Penilaian tersebut di ulang selama interval yang teratur dan sampai pada penyelesaian tindakan. Proses tindakan tersebut diawasi secara ketat.

8. *Active* (aktif)

Perubahan dan kemajuan yang bermakna dalam perawatan klien dapat memberikan dampak pada kualitas hidup klien. Baik klien ataupun terapis aktif dalam therapy. Terapis adalah sebagai pembimbing dan pelatih dan klien mempraktekkan strategi pembelajaran dalam therapy.

9. *Short term* (jangka pendek)

CBT biasanya digunakan dalam jangka waktu yang pendek yang terdiri dari 6 sampai 20 sesi

Pada proses pelaksanaan CBT dibagi dalam 5 sesi, setiap sesi dilaksanakan selama 30-45 menit untuk setiap klien.

a. Sesi 1 : Pengkajian

Mengungkapkan pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman traumatis yang dialami, mengidentifikasi hal positif yang dimiliki, serta latihan satu pikiran otomatis negatif.

b. Sesi 2 : Terapi Kognitif

Mereview latihan pikiran otomatis yang negatif yang pertama yang sudah dilatih sebelumnya dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

c. Sesi 3 : Terapi Perilaku

Mengevaluasi pikiran otomatis negatif yang masih ada, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul akibat stressor kejadian traumatis dengan memberikan konsekuensi positif atau konsekuensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan.

d. Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

Mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, merevisi pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati

e. Sesi 5 : Mencegah Kekambuhan

Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah

Peran terapis

- 1) Membantu klien mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri yang timbul akibat pengalaman traumatis (*assessment*) dan mengenali pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang dialami.
- 2) Membantu klien belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang muncul setelah mengalami kejadian traumatis.
- 3) Membantu klien menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan dalam merubah perilaku negatif.
- 4) Menyepakati dengan klien konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- 5) Memberikan *feed back* pada klien atau hasil kemajuan dan perkembangan terapi.
- 6) Mendiskusikan dengan klien tentang kemajuan dan perkembangan terapi.
- 7) Membantu klien 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 klien untuk melakukan metode untuk mengubah pikiran jadi positif dan perilaku jadi adaptif secara mandiri dan berkelanjutan yaitu klien sendiri yang membantu dirinya untuk mencegah kekambuhan jika klien mengalami kembali peristiwa traumatis.
- 10) Membuat komitmen dengan klien untuk secara aktif melakukan pikiran, perasaan dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.



BAB II

IMPLEMENTASI *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY*

Pada bab ini akan dijelaskan aplikasi dan strategi pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy* pada masing – masing sesi dan bagaimana melakukannya.

2.1 SESI I CBT: PENGKAJIAN

Kesulitan emosional dan perilaku yang dialami seseorang dalam hidup disebabkan oleh cara mereka menginterpretasikan dan memahami berbagai peristiwa yang dialami. Pengalaman berupa ancaman yang terjadi pada diri seseorang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan memproses informasi secara efektif, oleh Aaron T. Beck dikenal dengan distorsi kognitif. Proses tersebut yang membuat seseorang sering mempunyai pikiran negatif yang selanjutnya akan mempengaruhi perilaku yang ditunjukkannya.

Kognitif adalah tindakan atau proses mengetahui. Melibatkan kesadaran dan penilaian yang memungkinkan otak untuk memproses informasi dengan cara yang menjamin akurasi, penyimpanan, dan pengambilan. Orang dengan skizofrenia sering tidak dapat menghasilkan pemikiran logis yang rumit dan mengungkapkan kalimat yang koheren karena neurotransmisi dalam sistem pengolahan informasi otak rusak (Stuart, 2009).

Penelitian menemukan gen GAD 1 yang bertanggung jawab memproduksi GABA, dimana pada klien skizofrenia tidak dapat meningkat secara normal sesuai perkembangan pada daerah frontal, dimana bagaian ini berfungsi dalam proses berfikir dan pengambilan keputusan Hung et al, (2007 dalam Stuart, 2009).

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 Sadock dan Sadock (2007) 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 kepribadian, tidak memiliki kemauan atau motivasi, anhedonia yang mengarah pada harga diri rendah. Sedangkan fungsi utama dan lobus temporalis adalah ingatan dan juga emosi. Sehingga gangguan yang terjadi pada korteks temporalis dan nukleus limbik yang berhubungan pada lobus temporalis akan menyebabkan timbulnya gejala halusinasi dan perilaku kekerasan

Beberapa referensi menunjukkan bahwa neurotransmitter yang berperan menyebabkan skizofrenia adalah dopamin dan serotonin. Satu teori yang terkenal memperlihatkan dopamin sebagai faktor penyebab, ini dibuktikan dengan obat-obatan yang menyekat reseptor dopamin pascasinaptik mengurangi gejala psikotik dan pada kenyataannya semakin efektif obat tersebut dalam mengurangi gejala skizofrenia.

Dopamin penting dalam respon terhadap stress dan memiliki banyak koneksi ke sistem limbik. Dopamin memiliki empat jalur utama dalam otak (1) Jalur Mesolimbik di daerah tegmentum ventral dan proyeksi ke daerah-daerah dari sistem limbik, termasuk amigdala, nucleus accumbens dan hipokampus. Jalur mesolimbik dikaitkan dengan fungsi memori, emosi, gairah, dan kesenangan. Kelebihan aktivitas dalam saluran mesolimbik telah terlibat dalam gejala positif skizofrenia (misalnya halusinasi, delusi) dan perilaku emosi yang muncul sebagai perilaku agresif dan kekerasan. (2) Jalur Mesokortikal di daerah tegmentum ventral dan proyeksi ke korteks. Jalur mesokortikal berkaitan dengan kognisi, perilaku sosial, perencanaan, pemecahan masalah, motivasi, dan penguatan dalam belajar, gejala negatif dari skizofrenia (misalnya afek datar, apatis, kurangnya motivasi dan anhedonia) telah dikaitkan dengan aktivitas berkurang dalam saluran mesocortical yang mengarah pada kondisi harga diri rendah.

Pengolahan informasi dari klien dengan skizofrenia mengalami perubahan karena defisit otak. Namun, gangguan dalam fungsi kognitif sering membuat orang dengan skizofrenia mempunyai ide-ide dan perilaku berbeda dari orang

lain. Hal ini tampak dalam kesalahan interpretasi persepsi diri dan kemampuan yang muncul pada klien perilaku kekerasan, halusinasi, delusi dan harga diri rendah. Kesalahan dalam pengolahan informasi pada klien skizofrenia ini yang sering dinamakan sebagai distorsi kognitif.

Terapi kognitif mengusulkan bahwa bukan peristiwa itu sendiri yang menimbulkan kecemasan dan respon maladaptif melainkan penilaian orang terhadap harapan, dan interpretasi dari peristiwa ini. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku maladaptif dapat diubah oleh keputusan langsung terhadap pikiran dan keyakinan seseorang (Beck, 1976, 1995 dalam Stuart, 2009) Secara khusus, terapi kognitif percaya bahwa respon maladaptif timbul dari distorsi kognitif, distorsi tersebut dapat meliputi kesalahan logika, kesalahan dalam penalaran, atau pandangan dunia individual yang tidak mencerminkan realitas yang distorsi mungkin baik positif atau negatif. Bentuk distorsi kognitif yang dapat terjadi pada seseorang menurut Stuart (2009) adalah :

1. Overgeneralization

Menggambarkan kesimpulan secara menyeluruh segala sesuatu berdasarkan kejadian tunggal, contoh : Seorang mahasiswa yang dalam suatu ujian mengatakan : “Sepertinya saya tidak akan lulus dalam setiap ujian”

2. Personalization

Menghubungkan kejadian di luar terhadap dirinya meskipun hal tersebut tidak beralasan, contoh : “atasan saya mengatakan produktif perusahaan sedang menurun tahun ini, saya yakin apa yang dikatakannya ditujukan pada saya”

3. Dichotomus thinking

Berfikir ekstrim, menganggap segala sesuatunya selalu sangat bagus atau sangat buruk, contoh : “bila suami meninggalkan saya, saya pikir lebih baik saya mati”

4. Catastrophizing

Berpikir sangat buruk tentang orang dan kejadian, contoh ; “saya lebih baik tidak mengisi formulir promosi jabatan itu, sebab saya tidak menginginkan dan tidak akan nyaman dengan jabatan itu”

5. *Selective abstraction*

Berfokus pada detail, tetapi tidak relevan dengan informasi yang lain, contoh : seorang istri percaya bahwa suaminya tidak mencintainya sebab ia datang terlambat dari pekerjaannya, tetapi ia mengabaikan perasaannya, hadiah dari suaminya tetap diterima dan libur bersama tetap dilaksanakan.

6. *Arbitrary inference*

Menggambarkan kesimpulan yang salah tanpa didukung data, contoh : “teman saya tidak pernah lama menyukai saya sebab ia tidak mau diajak pergi”.

7. *Mind reading*

Percaya seseorang mengetahui pikiran orang lain tanpa mengecek kebenarannya, contoh : “mereka pasti berpikir kalau dirinya terlalu gemuk atau terlalu kurus”.

8. *Magnification*

Melebih-lebihkan atau membuat tidak berarti pentingnya peristiwa, contoh : “saya telah meninggalkan makan malam saya, hal ini menunjukkan betapa tidak kompetennya saya”.

9. *Perfectionism*

Segalanya harus dilakukan dengan sempurna untuk merasakan kesempurnaan dirinya, contoh : aku akan merasa gagal jika aku tidak mendapatkan nilai A untuk semua ujianku”

10. *Externalization self worth*

Menentukan tata nilai sendiri untuk diterapkan pada orang lain, contoh : “saya sudah berusaha untuk kelihatan baik setiap waktu tetapi teman-teman saya yang tidak menginginkan saya berada di sampingnya”.

Pengkajian terhadap pikiran dan perilaku negatif klien merupakan langkah awal yang dilakukan dalam terapi ini. Klien akan menceritakan tentang pikiran, perasaan dan perilaku negatif yang dialami terkait masalah perilaku kekerasan, halusinasi maupun harga diri rendah yang dialami dengan distimulus oleh terapis. Dari beberapa pikiran negatif yang teridentifikasi maka akan dilatih

satu pikiran negatif dengan beberapa pikiran positif dengan dibantu oleh terapis.

Rupke dkk (2006), mengatakan : selama *cognitive behaviour therapy* terapis membantu kliennya melalui beberapa langkah. Pertama klien menerima dan mengakui bahwa beberapa persepsi dan interpretasinya terhadap kenyataan mungkin salah (dapat disebabkan pengalaman masa lalu/faktor keturunan/faktor biologis) dan interpretasi tersebut menyebabkan munculnya pikiran negatif. Langkah berikutnya, klien belajar untuk mengakui pikiran negatif (otomatis) dan menemukan pikiran alternatif yang akhirnya akan merefleksikan kenyataan.

2.1.1 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI I CBT: PENGKAJIAN

A. Tujuan

1. Klien mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien (*assessment*) setelah terkait masalah perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah
2. Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah klien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Catatan harian klien
5. Alat tulis

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

A. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Membuat kontrak dengan klien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individual dalam 5 (lima) sesi, dimana masing-masing sesi dilakukan 2 kali selama 30 menit. Jika klien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak maka klien akan mengulangi sesi tersebut.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

- a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis
 - 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
 - 3) Menanyakan nama dan panggilan klien
- b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini terkait dengan pengalaman traumatis yang dialaminya
- c. Kontrak
 - 1) Menepakati pertemuan sesi 1
 - 2) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu:
 - a) Membantu klien mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien (*assessment*) terkait pengalaman traumatis yang dialami
 - b) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif
 - 3) Terapis menjelaskan aturan sebagai berikut:
 - a) Lama kegiatan 30 menit
 - b) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
 - c) Klien berperan aktif dalam mengungkapkan perasaan, pikiran dan perilakunya.

2. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan tentang :
 - 1) Pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri setelah mengalami kejadian traumatis

- 2) Perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat pikiran negatif setelah mengalami kejadian traumatis
 - 3) Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif dalam buku kerja klien
- b. Melatih satu pikiran otomatis negatif
- 1) Memilih satu pikiran negatif yang akan dilatih untuk mengatasinya
 - 2) Mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja klien
 - 3) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif
- c. Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.

3. Terminasi

- a. Evaluasi
- 1) Menanyakan perasaan klien setelah latihan
 - 2) Mengevaluasi kemampuan klien mengenali pikiran negatif, perasaan dan perilaku maladaptif yang dialami terkait dengan pengalaman traumatis
 - 3) Mengevaluasi kemampuan klien dalam melatih cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif
 - 4) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama klien yang baik
- b. Tindak lanjut
- 1) Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif lainnya yang belum disebutkan selama sesi berlangsung pada buku kerja klien
 - 2) Menganjurkan klien untuk latihan mandiri cara untuk mengatasi pikiran negatif yang sudah dipelajari
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu klien mampu mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua
 - 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2

2.1.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

Format Evaluasi Proses CBT
Sesi 1 CBT: Pengkajian

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memperkenalkan diri dengan baik.		
2	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap diri sendiri		
3	Mengungkapkan perasaan dan perilaku negatif yang timbul akibat pikiran negatif		
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		
	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 ≥ 4 : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : klien harus mengulangi sesi

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 1, klien mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien, memilih satu pikiran negatif, mengidentifikasi hal positif dan latihan satu pikiran negatif otomatis, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 1, klien belum mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

2.2 SESI II. CBT: TERAPI KOGNITIF

Terapi kognitif berusaha memfokuskan untuk menempatkan suatu pikiran, keyakinan, atau bentuk pembicaraan diri (self talk) terhadap orang lain yang lebih positif. Selain itu, terapi juga memfokuskan pada upaya membelajarkan klien agar dapat memiliki cara berpikir yang lebih positif dalam berbagai peristiwa kehidupan.

Dalam sesi ini klien akan mengevaluasi pikiran negatif yang masih ada dan melanjutkan dengan melatih mengatasi pikiran negatif yang kedua menggunakan pikiran positif.

2.2.1 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI II. CBT: TERAPI KOGNITIF

A. Tujuan

1. Klien mampu mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri.
2. Klien mampu mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di satu ruangan yang ada di rumah klien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingat kontrak dengan klien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi

- a. Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada klien
- b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini
 - 2) Menanyakan pikiran otomatis yang negatif yang belum didiskusikan pada sesi 1
 - 3) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif yang pertama masih sering muncul dan mengevaluasi kemampuan klien terkait latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama
 - 4) Menanyakan apakah klien sudah memilih pikiran otomatis negatif yang kedua untuk hari ini
- c. Kontrak
 - 1) Menyepakati terapi sesi 2.
 - 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 2 yaitu mereview pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan dirinya. Dan belajar cara mengatasi yang pikiran otomatis negatif yang kedua
 - 3) Menyepakati tempat dan waktu
3. Fase Kerja
 - a. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian di rumah
 - b. Diskusikan dengan klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
 - c. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar cara melawan pikiran otomatis negatif
 - d. Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama.
 - e. Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.

- f. Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
 - g. Memberikan pujian terhadap keberhasilan klien.
 - h. Terapis memberi *reinforcement* positif terhadap keberhasilan klien
4. Terminasi
- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah latihan mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.
 - 2) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan klien
 - b. Tindak lanjut
 - 1) Anjurkan klien untuk latihan untuk pikiran otomatis negatif yang lain.
 - 2) Anjurkan klien untuk melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang lain secara mandiri
 - 3) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif kedua yang belum diidentifikasi dalam pertemuan kedua ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
 - 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 3

2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

Format Evaluasi Proses CBT
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 metode 3 (tiga) kolom untuk mengubah pikiran negatif		
4	Menulis pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif yang kedua		
5	Melatih cara untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua		
	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 ≥ 3 : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 2 : klien harus mengulangi sesi

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

2.3 SESI III. CBT: TERAPI PERILAKU

Perilaku merupakan respon yg timbul secara eksternal, dipengaruhi oleh stimulus lingkungan & dpt dikontrol secara primer oleh konsekuensi-konsekuensinya. Perilaku dapat diamati, diukur, & dicatat oleh diri sendiri maupun orang lain. Perilaku dapat ditingkatkan frekuensi terjadinya melalui reinforcement. Modifikasi perilaku seperti itu menurut Murray dan Wilson

disebut *operant conditioning*. Dalam *operant conditioning* ini lingkungan sosial digunakan untuk membantu klien dalam meningkatkan kontrol terhadap perilaku yang berlebihan atau berkurang.

Intervensi Perubahan Perilaku menerapkan teori-teori belajar untuk persoalan hidup dengan tujuan membantu orang mengatasi kesulitan dalam kehidupan sehari-hari. Kesulitan-kesulitan ini sering terjadi bersama dengan masalah kesehatan atau kondisi psikiatris. Perawat dapat menggunakan prinsip-prinsip berikut untuk memandu intervensi perubahan perilaku klien (Stuart, 2009):

1. Semua perubahan adalah perubahan diri. Klien adalah peserta aktif dan agen utama perubahan. Perawat dan penyedia perawatan kesehatan lainnya adalah pelatih, bukan pelaku perubahan.
2. *Self-efficacy* sangat penting. Klien perlu merasa bahwa mereka mengendalikan kehidupan mereka sendiri dan menerima tanggung jawab atas upaya mereka. Semua klien memiliki kekuatan.
3. Pengetahuan tidak berubah sama. Pendidikan adalah hanya salah satu bagian dari proses perubahan. Klien perlu untuk mentransfer apa yang mereka ketahui ke dalam tindakan yang mereka ambil.
4. Sebuah aliansi terapi membantu klien memulai dan mempertahankan perubahan. Dimensi responsif dan tindakan tentang hubungan perawat-klien adalah bahan penting untuk perubahan.
5. Harapan adalah penting. Semua intervensi yang efektif didasarkan pada harapan positif dan penuh harapan bahwa kehidupan bisa lebih baik.

Kesiapan untuk berubah terkait dengan motivasi seseorang atau apa yang disebut kesiapan sebagai motivasi. Elemen sentral dalam meningkatkan motivasi dan perubahan perilaku akhirnya adalah untuk memperhitungkan kesiapan orang untuk berubah. Perubahan perilaku terjadi secara bertahap dari waktu ke waktu (Prochaska et al, 1992 dalam Stuart, 2009). Menyebutkan tahapan perubahan, yaitu: **Tahap pertama dari perubahan adalah *precontemplation***. Pada tahap ini orang tidak berpikir bahwa mereka memiliki masalah, sehingga mereka tidak mungkin untuk mencari bantuan atau berpartisipasi dalam pengobatan. Dalam bekerja dengan klien ini tujuannya

adalah untuk mendengarkan klien dan menciptakan iklim dimana klien dapat mempertimbangkan, menjelajahi, atau melihat nilai manfaat dari perubahan.

Tahap kedua perubahan adalah kontemplasi. Hal ini ditandai dengan gagasan "ya, tapi." Seringkali klien menyadari bahwa perubahan diperlukan, tetapi mereka tidak yakin dan ragu-ragu tentang apakah perlu usaha, waktu, dan energi untuk mencapainya. Mereka ambivalen tentang apa yang mereka mungkin harus menyerah jika mereka membuat perubahan. Dalam bekerja dengan klien ini tujuannya adalah untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dimana klien dapat mempertimbangkan perubahan tanpa merasa tertekan untuk melakukannya. Jika klien didorong untuk mengubah dalam fase ini mereka cenderung aktif menolak.

Tahap ketiga perubahan adalah persiapan. Pada saat ini klien telah membuat keputusan untuk berubah dan menilai bagaimana keputusan yang terasa. Klien dapat dibantu untuk memilih tujuan pengobatan yang realistis dan cara yang berbeda untuk mencapai tujuan tersebut. Mereka perlu secara aktif terlibat dalam merancang strategi mereka sendiri untuk perubahan.

Tahap keempat perubahan adalah tindakan. Klien sekarang memiliki komitmen yang kuat untuk berubah dan telah mengidentifikasi rencana untuk masa depan. Mereka harus memberikan dukungan emosional dan membantu dalam mengevaluasi dan memodifikasi rencana mereka dari tindakan yang akan sukses.

Tahap kelima perubahan adalah pemeliharaan. Perubahan terus, dan fokus ditempatkan pada klien apa yang perlu dilakukan untuk mempertahankan atau mengkonsolidasikan keuntungan. rencana pencegahan Mengantisipasi ancaman potensial untuk kambuh dan berkembang adalah penting. Setiap kambuh harus dilihat sebagai bagian dari proses perubahan dan bukan sebagai kegagalan.

Tahap keenam dan terakhir adalah terminasi. Hal ini didasarkan pada gagasan bahwa seseorang tidak akan terlibat dalam perilaku lama dalam kondisi apapun. Dengan demikian, mungkin lebih dari ideal dari tahap dicapai. Kebanyakan orang tinggal dalam tahap pemeliharaan dimana mereka menyadari ancaman yang mungkin untuk mengubah mereka inginkan dan memonitor apa yang harus mereka lakukan untuk menjaga perubahan tempat. Klien lebih mungkin untuk terlibat dalam mengubah perilaku ketika penyedia mereka menilai

kesiapan mereka untuk intervensi perubahan dan merencanakan perubahan yang sesuai.

Terapi perilaku digunakan untuk menguji dan mengubah kognisi maladaptif sehingga klien mengerti ketidakakuratan asumsi kognitifnya dan mempelajari strategi dan cara baru dalam menghadapi masalah. Teknik perilaku yang diajarkan dalam sesi ini berupa relaksasi, deep breathing, cara komunikasi dan sosialisasi yang benar. Pemberian reinforcement positif secara terjadual terhadap pelaksanaan perilaku baru akan meningkatkan penggunaan perilaku baru yang positif tersebut dalam menghadapi masalah.

2.3.1 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI III. CBT: TERAPI PERILAKU

A. Tujuan

1. Klien mampu memilih perilaku negatif yang akan dirubah
2. Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki
3. Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif
4. Klien mampu menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat stressor mengalami gempa dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
5. Klien mampu menampilkan perilaku yang adaptif dalam mengatasi masalah-masalah yang timbul

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format Evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan

1. Mengingatnkan kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis kepada klien

b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan pada klien tentang kemampuan latihan cara mengatasi pikiran otomatis yang negatif yang sudah dilatih sebelumnya
- 3) Menanyakan pada klien apakah pikiran negatif yang pertama dan kedua masih sering muncul dan bagaimana hasil latihan klien secara mandiri untuk mengatasi pikiran otomatis negatif
- 4) Memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.
- 5) Menanyakan pada klien perilaku mana yang akan dilatih untuk dirubah pada pertemuan ini

c. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 3
- 2) Menjelaskan tujuan sesi 3 yaitu memilih satu perilaku negatif untuk diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku baru yang positif untuk mengatasi perilaku negatif, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekwensi positif dan konsekwensi negatif kepada klien
- 3) Menyepakati tempat dan waktu

3. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan klien perilaku negatif yang muncul dari pikiran otomatis negatif setelah mengalami kejadian traumatis dan yang sudah dituliskan pada buku harian klien pada sesi 1.
- b. Terapis mendiskusikan dengan klien tentang perilaku negatif yang mau dirubah.
- c. Terapis bersama klien mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki klien
- d. Terapis menjelaskan tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang baru (relaksasi, deep breathing, cara komunikasi dan sosialisasi yang benar)
- e. Terapis menjelaskan pada klien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari
- f. Terapis membantu klien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- g. Terapis bersama klien membuat komitmen tentang bagaimana klien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif

4. Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan pada klien perasaan setelah latihan perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif
 - 2) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari
 - 3) Terapis menanyakan perilaku negatif lain yang timbul akibat pikiran otomatis yang negatif
- b. Tindak lanjut
 - 1) Anjurkan klien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
 - 2) Bantu klien memasukkan kegiatan mempraktekkan perilaku baru dalam jadwal kegiatan harian klien yang diberikan.

- c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 4 yaitu kemampuan klien 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 klien
 - 3) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 4

2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien

Format Evaluasi Proses Sesi 3. CBT: Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Mengidentifikasi perilaku negatif di buku kerja		
2	Memilih satu perilaku negatif yang akan dirubah.		
3	Mengidentifikasi perilaku positif 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 sanksi yang akan didapatkan jika melakukan kelakuan buruk		
	Jumlah		

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 ≥ 4 : klien dapat melanjutkan ke Sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : klien harus mengulangi Sesi 3

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika dianggap mampu, catatan keperawatan : klien mengikuti CBT sesi 3, klien mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan negatif kepada klien. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 3, klien belum mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien. Dianjurkan klien untuk melatih diri secara mandiri/mengulangi sesi 3(buat jadwal).

2.4 SESI IV.CBT: EVALUASI TERAPI KOGNITIF DAN TERAPI PERILAKU

Evaluasi Perubahan Kognitif dan Perilaku

Langkah berikut adalah untuk mengetahui lebih lanjut tentang pengalaman klien dengan masalah dengan menggunakan analisis perilaku. Analisis ini terdiri dari tiga bagian (ABC dari perilaku):

1. *Antecedent*: stimulus atau isyarat yang terjadi sebelum perilaku dan mengarah ke manifestasinya.
2. *Behaviour*/Perilaku: apa yang orang katakan atau tidak katakan atau lakukan.
3. *Consequence*/Konsekuensi: apa efeknya (positif, negatif, atau netral) orang berpikir hasil dari perilaku

Antecedent: dapat mencakup lingkungan fisik, lingkungan sosial, atau perilaku seseorang, perasaan, atau pikiran. Perilaku dapat dipecah menjadi tindakan diskrit atau serangkaian langkah. Konsekuensi dapat dilihat sebagai imbalan kuat atau hukuman dari tindakan seseorang. Jadi masing-

masing adalah elemen penting dari penilaian. Contoh dari analisis perilaku adalah sebagai berikut:

- a. Masalah= Kecemasan.
- b. Konsekuensi yang ditakuti = Takut kehilangan kontrol atau sekarat.
- c. *Antecedent*/kejadian = Meninggalkan rumah.
- d. Perilaku = Menghindari toko, restoran, dan tempat-tempat umum.
- e. Konsekuensi = Pembatasan kegiatan sehari-hari.

Cara lain untuk menilai pengalaman seseorang adalah untuk mempertimbangkan ketiga sistem (Tindakan ABC's) yang berhubungan dalam kerangka terapi:

- a. Afektif: tanggapan emosional atau perasaan.
- b. Perilaku; manifestasi lahiriah dan tindakan
- c. Kognitif: pemikiran tentang situasi

Ketiga unsur tersebut saling terkait dalam menjelaskan perilaku manusia karena sebagai berikut:

- a. Perasaan pengaruh pemikiran
- b. Berpikir pengaruh tindakan
- c. Tindakan memengaruhi perasaan

Terapi kognitif dan perilaku yang telah dilatih pada sesi sebelumnya akan dievaluasi pelaksanaannya pada sesi ini. Klien akan diminta untuk mendemonstrasikan cara merubah pikiran negatif yang mengganggu menjadi pikiran positif dan perilaku negatif menjadi perilaku positif yang dapat diterima oleh orang lain dan lingkungan.

2.4 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI IV.CBT: EVALUASI TERAPI KOGNITIF DAN TERAPI PERILAKU

A. Tujuan

1. Klien mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
2. Klien mampu merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif
3. Klien mampu menerapkan terapi secara konsisten.

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah klien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan

1. Mengingatkan kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis kepada klien

b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan pada klien tentang kemampuan melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif dan menyusun rencana perilaku positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
- 3) Memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.

c. Kontrak

- 1) Menyepakati pertemuan sesi 4
- 2) Menjelaskan tujuan terapi sesi 4 yaitu mengevaluasi :
 - a) kemampuan klien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
 - b) kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif

c) kemampuan menerapkan terapi secara konsisten.

3) Menyetujui tempat dan waktu pertemuan sesi 4

3. Fase Kerja

- a. Terapis menanyakan perilaku mana yang akan dipraktikkan sebagai contoh.
- b. Terapi memberikan konsekuensi sesuai dengan hasil perilaku yang dicontohkan
- c. Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai klien
- d. Terapis memberikan feedback atas kemajuan dan perkembangan terapi.
- e. Terapis mengingatkan klien untuk menerapkan terapi secara konsisten dengan tetap menggunakan metode 3 (tiga) kolom dalam mengatasi pikiran negatif dan mempraktikkan perilaku baru yang adaptif
- f. Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.

4. Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah melaksanakan perilaku baru yang dipelajari
 - 2) Terapis menanyakan pada klien pikiran positif yang muncul saat ini.
 - 3) Terapis menanyakan pada klien perilaku baru apa yang akan dilakukan
 - 4) Berikan pujian untuk jawaban klien
- b. Tindak lanjut
 - 1) Anjurkan klien untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berpikir secara positif
 - 2) Anjurkan klien untuk tetap menerapkan perilaku baru yang disepakati
 - 3) Anjurkan klien untuk tetap menerapkan terapi secara konsisten dengan menerapkan metode 3 (tiga) kolom dan melaksanakan perilaku baru yang positif

- 4) Masukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian klien.
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menyetujui topik percakapan sesi 5 yaitu membantu klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.
 - 2) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan kelima

2.4.2 Evaluasi Dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.

Format Evaluasi Proses CBT

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		
	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 ≥ 3 : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 2 : klien harus mengulangi sesi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 4, klien mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Klien

dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 5. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 4, klien belum mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Klien dianjurkan untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 4 (buat jadwal).

2.5 SESI V. CBT: KEMAMPUAN MERUBAH PIKIRAN NEGATIF DAN PERILAKU MALADAPTIF UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN

Pikiran akan mempengaruhi respon emosi dan perilaku. Pikiran yang positif akan menghasilkan perasaan dan perilaku yang positif dan dapat diterima oleh orang lain sehingga dapat menimbulkan kenyamanan. Keterampilan berpikir dan berperilaku positif harus dilatih secara terus menerus sehingga menjadi suatu kebiasaan dalam hidup.

Kunci untuk mencegah kekambuhan adalah kesadaran dari awal mengenali perilaku kambuh. Sekitar 70% dari klien dan 90% dari keluarga mampu melihat gejala kekambuhan penyakit, dan hampir semua klien tahu kapan gejala kambuh muncul. Fase prodromal terjadi sebelum kambuh (Stuart, 2009).

Fase prodromal adalah waktu antara timbulnya gejala dan kebutuhan untuk perawatan. Dengan mayoritas klien dan keluarga menunjukkan periode prodromal yang berlangsung lebih dari 1 minggu, adalah penting bahwa perawat berkolaborasi dengan klien, keluarga, dan anggota keluarga mengenai terjadinya kambuh.

Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan gejala membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan. Pengajaran untuk klien dan keluarga adalah intervensi efektif yang dapat memberikan mereka kendali atas kehidupan mereka dan menurunkan jumlah atau panjang rawat inap. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan penurunan yang signifikan

dalam tingkat kambuhan sebagai hasil dari intervensi psiko-pendidikan (Magliano et al, 2006).

Panduan untuk Klien dalam mencegah kekambuhan (Stuart, 2009):

- Pergilah ke lingkungan yang aman dengan seseorang yang bisa membantu Anda jika bantuan diperlukan. Orang ini harus dapat memonitor perilaku yang menunjukkan kambuh makin parah.
- Mengurangi stres dan tuntutan pada diri sendiri. Ini termasuk mengurangi rangsangan. Beberapa orang menemukan sebuah ruangan yang tenang di mana mereka dapat sendiri, mungkin dengan musik lembut. Teknik relaksasi atau teknik distraksi dapat bekerja untuk Anda. Sebuah tempat yang tenang di mana Anda dapat berbicara dengan satu orang yang Anda percayai sering membantu.
- Minum obat jika ini merupakan bagian dari program anda. Bekerja dengan resep Anda untuk menentukan apakah obat dapat berguna dalam mengurangi kambuh. Obat yang paling bermanfaat bila digunakan dengan lingkungan yang aman, tenang dan pengurangan stres.
- Bicara dengan orang yang terpercaya tentang apa suara-suara yang mengatakan kepada Anda atau tentang pikiran Anda mengalami. Orang ini perlu mengetahui di depan waktu yang Anda akan panggilan jika Anda memerlukan bantuan.
- Hindari negatif orang-orang yang mengatakan hal-hal seperti, Anda berpikir gila 'atau "Stop berbicara negatif"

Dalam sesi ini klien diajarkarkan cara mencegah kekambuhan dengan menerapkan terapi kognitif dan perilaku dalam setiap kejadian yang mengganggu klien melalui latihan terjadwal. Kliean juga diajarkan tentang pemahaman terhadap psikofarmaka dalam upaya mencegah kekambuhan.

2.5.1 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI V. CBT: KEMAMPUAN MERUBAH PIKIRAN NEGATIF DAN PERILAKU MALADAPTIF UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN

A. Tujuan

1. Klien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi terutama jika mengalami kejadian traumatis.
2. Klien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan reaksi terhadap kejadian traumatis.
3. Klien mampu mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah klien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak dengan klien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada klien
 - 2) Panggil klien sesuai nama panggilan

b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan tentang kemampuan klien dalam 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) Menanyakan apakah metode 3 kolom tetap diterapkan dalam mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang masih muncul.
- 3) Jika sudah, berikan konsekuensi positif dan jika belum, berikan konsekuensi negatif yang disepakati

c. Kontrak

d. Menyepakati pertemuan kelima

e. Menjelaskan topik percakapan sesi V yaitu

- 1) membantu klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi
- 2) membantu klien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan
- 3) melakukan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

f. Menyepakati tempat dan waktu

3. Fase Kerja

- a. Terapis menganjurkan klien 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 adaptif.
- c. Terapis mendiskusikan apa yang akan dilakukan klien sendiri.
- d. Terapis menganjurkan klien untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri
- e. Terapis menjelaskan pada klien pentingnya terapi lain seperti psikofarmaka dan terapi modalitas lain untuk membantu mencegah

kekambuhan apabila mengalami kejadian traumatis pada waktu yang akan datang.

- f. Terapis menyepakati dengan klien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan
- g. Terapis bersama klien menyimpulkan untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.

4. Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Terapis mengevaluasi kemampuan klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi dan kemampuan klien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan.
- 2) Terapi menanyakan perasaan klien setelah menyepakati untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
- 3) Berikan pujian atas keberhasilan klien

b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan klien 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 klien.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Mengakhiri pertemuan untuk CBT dan disepakati jika klien 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 klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, kemampuan klien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

Format evaluasi proses CBT

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 pelayanan kesehatan untuk membantu klien mengatasi masalah		
4	Menyebutkan akibat jika penanganan stress akibat gempa 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 ≥ 4 : klien dapat menyelesaikan sesi terakhir
2. Bila nilai ≤ 3 : klien harus mengulangi sesi

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT Sesi 5, klien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi, klien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan, klien mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT Sesi 5, klien belum mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan, melakukan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan, dianjurkan klien untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 5 (buat jadwal).

BAB III PENUTUP

Gangguan yang dialami klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah bisa membawa dampak yang negatif pada aspek-aspek kehidupannya karena akan mempengaruhi kemampuan kognitif, afektif dan psikomotornya. Cara berpikir juga akan berubah, cenderung memiliki pola pikir yang negatif sehingga pada akhirnya akan mengganggu fungsinya sebagai manusia, dan juga akan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain.

Salah satu terapi lanjut untuk meningkatkan kemampuan klien adalah dengan dilakukan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) . Menurut NACBT (2007) CBT adalah suatu bentuk psikoterapi yang menekankan pada pentingnya proses berpikir dalam bagaimana hal berpikir dan bertindak. CBT fokus pada perasaan distress, pikiran, dan perilaku yang nantinya mengarah pada perubahan yang positif (NICE, 2005).

Individu yang menerima CBT pada akhirnya diharapkan memiliki pikiran yang positif sehingga akan memperlihatkan perilaku yang juga positif dalam menjalani kehidupannya. Tujuan akhirnya adalah klien mampu kembali berfungsi dengan normal seperti sebelumnya dan juga mampu menghadapi berbagai masalah yang timbul di kemudian hari dengan keterampilan yang telah diajarkan pada CBT.



**MODUL PELAKSANAAN TERAPI
SPESIALIS**
RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY (REBT)
(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)

Disusun Oleh :

Dewi Eka Putri, S.Kp., M.Kep.
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc
Herni Susanti, S.Kp., MN.
Eyet Hidayat, S.Pd, S.Kp.
Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep.
Ns. I Ketut Sudiatmika, S.Kep.

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

2011 KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusun dapat menyelesaikan Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis dengan judul ” **Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis: *Rational Emotive Behavioural Therapy (REBT)***”. Modul ini merupakan pengembangan dan revisi dari modul sebelumnya yang telah dibuat oleh Dewi Eka Putri (2010).

Seiring dengan perkembangan keilmuan dan literatur yang ada, maka pada modul yang baru ini telah dibuat dengan lebih aplikatif berdasarkan pendekatan konsep yang mendasari pelaksanaan terapi REBT.

Modul ini dibuat berdasarkan tahapan pelaksanaan REBT yang dimulai dengan mengidentifikasi kejadian (*Antecedent*), identifikasi konsekuensi emosional (*Consequence*) berupa respon emosi dan perilaku terhadap kejadian, kemudian klien mengenali rentang perasaan. Tahap berikutnya klien diajarkan cara mengidentifikasi keyakinan irrasional yang menyebabkan klien berperilaku maladaptive, lalu klien belajar analisis diri yang rasional agar klien dapat melawan (*Dispute*) pikiran/keyakinan irrasionalnya. Dengan begitu klien akan memperoleh dampak baru (*New Effect*) berupa perilaku adaptif dan mampu merencanakan tindakan adaptif berikutnya (*Further Action*) untuk mengatasi pikiran yang mengganggu yang berdampak terhadap emosi dan perilaku klien.

Pada prinsipnya implementasi REBT dilakukan modifikasi, dimana pada modul baru menggunakan empat sesi yang didasarkan pada tahapan pelaksanaan REBT seperti diatas. Penyusun mencoba memberikan penegasan dan penjelasan pada setiap sesi pelaksanaan REBT berdasarkan teori yang mendasari. Penjelasan tersebut diharapkan akan mempermudah terapis dalam memahami dan melaksanakan setiap sesi REBT sehingga tujuan terapi dapat tercapai.

Pada kesempatan ini penyusun menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

4. Rektor Universitas Indonesia
5. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan modul ini.

Kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak untuk dapat mengembangkan modul ini sehingga dapat digunakan dalam semua setting pelayanan kesehatan.

Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, April 2011

Dr. Budi Anna Keliat, S. Kp, M. App., Sc
Editor

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030.

Gangguan jiwa berat yang paling banyak terjadi adalah skizofrenia (Stuart, 2009),

Klien skizofrenia di Amerika Serikat adalah 1% dari penduduk Amerika, atau satu dari 100 orang menderita skizofrenia, atau 2,5 juta orang, dengan tidak membedakan ras, kelompok etnis, atau gender. Gangguan terjadi mulai usia rata-rata 17 - 25 tahun, laki-laki rata-rata mulai usia 15 – 25 tahun, perempuan rata-rata 25 – 35 tahun.

Gangguan jiwa berat di Indonesia tahun 2007 memiliki prevalensi sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Balitbang Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Data statistik direktorat kesehatan jiwa menunjukkan klien gangguan jiwa berat terbesar di Indonesia adalah skizofrenia yaitu 70% (Dep.Kes, 2003) dan klien yang di rawat di Rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia 90% Skizofrenia (Jalil, 2006).

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologikal otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga dan komunitas (Stuart, 2009). Menurut Keliat (2006) skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham),

afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan menurut Halgin dan Whitbourne (2007, dalam Wahyuni, 2010) skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Dengan demikian pada skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam berhubungan dengan orang lain.

Simptom atau gejala yang tampak dari suatu skizofrenia dibagi dalam 5 dimensi, yaitu simpton positif, simpton negatif, simpton kognitif, simpton agresif dan hostilitas serta simpton depresi dan *anxious* (Shives, 2005; Sinaga, 2007). Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan disorganisasi perilaku seperti katatonia atau agitasi/kegelisahan. Simpton agresif dan *hostile*, simpton ini menekankan pada masalah pengendalian impuls. *Hostile* bisa berupa penyerangan secara fisik atau verbal terhadap orang lain, termasuk juga perilaku mencederai diri sendiri (suicide), merusak barang orang lain atau seksual *acting out*. Simpton depresi dan *anxious* pada klien skizofrenia sering kali didapatkan bersamaan dengan simpton lain seperti mood yang terdepresi, mood cemas, rasa bersalah (*guilt*), *tension*, iritabilitas atau kecemasan. Dari berbagai simpton diatas pada klien skizofrenia menggambarkan banyaknya masalah yang muncul seperti penyerangan terhadap orang lain, perilaku mencederai diri dan orang lain, halusinasi, depresi, rasa bersalah/harga diri rendah, waham.

Menurut Stuart (2009) diagnosis keperawatan primer menurut NANDA yang muncul pada skizofrenia dapat berupa resiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi, harga diri rendah kronik, gangguan proses pikir: waham dan yang lain. Dapat disimpulkan bahwa proses terjadinya skizoprenia dapat disebabkan karena sebelumnya klien mengalami suatu stressor menegangkan yang mengancam ego yang sudah lemah, ancaman tersebut dipersepsikan mengganggu konsep diri atau integritas diri. Dimana aktualisasi

klien belum tercapai sehingga klien mengalami harga diri rendah dan apabila hal ini dipertahankan maka lama kelamaan klien akan depresi dan hal ini berlanjut menjadi skizoprenia. Dan sebaliknya, pada klien skizoprenia pada kondisi maladaptif juga ditemukan perilaku kekerasan dan halusinasi, serta dimasa pemulihannya juga akan membuat klien mengalami harga diri rendah karena merasa penyakitnya sulit disembuhkan dan kurangnya penerimaan keluarga dan masyarakat. Hal ini tentu akan membuat klien akan mengalami depresi.

Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi maupun harga diri rendah telah banyak dilakukan dengan pendekatan tindakan keperawatan generalis. Tindakan keperawatan tersebut sesuai standar asuhan keperawatan yang telah menjadi acuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit jiwa. Tindakan keperawatan yang dilakukan memiliki dampak pada penurunan gejala perilaku kekerasan, halusinasi dan peningkatan harga diri klien, namun dampak tersebut belum diketahui sejauh mana efeknya terhadap kemampuan klien dalam mengontrol ketiga gejala tersebut. Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah di atas, akan lebih efektif dan meningkatnya kemampuan klien secara adekuat bila dipadukan dengan tindakan keperawatan lanjut / spesialis.

Beberapa psikoterapi / tindakan keperawatan lanjut (spesialis) pada klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah adalah *cognitive therapy (CT)*, *logotherapy*, terapi realita dan psikoedukasi keluarga (Videbeck, 2008), *behavior therapy (BT)*, *cognitive behaviour therapy, through stoping, Asertive Training, Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)*.

Penelitian tentang REBT telah dilakukan baik di dalam maupun di luar negeri, Putri (2010) melakukan penelitian REBT pada klien perilaku kekerasan, dan Johan Rieckert (2000) melakukan penelitian REBT pada wanita dengan riwayat seksual abuse pada masa kanak-kanak. REBT terbukti dapat

menurunkan respon emosi, perilaku dan gejala fisiologis perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan kognitif dan sosial klien perilaku kekerasan, REBT lebih maksimal meningkatkan kemampuan kognitif dan menurunkan emosi klien dibandingkan dengan menurunkan respon perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan social. Hasil penelitian secara keseluruhan belum mencapai nilai maksimal sehingga masih memungkinkan ditingkatkan lagi dengan menggabungkan terapi yang lain.

REBT adalah suatu metoda terapi yang menggunakan pendekatan kognitif dan perilaku untuk memahami dan mengatasi masalah emosi dan perilaku negatif yang berasal dari keyakinan-keyakinan yang tidak rasional (irrasional). REBT merupakan suatu pendekatan kognitif dan perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan – keyakinan yang tidak rasional.

REBT diberikan pada lingkup non klinis dan klinis. REBT lebih sering diberikan secara individu namun belakangan ini berkembang sehingga diberikan dalam kelompok, pasangan dan keluarga. REBT dapat diberikan pada anak-anak dan dewasa :

- **Penerapan REBT pada non klinis**

REBT dapat diberikan pada anak dan dewasa seperti pada pertumbuhan individu yang dapat digunakan untuk membantu individu mengembangkan diri dan bertindak lebih fungsional dalam menjalani filosofi hidupnya dan efektivitas disekolah maupun ditempat kerja. Dengan demikian psikoterapi ini dapat diberikan pada individu dengan diagnosa keperawatan Potensial pembentukan identitas diri, Potensial berkembangnya konsep diri dan Potensial berkembangnya integritas diri.

- **Penerapan REBT di klinis**

REBT dapat diberikan pada kondisi klinis seperti pada klien dengan depresi, gangguan kecemasan (obsesif kompulsif, agoraphobia, agora spesifik, general ansietas dan *post traumatic*), gangguan makan, adiksi, gangguan kontrol impuls, manajemen marah, perilaku antisocial,

gangguan personal, kekerasan seksual, gangguan fisik atau gangguan mental, manajemen stress, manajemen nyeri dan gangguan perilaku pada anak dan dewasa serta masalah hubungan dalam keluarga. Berdasarkan kondisi klinis ini maka diagnosa keperawatan yang membutuhkan psikoterapi REBT adalah risiko perilaku kekerasan, ansietas, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan sindroma pasca trauma.

Program terapi *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) dirancang untuk edukasi dan pendukung dalam upaya preventif (pencegahan) timbulnya masalah kesehatan mental klien, untuk itu dibutuhkan seorang terapis yang dapat berperan sebagai :

- **Terapis sebagai trainer**, REBT adalah edukatif dan kolaboratif. Klien belajar terapi dan belajar untuk menggunakannya secara sendiri. Terapis menyediakan training dan klien yang mempelajarinya sendiri. Seluruh penjelasan disampaikan kepada klien dan terapis bersama klien merancang pekerjaan rumah (latihan mandiri) yang akan dilakukan klien di rumah.
- **Terapis sebagai fasilitator**, hubungan terapis dan klien sangat penting tetapi lebih kepada memberikan dorongan. Terapi menunjukkan sikap empati, penerimaan yang tidak terkondisi, dan terapis harus berhati-hati agar aktivitas tidak menciptakan ketergantungan pada klien.

Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) dapat dilakukan di komunitas, di sekolah untuk aplikasi non klinis dan di rumah sakit untuk aplikasi klinis. Rumah sakit umum dan rumah sakit jiwa menjadi tempat pelaksanaan REBT bagi klien yang mempunyai indikasi. Ruangan harus kondusif dan memberikan rasa aman dan nyaman bagi klien.

Metode *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) dapat dilakukan dengan modifikasi beberapa tehnik dalam pelaksanaannya. Dalam beberapa kasus terapis dapat memodifikasi REBT agar lebih dapat dipahami oleh klien. Adapun tehnik-tehnik yang dapat digunakan adalah :

- Teknik Kognitif seperti *Rational Analysis* (Analisis Rasional), *Double Standard Dispute* (Perdebatan Standar Ganda), *Catastrophe Scale* (Scala Bencana), *Devil's Advocad* (*Severse Role Playing*), dan *Reframing*.
- *Imagery Techniques* (Teknik Perumpamaan) seperti *Time Projection*, dan *The "Blow Up" Technique*.
- *Behaviour Techniques* (Teknik Perilaku) seperti *Exposure*, *Shame Attacking*, *Risk Taking*, *Paradoxical Behaviour*, *Stepping Out of Character* dan *Postponing Gratification*
- *Home Work* (Pekerjaan Rumah/ PR)
Pekerjaan rumah (PR) adalah merupakan strategi yang paling penting dalam REBT.

REBT yang akan diberikan kepada klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah pada penelitian ini menggunakan teknik kognitif yaitu *Rational Analysis* (Analisis Rasional) dan *Catastrophe Scale* (Scala Bencana). ***Rational Analysis*** (Analisis Rasional) yaitu analisis dari peristiwa yang spesifik untuk mengajarkan klien bagaimana cara membuka dan memperdebatkan keyakinan yang tidak rasional dan setelah klien mendapatkan idenya maka klien akan membawanya sebagai pekerjaan rumah (latihan mandiri). Pada teknik ini klien akan dilatih secara mandiri mengenal keyakinannya yang tidak rasional dan merubahnya dengan keyakinan yang rasional sehingga menurunkan gangguan emosi dan perilaku klien.

Catastrophe Scale (Scala Bencana) yaitu teknik yang digunakan untuk mendapatkan perspektif yang hebat. Pada papan tulis putih atau selembar kertas menggambar sebuah garis yang menurun dengan menuliskan 100% pada bagian atas dan 0% pada bagian bawah dan 10% interval diantaranya. Tanyakan pada klien pada tingkat berapa bencana yang dirasakan dari masalah yang dihadapi kemudian masukkan item tersebut ke dalam gambar pada tempat yang tepat kemudian isi tingkatan (level) yang lainnya dengan item

yang sesuai dengan pikiran klien. Pada akhirnya apakah klien secara progresif mengubah posisi item yang ditakutkannya dalam skala, sampai ketakutan tersebut dalam perspektifnya dalam hubungannya dengan item lainnya. Pada tehnik ini klien akan dilatih untuk menempatkan suatu peristiwa atau masalah dalam rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakannya. Agar kedua tehnik kognitif tersebut dapat dilakukan oleh klien dengan terampil maka terapis juga menggunakan tehnik *Home Work* (Pekerjaan Rumah) yaitu strategi latihan mandiri di rumah agar klien menjadi terbiasa.

Alat yang dibutuhkan saat terapi disesuaikan dengan metode atau tehnik yang dipakai. Pada REBT yang akan diberikan pada klien dengan perilaku kekerasan ini alat yang dibutuhkan adalah alat tulis dan kertas, buku kerja untuk klien, dan lembar evaluasi klien untuk terapis.

Pelaksanaan terapi dibagi atas 4 sesi, setiap sesi dilaksanakan selama 30 sampai 45 menit untuk setiap klien.

a. Sesi I : Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian

- 1) Mengidentifikasi kejadian : *A (Antecedent event)* peristiwa pendahulu berupa fakta, kejadian, tingkah laku, sikap seseorang, perceraian, PHK, kelulusan bagi siswa, seleksi masuk calon karyawan, dan lain-lain.
- 2) Mengidentifikasi *C (emotional consequence)* berupa respon emosi dan perilaku dalam bentuk perasaan senang, atau hambatan emosi dalam hubungan dengan *Antecedent event*.
- 3) Memahami rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakan (Termometer Perasaan)

Thermometer perasaan yaitu salah satu bentuk metode kognitif yang disebut *Catastrophe Scale* (Scala Bencana); Ini merupakan tehnik yang berguna untuk mendapatkan perspektif yang hebat. Pada selembar kertas yang ada di dalam buku kerja tergambar sebuah garis yang menurun dengan bertuliskan 100% pada bagian atas dan 0% pada bagian bawah serta 10% interval diantaranya. Garis tersebut menunjukkan rentang

perasaan senang sampai marah yang dirasakan, 100% menunjukkan bahwa tingkat perasaan marah yang dialami mencapai puncaknya dan 0% menunjukkan bahwa perasaan klien senang (tidak ada rasa marah).

b. Sesi II : Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian I.

- 1) Identifikasi keyakinan klien (*B : Belief*) berupa keyakinan, pandangan, nilai, verbalisasi individu terhadap suatu peristiwa. Keyakinan yang rasional (*rational belief*) merupakan cara berpikir / sistem keyakinan yang tepat, masuk akal, bijaksana dan menjadikan seseorang produktif. Keyakinan yang tidak rasional (*irrational belief*) keyakinan / sistem berpikir yang salah, tidak masuk akal, emosional, dan membuat orang lain tidak produktif.
- 2) Identifikasi Fakta lawan opini :
 - a) Fakta adalah sesuatu yang secara aktual ada, sesuatu yang sudah nyata terjadi, sebuah informasi yang secara objektif nyata, dengan kata lain orang dapat melihat sesuatu secara nyata dan setuju kalau itu ada. Fakta merupakan sesuatu yang dapat dibuktikan oleh orang lain. Fakta harus dapat diobservasi atau dilihat dan diukur seperti perilaku yang ditunjukkan oleh individu, konsep tentang tinggi badan, berat badan, dan warna rambut
 - b) Opini adalah suatu pandangan, suatu pernyataan, atau bentuk penilaian dari pikiran terhadap sesuatu hal tertentu, dengan kata lain sama dengan kepercayaan/keyakinan dan perasaan.
- 3) Melawan (*D : Dispute*) Keyakinan Irrasional agar individu dapat menikmati dampak-dampak baru (*New Effect : E*) psikologis positif dari keyakinan yang rasional.

c. Sesi III : Latihan melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian II.

Mengevaluasi keyakinan irrasional yang masih ada, mengidentifikasi keyakinan rasional yang baru, mengidentifikasi opini negative yang

masih ada, membimbing klien berlatih melawan pikiran irrasional yang masih ada, membantu klien mengidentifikasi dampak baru (*New Effect*) dari keyakinan rasional.

Klien melakukan latihan ulang membuat *Rational Self- Analysis*.

- 1) Meminta klien menuliskan satu kejadian atau peristiwa lainnya yang dialami dan minta klien untuk memikirkan apa arti kejadian atau peristiwa terhadap klien.
- 2) Keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian yang dialami klien (kejadian II).
- 3) Fakta – fakta (keyakinan yang rasional) dari kejadian II yang dialami.
- 4) Opini – opini (keyakinan yang tidak rasional) dari kejadian II yang dialami.
- 5) Menyampaikan perbedaan antara fakta dan opini.
- 6) Mengevaluasi cara berpikir yang biasa dilakukan : lebih banyak fakta atau opini
- 7) Mengidentifikasi perasaan dan perilaku terhadap kejadian II sesuai dengan kenyataan (fakta) atau hanya opini?
- 8) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien membedakan antara fakta dan opini dari kejadian II.

d. Sesi IV : Mencegah kekambuhan

F (Further action) : Apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya pikiran irrasional yang sama. Meminta klien untuk mengungkapkan apa yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.

Contoh :

- a) Pergi dan lihat teman-teman , cek apakah benar seperti opini saya
 - b) Bila dia tidak menginginkan saya , saya akan cari teman lainnya
 - c) Lihat dan baca kembali buku kerja tentang thermometer perasaan dan ukur kembali untuk masalah ini
- 1) Memberikan reinforcemen positif atas kemampuan klien berlatih *Rational Self- Analysis*.

- 2) Mendiskusikan manfaat atau kegunaan *Rational Self Analysis* bagi klien

1.2 Tujuan REBT

Tujuan Umum:

Membantu individu untuk dapat menolong diri sendiri dengan mengajarkan cara mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif, emosi dan perilaku sehingga memungkinkan bagi klien untuk melakukan koping dalam jangka waktu yang panjang di masa yang akan datang.

Tujuan Khusus:

Klien mampu :

- f. Mengemukakan kejadian dan respon terhadap kejadian
- g. Mengidentifikasi keyakinan terhadap suatu kejadian, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian I.
- h. Melakukan latihan melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian II.
- i. Melakukan upaya mencegah kekambuhan

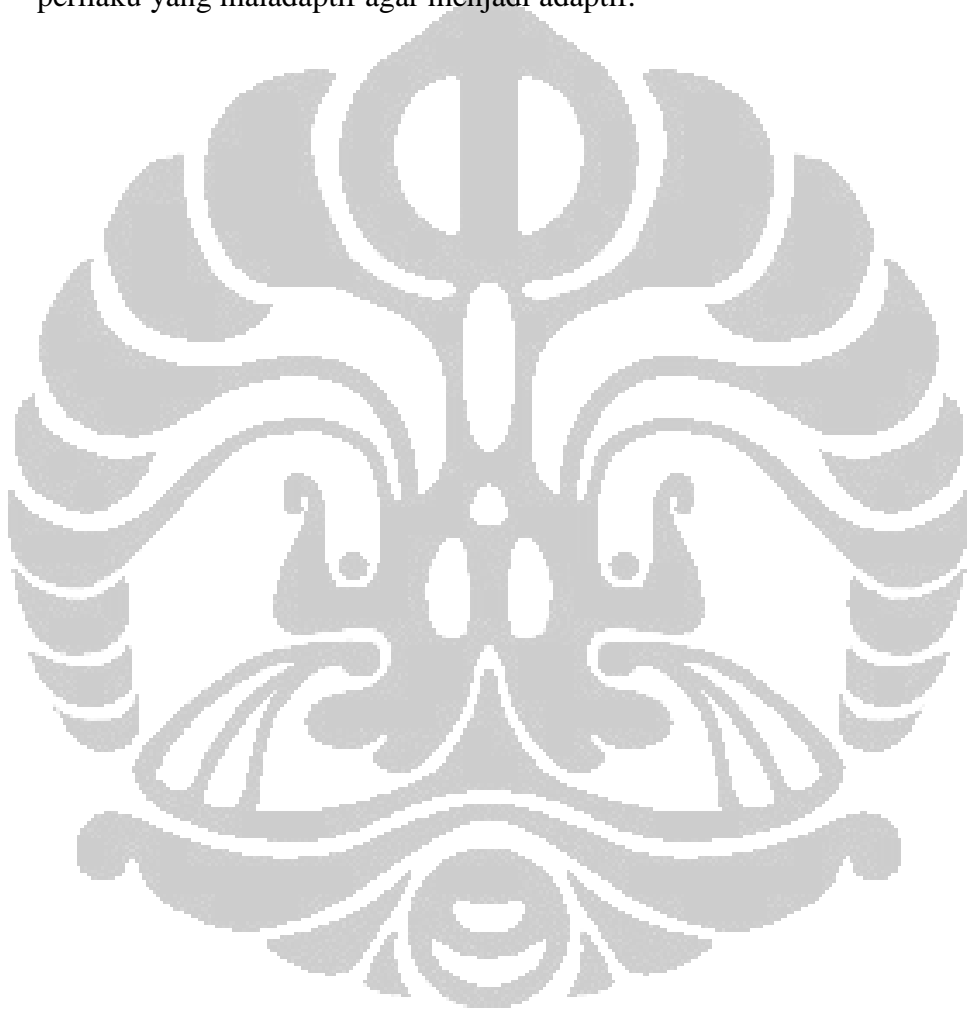
1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa klien gangguan jiwa:

- e. Bagi Klien, mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas dan profesional dari ahli terapi spesialis serta dapat dijadikan panduan dalam meningkatkan kemampuan mengatasi pikiran, emosi dan keyakinan maladaptif untuk menjadi adaptif.
- f. Bagi Rumah Sakit Jiwa, dapat dijadikan program untuk peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan pikiran, emosi dan keyakinan yang maladaptif.
- g. Bagi Perawat, dapat menerapkan terapi spasialis ini dalam upaya pemberian asuhan keperawatan yang profesional, bermutu dan ilmiah.

- h. Bagi keilmuan, dapat sebagai *evidence based* dalam mengembangkan tindakan keperawatan dengan pendekatan *dual* atau *triple* diagnosis keperawatan

Manfaat ini diharapkan dapat menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah dalam mengatasi pikiran, emosi dan keyakinan yang berdampak pada perilaku yang maladaptif agar menjadi adaptif.



BAB II
PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI
RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY (REBT)

Berdasarkan teori dan konsep yang dijelaskan tentang *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)*, psikoterapi pada klien dengan Perilaku Kekerasan, Halusinasi dan Harga Diri Rendah mempunyai 4 sesi dan masing-masing sesi dilaksanakan selama 30-45 menit untuk setiap klien. Adapun uraian kegiatan tiap sesi adalah sebagai berikut:

2.1 Sesi I : Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian

Kognitif adalah tindakan atau proses mengetahui. Melibatkan kesadaran dan penilaian yang memungkinkan otak untuk memproses informasi dengan cara yang menjamin akurasi, penyimpanan, dan pengambilan. Orang dengan skizofrenia sering tidak dapat menghasilkan pemikiran logis yang rumit dan mengungkapkan kalimat yang koheren karena neurotransmisi dalam sistem pengolahan informasi otak rusak (Stuart, 2009).

Penelitian menemukan gen GAD 1 yang bertanggung jawab memproduksi GABA, dimana pada klien skizofrenia tidak dapat meningkat secara normal sesuai perkembangan pada daerah frontal, dimana bagian ini berfungsi dalam proses berfikir dan pengambilan keputusan Hung et al, (2007 dalam Stuart, 2009).

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 Sadock dan Sadock (2007) 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 kepribadian, tidak memiliki kemauan atau motivasi, anhedonia yang

mengarah pada harga diri rendah. Sedangkan fungsi utama dan lobus temporalis adalah ingatan dan juga emosi. Sehingga gangguan yang terjadi pada korteks temporalis dan nukleus limbik yang berhubungan pada lobus temporalis akan menyebabkan timbulnya gejala halusinasi dan perilaku kekerasan

Beberapa referensi menunjukkan bahwa neurotransmitter yang berperan menyebabkan skizofrenia adalah dopamin dan serotonin. Satu teori yang terkenal memperlihatkan dopamin sebagai faktor penyebab, ini dibuktikan dengan obat-obatan yang menyekat reseptor dopamin pascasinaptik mengurangi gejala psikotik dan pada kenyataannya semakin efektif obat tersebut dalam mengurangi gejala skizofrenia.

Dopamin penting dalam respon terhadap stress dan memiliki banyak koneksi ke sistem limbik. Dopamin memiliki empat jalur utama dalam otak (1) Jalur Mesolimbik di daerah tegmentum ventral dan proyeksi ke daerah-daerah dari sistem limbik, termasuk amigdala, nucleus accumbens dan hipokampus. Jalur mesolimbik dikaitkan dengan fungsi memori, emosi, gairah, dan kesenangan. Kelebihan aktivitas dalam saluran mesolimbik telah terlibat dalam gejala positif skizofrenia (misalnya halusinasi, delusi) dan perilaku emosi yang muncul sebagai perilaku agresif dan kekerasan. (2) Jalur Mesokortikal di daerah tegmentum ventral dan proyeksi ke korteks. Jalur mesokortikal berkaitan dengan kognisi, perilaku sosial, perencanaan, pemecahan masalah, motivasi, dan penguatan dalam belajar, gejala negatif dari skizofrenia (misalnya afek datar, apatis, kurangnya motivasi dan anhedonia) telah dikaitkan dengan aktivitas berkurang dalam saluran mesocortical yang mengarah pada kondisi harga diri rendah.

Pengolahan informasi dari klien dengan skizofrenia mengalami perubahan karena defisit otak. Namun, gangguan dalam fungsi kognitif sering membuat orang dengan skizofrenia mempunyai ide-ide dan perilaku berbeda dari orang lain. Hal ini tampak dalam kesalahan interpretasi persepsi diri dan

kemampuan yang muncul pada klien perilaku kekerasan, halusinasi, delusi dan harga diri rendah.

Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) berdasar pada konsep bahwa emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses pikir yang memungkinkan bagi manusia untuk memodifikasinya seperti proses untuk mencapai cara yang berbeda dalam merasakan dan bertindak (Froggatt, 2005). Reaksi emosional seseorang sebagian besar disebabkan oleh evaluasi, interpretasi, dan filosofi yang disadari maupun tidak disadari. Hambatan psikologis atau emosional tersebut merupakan akibat dari cara berpikir yang tidak logis dan irrasional, dimana emosi yang menyertai individu dalam berpikir penuh dengan prasangka, sangat personal, dan irrasional. Menurut Albert Ellis, manusia pada dasarnya adalah unik yang memiliki kecenderungan untuk berpikir rasional dan irrasional. Ketika berpikir dan bertingkah laku rasional manusia akan efektif, bahagia, dan memiliki kemampuan. Ketika berpikir dan bertingkah laku irrasional individu itu menjadi tidak efektif.

Menurut Froggatt (2005) REBT mengemukakan suatu penjelasan tentang sebab akibat biopsikososial yang merupakan kombinasi dari faktor biologis, psikologis dan sosial yang mempengaruhi perasaan dan perilaku seseorang. REBT juga berpendapat bahwa keadaan biologis seseorang juga mempengaruhi perasaan dan perilakunya, ini merupakan hal yang penting dan perlu diingat oleh therapist untuk memahami seberapa besar kemampuan manusia dapat berubah. Dari beberapa pernyataan diatas dapat diketahui bahwa REBT berdasarkan pada konsep emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses pikir tentang apa yang mereka pikirkan, asumsikan dan yakini tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungannya yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis dan sosial sehingga terlihat dari cara individu merasakan dan bertindak terhadap masalah yang dihadapinya.

Konsep kunci teori Albert Ellis yaitu *Antecedent event (A)*, *Belief (B)*, dan *emotional Consequence (C)*. Kerangka pilar ini yang kemudian dikenal dengan konsep atau teori ABC (Froggatt, 2005).

- a) *Antecedent event* (A) yaitu seluruh peristiwa luar yang dialami atau terpapar pada individu. Peristiwa pendahulu yang berupa fakta, kejadian, tingkah laku, atau sikap orang lain. Perceraian suatu keluarga, kelulusan bagi siswa, dan seleksi masuk bagi calon karyawan merupakan antecedent event bagi seseorang.
- b) *Belief* (B) yaitu keyakinan, pandangan, nilai, atau verbalisasi diri individu terhadap suatu peristiwa. Keyakinan seseorang ada dua macam, yaitu keyakinan yang rasional (*rational belief* atau rB) dan keyakinan yang tidak rasional (*irrational belief* atau iB). Keyakinan yang rasional merupakan cara berpikir atau system keyakinan yang tepat, masuk akal, bijaksana, dan menjadikan seseorang produktif. Keyakinan yang tidak rasional merupakan keyakinan atau system berpikir seseorang yang salah, tidak masuk akal, emosional, dan membuat orang tidak produktif.
- c) *Emotional consequence* (C) merupakan konsekuensi emosional sebagai akibat atau reaksi individu dalam bentuk perasaan senang atau hambatan emosi dalam hubungannya dengan *antecedent event* (A). Konsekuensi emosional ini bukan akibat langsung dari A tetapi disebabkan oleh beberapa variable antara dalam bentuk keyakinan (B) baik yang rB maupun yang iB.

REBT yang akan diberikan kepada klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah pada penelitian ini menggunakan tehnik kognitif yaitu *Rational Analysis* (Analisis Rasional) dan *Catastrophe Scale* (Scala Bencana). ***Rational Analysis*** (Analisis Rasional) yaitu analisis dari peristiwa yang spesifik untuk mengajarkan klien bagaimana cara membuka dan memperdebatkan keyakinan yang tidak rasional dan setelah klien mendapatkan idenya maka klien akan membawanya sebagai pekerjaan rumah (latihan mandiri). Pada tehnik ini klien akan dilatih secara mandiri mengenal keyakinannya yang tidak rasional dan merubahnya dengan keyakinan yang rasional sehingga menurunkan gangguan emosi dan perilaku klien.

Catastrophe Scale (Scala Bencana) yaitu tehnik yang digunakan untuk mendapatkan perspektif yang hebat. Pada papan tulis putih atau selembor

kertas menggambarkan sebuah garis yang menurun dengan menuliskan 100% pada bagian atas dan 0% pada bagian bawah dan 10% interval diantaranya. Tanyakan pada klien pada tingkat berapa bencana yang dirasakan dari masalah yang dihadapi kemudian masukkan item tersebut ke dalam gambar pada tempat yang tepat kemudian isi tingkatan (level) yang lainnya dengan item yang sesuai dengan pikiran klien. Pada akhirnya apakah klien secara progresif mengubah posisi item yang ditakutkannya dalam skala, sampai ketakutan tersebut dalam perspektifnya dalam hubungannya dengan item lainnya. Pada teknik ini klien akan dilatih untuk menempatkan suatu peristiwa atau masalah dalam rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakannya. Agar kedua teknik kognitif tersebut dapat dilakukan oleh klien dengan terampil maka terapis juga menggunakan teknik *Home Work* (Pekerjaan Rumah) yaitu strategi latihan mandiri di rumah agar klien menjadi terbiasa.

Untuk bisa mengenali masalah pada kognitif, klien pada sesi 1 ini akan berlatih untuk mengidentifikasi kejadian (A), mengidentifikasi respon emosi dan perilaku (C) dan memahami rentang perasaan (Termometer Perasaan).

2.1.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi I : Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian

A. Tujuan Sesi I : Klien mampu :

1. Membina hubungan saling percaya dengan terapis.
2. Mengidentifikasi kejadian : A (*Atecedent event*) peristiwa pendahulu berupa fakta, kejadian, tingkah laku, sikap seseorang, perceraian, PHK, kelulusan bagi siswa, seleksi masuk calon karyawan, dan lain-lain.
3. Mengidentifikasi C (*emotional consequence*) berupa respon emosi dan perilaku dalam bentuk perasaan senang, atau hambatan emosi dalam hubungan dengan *Atecedent event*.
4. Memahami rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakan (Termometer Perasaan)

B. Seting

Klien duduk bersama dengan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat dan Bahan

Alat tulis, modul, buku kerja klien, grafik termometer perasaan dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Curah pendapat, diskusi, dan tanya jawab.

E. Langkah – langkah :

1. Persiapan

- a. Melakukan seleksi terhadap klien sesuai dengan masalah keperawatannya.
- b. Mengingatkan klien sehari sebelum pelaksanaan terapi
- c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan yang kondusif

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik :

- 1) Memperkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama).
- 2) Menanyakan nama dan panggilan klien.

b. Evaluasi/Validasi :

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.
- 2) Menanyakan apakah ada kejadian yang menimbulkan perasaan jengkel, yang dirasakan mengganggu ? Bagaimana perasaannya dan apa yang dilakukan klien sehubungan dengan perasaan tersebut?

c. Kontrak :

- 1) Menjelaskan pengertian REBT dan tujuan terapi yaitu membantu klien untuk mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif, emosi dan perilaku.
- 2) Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas yang harus dikerjakan klien dan buku kerja yang akan digunakan klien dalam

melaksanakan tugas dan latihannya. Proses pelaksanaan dari REBT terdiri atas 4 sesi dan setiap klien akan melewati semua sesi. Klien akan dilatih cara berpikir, mengontrol emosi dan berperilaku serta diminta untuk menuliskan tugas dan hasil latihan ke dalam buku kerja yang disediakan oleh terapis. Buku kerja akan diisi dan dipegang oleh klien.

Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi REBT ini. Adapun sesi yang akan dilakukan terdiri atas 4 sesi, dan setiap sesinya dilakukan selama 30 – 45 menit. Pada pelaksanaannya setiap sesi akan dilaksanakan setiap hari masing-masing sesi sekali kecuali sesi 3 akan dilaksanakan dua kali sehingga jumlah pertemuan kita 5 kali pertemuan.

3) Menjelaskan peraturan dalam terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dan kerjasamanya dalam mengikuti kegiatan dari sesi awal sampai selesai semua sesinya.

4) Pada pertemuan sesi 1 ini disepakati tujuannya adalah untuk membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi kejadian / peristiwa yang dialami, respon perasaan (emosi dan perilaku) akibat kejadian, rentang perasaan, dan keyakinan terhadap kejadian tersebut. Sesi ini akan dilakukan selama 30-45 menit di tempat yang disepakati bersama klien.

3. Tahap Kerja

a. Terapis mendiskusikan bersama klien tentang :

- 1) Kejadian / peristiwa yang dialami klien pada saat ini
- 2) Respon perasaan dan perilaku klien terkait dengan kejadian/ peristiwa yang terjadi .
- 3) Hubungan kejadian/peristiwa yang dialami klien dengan perasaan yang dirasakan oleh klien

b. Meminta klien menuliskan kejadian / peristiwa yang dialami, perasaan dan hubungannya ke dalam buku kerja.

- c. Meminta klien untuk menuliskan perasaan terhadap kejadian atau peristiwa yang dialami pada grafik thermometer sesuai level rentang perasaan dari senang (0%) sampai marah (100%).
- d. Terapis meminta klien untuk menyampaikan manfaat atau kegunaan dari thermometer perasaan tersebut bagi klien.
- e. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi :

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah selesai sesi I
- 2) Meminta klien untuk menyebutkan kembali kejadian / peristiwa yang dialami, respon perilaku dan perasaannya dan hubungan kejadian / peristiwa dengan perasaan yang dirasakan oleh klien serta rentang perasaan klien sesuai thermometer yang telah diisi.
- 3) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama dan kemampuan klien dalam menyampaikan kejadian / peristiwa yang dialami dan perasaannya.

b. Tindak Lanjut :

Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi kejadian / peristiwa lain yang dialami, respon perilaku dan perasaan klien terkait dengan kejadian / peristiwa tersebut dan menggambarkan tingkat perasaan dalam termometer perasaan serta menuliskannya ke dalam buku kerja

c. Kontrak :

- 1) Menyepakati topik sesi 2 yaitu keyakinan yang mendasari perilaku dan perasaan klien terhadap kejadian serta mengatasi keyakinan yang salah
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2.

2.1.1 Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi I REBT Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Menyampaikan kejadian / peristiwa yang terjadi		
3	Menyampaikan respon perasaan (emosi dan perilaku) terkait dengan kejadian / peristiwa yang terjadi		
4	Penyebab munculnya perasaan/emosi dan perilaku terkait kejadian		
5	Memasukan tingkat perasaan yang muncul dalam thermometer perasaan		
6	Aktif dalam diskusi		

Keterangan :

Isilah Ya = jika klien melakukan, Tidak = jika klien tidak melakukan.

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat REBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 1, klien mampu menyampaikan kejadian/peristiwa yang terjadi, menyampaikan respon perasaan (emosi dan perilaku) terkait dengan kejadian/peristiwa yang terjadi, penyebab munculnya perasaan / emosi dan perilaku terkait kejadian, memasukan tingkat perasaan yang muncul dalam thermometer perasaan, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 1, klien belum mampu menyampaikan kejadian/peristiwa yang terjadi, menyampaikan respon perasaan (emosi dan perilaku) terkait dengan kejadian / peristiwa yang terjadi, penyebab munculnya perasaan / emosi dan perilaku terkait kejadian, memasukan tingkat perasaan yang muncul dalam thermometer perasaan, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

2.2 Sesi II : Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.

Albert Ellis (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003) berpendapat bahwa yang perlu dirubah oleh individu untuk mengatasi masalah emosi maupun perilakunya adalah adanya keyakinan irrasional yang dikembangkan sendiri oleh individu. Pada umumnya keyakinan berada di luar kesadaran. Keyakinan merupakan kebiasaan atau secara otomatis, yang terdiri atas aturan-aturan dasar tentang bagaimana menjalani kehidupan di dunia. Dengan latihan manusia dapat menggali keyakinan yang ada dibawah alam sadarnya (Froggatt, 2005). Keyakinan yang tidak rasional dapat menghambat dalam mencapai tujuan, membentuk emosi ekstrim yang bertahan, menjadi stress dan mengarah kepada perilaku-perilaku yang membahayakan diri, orang lain dan kehidupan secara umum, mendistorsi kenyataan (memberikan suatu interpretasi yang salah terhadap kejadian dan tidak didukung oleh fakta), mengandung cara-cara yang tidak logis dalam mengevaluasi diri sendiri, orang lain dan lingkungan seperti menuntut, berperilaku kasar, tidak toleransi dan selalu menilai orang (Froggatt, 2005). Berlandaskan pendapat tersebut, Albert Ellis (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003) mengembangkan sebuah terapi bernama REBT (Rational Emotive Behavioural Therapy) untuk membantu orang mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional.

Menurut Froggatt (2005) Adapun langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk membantu klien berubah adalah :

- a) Membantu klien untuk memahami bahwa emosi dan perilaku disebabkan karena keyakinan dan pikiran.
- b) Tunjukkan kepada klien bahwa keyakinan yang relevan dapat terbuka. Format ABC merupakan hal yang tidak ternilai disini. Menggunakan suatu peristiwa dari pangalaman klien yang baru, terapi mencatatnya di “C” kemudian di “A” . Klien ditanya untuk mempertimbangkan di “B”: apa yang telah saya katakan pada diri sendiri tentang “A” untuk merasakan dan bertindak seperti yang telah saya lakukan di “C”. Sebagai seorang klien yang membangun pemahaman tentang pikiran

irasional yang alami, proses penyimpanan ini akan menjadi lebih mudah. Pemahaman dapat dicapai melalui membaca, penjelasan langsung dan analisis diri dengan bantuan terapi serta tugas (PR) diantara sesi yang dilakukan.

- c) Mengajarkan pada klien bagaimana cara menunjukkan tidak sependapat dan merubah keyakinan yang tidak rasional serta menggantikannya dengan alternatif yang rasional. Format ABC digunakan dan diperluas dengan menambahkan “D” (*Disputing irrational beliefs*) dan “E” (*the new Effect the client wishes to achieve* seperti cara baru dalam merasakan dan bertindak) dan “F” (*Further Action* untuk dipilih oleh klien).
- d) Membantu klien untuk dapat melaksanakan dengan berperan melawan keyakinan yang irrasional. Memperdebatkan keyakinan yang ditolak tidak dapat ditoleransi dengan bebas untuk melakukan sesuatu seperti menyerang kemudian menemukan orang yang dapat bertahan, maka inilah yang merupakan komponen utama dari REBT. Penekanan pada pemikiran ulang dan tindakan membuatnya menjadi suatu alat yang kuat untuk berubah.

Pada sesi II upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru, dilakukan dengan mengidentifikasi keyakinan irrasional (iB), mengidentifikasi keyakinan tersebut apakah fakta atau hanya opini dan melawan dengan keyakinan rasional agar memiliki dampak baru (E).

- a) Fakta adalah sesuatu yang secara aktual ada, sesuatu yang sudah nyata terjadi, sebuah informasi yang secara objektif nyata, dengan kata lain orang dapat melihat sesuatu secara nyata dan setuju kalau itu ada. Fakta merupakan sesuatu yang dapat dibuktikan oleh orang lain. Fakta harus dapat diobservasi atau dilihat dan diukur seperti perilaku yang ditunjukkan oleh individu, tinggi badan, berat badan, warna rambut dll. Contoh : Tn. B bila marah melempar barang yang ada di dekatnya.
- b) Opini adalah suatu pandangan, suatu pernyataan, atau bentuk penilaian terhadap sesuatu hal tertentu, dengan kata lain sama dengan kepercayaan / keyakinan dan perasaan. Contoh : Tn. A adalah orang

yang sombong.

2.2.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi II : upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.

A. Tujuan Sesi II : Klien mampu :

1. Mengidentifikasi keyakinan klien (B : Belief) berupa keyakinan, pandangan, nilai, verbalisasi individu terhadap suatu peristiwa (rational belief) atau (irrational belief).
2. Mengidentifikasi fakta lawan opini :
3. Melawan (D : Dispute) keyakinan irrational agar individu dapat menikmati dampak-dampak baru (New Effect : E) psikologis positif dari keyakinan yang rasional.

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

F. Langkah-langkah.

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik :
Salam dari terapis kepada klien.
- b. Evaluasi/ Validasi :
 - 1) Menanyakan perasaan klien hari ini.
 - 2) Menanyakan apakah ada kejadian atau peristiwa lain yang dialami dan membuat klien merasa marah, bagaimana perasaan marah klien terkait kejadian / peristiwa tersebut dan bagaimana menuliskan tingkat perasaan klien dalam termometer perasaan.
 - 3) Melihat buku kerja klien untuk mengetahui apakah ada kejadian /

peristiwa lainnya yang dialami dan bagaimana tingkat perasaannya terkait dengan masalah tersebut.

- 4) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien mengidentifikasi kejadian / peristiwa yang dialami dan perasaannya

c. Kontrak :

- 1) Menyetujui topik pertemuan pada sesi 2 yaitu keyakinan, upaya melawan keyakinan yang salah dan menyetujui keyakinan yang benar serta perilaku yang tepat.
- 2) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
- 3) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

3. Tahap Kerja

a. Terapis dan klien mendiskusikan tentang :

- 1) Keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian yang dialami klien (kejadian I).
- 2) Fakta – fakta (keyakinan yang rasional) dari kejadian yang dialami tersebut.
- 3) Opini – opini (keyakinan yang tidak rasional) dari kejadian yang dialami tersebut.
- 4) Diskusikan perbedaan antara fakta dan opini.
- 5) Bantu klien untuk mengevaluasi cara berpikir yang biasa dilakukan : lebih banyak fakta atau opini
- 6) Apakah yang dirasakan dan dilakukan terhadap kejadian di atas (kejadian I) sesuai dengan kenyataan (fakta) atau hanya opini?
- 7) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien membedakan antara fakta dan opini dari kejadian atau peristiwa yang dialami.

b. Bantu klien untuk mengubah keyakinan lama yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional

- c. Bantu klien mengidentifikasi perasaan dan perilaku baru sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional.

4. Tahap Terminasi

1. Evaluasi
 - a. Menanyakan perasaan klien setelah sesi II selesai
 - b. Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian, membedakan antara fakta dan opini serta mengubah keyakinan lama yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional.
 - d. Mengevaluasi perasaan dan perilaku baru sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional.
 - c. Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.
2. Tindak lanjut :
 - a. Menganjurkan klien untuk berlatih mengidentifikasi keyakinan klien terhadap masalah lain, membedakan fakta dan opini yang muncul dan mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
 - b. Menuliskan kejadian, keyakinan terhadap kejadian, fakta dan opini serta upaya yang dilakukan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional.
3. Kontrak :
 - b. Menyepakati topik sesi 3 yaitu berlatih mengidentifikasi keyakinan dari masalah yang kedua, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.
 - c. Menyepakati tempat dan waktu untuk pertemuan sesi 3.

2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi II : Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kajadian I.		
3	Mampu membedakan antara fakta dan opini pada kejadian I		
4	Mampu menyampaikan manfaat atau kegunaan membedakan fakta dan opini		
5	Mampu mengubah keyakinan lama terhadap kejadian I yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional		
6	Mampu mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional terhadap kejadian I		
7	Aktif dalam diskusi		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat REBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 2, klien mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian, membedakan antara fakta dan opini, menyampaikan manfaat membedakan fakta dan opini, mengubah keyakinan yang tidak rasional, mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 2, klien belum mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian, membedakan antara fakta dan opini, menyampaikan manfaat membedakan fakta dan opini, mengubah keyakinan yang tidak rasional, mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

2.3 Sesi III : Berlatih Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.

Setelah klien mempunyai kemampuan untuk melawan keyakinan irrasional dengan keyakinan rasional yang diperoleh dari hasil analisis opini lawan fakta, maka klien sudah mulai dapat berlatih untuk menerapkan perilaku baru.

Adapun Prinsip latihan dalam REBT adalah:

- a) Tujuan dasar dari REBT adalah meninggalkan klien dengan penyelesaian masalahnya, kebebasan untuk memilih emosi, perilaku dan gaya hidup sendiri (dalam batasan fisik, sosial dan ekonomi) dengan metode observasi diri dan perubahan personal yang akan membantu mereka dalam mempertahankan keuntungannya.
- b) Tidak semua emosi yang tidak menyenangkan dilihat sebagai disfungsi dan juga sebaliknya. REBT tidak hanya melihat pikiran positif tetapi lebih pada pikiran, emosi dan perilaku yang realistis dalam porsi yang tepat terhadap kejadian atau keadaan yang dialami oleh klien.
- c) Tidak ada satu cara untuk latihan REBT tapi dengan wawasan yang luas. Meskipun REBT mempunyai tehnik tersendiri namun kadang juga menggunakan pendekatan lain dan mengizinkan praktisi untuk menggunakan imajinasinya sendiri.
- d) REBT adalah edukatif dan kolaboratif. Klien belajar terapi dan belajar untuk menggunakannya secara sendiri. Terapis menyediakan training dan klien yang mempelajarinya sendiri. Tidak ada penjelasan yang tidak disampaikan pada klien dan terapis bersama klien merancang PR yang akan dilakukan klien di rumah.
- e) Hubungan terapis dan klien sangat penting tetapi lebih kepada sebagai fasilitator. Terapi menunjukkan sikap empati, penerimaan yang tidak terkondisi, dan memberikan dorongan. Terapis harus berhati-hati agar aktivitas tidak menciptakan ketergantungan klien.
- f) Ketika REBT dilakukan secara aktif dan langsung, terapis harus tetap berada di dalam nilai-nilai yang dianut oleh klien. Cara baru dalam berfikir akan mengembangkan kolaborasi.

- g) Masa lalu dari individu terlihat relevan pada saat itu dengan banyaknya pikiran irrasional yang masih asli tapi membuka masa lalu tidak selalu membantu dalam mengubah reaksi individu di masa sekarang. Terapis REBT jangan melibatkan terlalu banyak penggalan masa lalu.
- h) REBT adalah ringkas dan mempunyai batasan waktu. Biasanya melibatkan 5 sampai 30 sesi dengan waktu satu bulan sampai delapan bulan. Waktu yang minimum tergantung pada latar belakang dan informasi tentang riwayat klien. REBT berorientasi pada tugas dan berfokus pada pemecahan masalah saat ini.
- i) Penekanan REBT adalah perubahan dalam sistem keyakinan yang mendasar dari klien dari pada upaya menghilangkan gejala-gejala saat ini. Klien ditinggalkan dengan kemampuan untuk menolong diri sendiri dan memungkinkan untuk melakukan koping pada waktu yang panjang di masa depannya.

2.3.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi III : Berlatih Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.

A. Tujuan Sesi III : Klien mampu :

1. Berlatih mengidentifikasi keyakinan klien (B : Belief) berupa keyakinan, pandangan, nilai, verbalisasi individu terhadap suatu peristiwa (rational belief) atau (irrational belief) dari kejadian kedua.
2. Berlatih mengidentifikasi fakta lawan opini dari kejadian kedua
3. Berlatih melawan (D : Dispute) keyakinan irrational agar individu dapat menikmati dampak-dampak baru (New Effect : E) psikologis positif dari keyakinan yang rasional.

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

F. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik :

Salam dari terapis kepada klien.

- b. Evaluasi/ Validasi :

- 1) Menanyakan perasaan klien hari ini
- 2) Menanyakan apakah sudah berlatih mengidentifikasi keyakinan klien terhadap masalah lain, membedakan fakta dan opini yang muncul dan mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
- 3) Menanyakan dampak perubahan yang dirasakan.
- 4) Melihat buku kerja klien untuk mengetahui keyakinan yang muncul terhadap kejadian / peristiwa lainnya yang dialami dan bagaimana upaya yang dilakukan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional.
- 5) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

- c. Kontrak :

- 1) Menyepakati topik pertemuan pada sesi 3 yaitu berlatih mengidentifikasi keyakinan pada kejadian II, upaya melawan keyakinan yang salah dan menyepakati keyakinan yang benar serta perilaku yang tepat.
- 2) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
- 3) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

3. Tahap Kerja

- a. Terapis meminta klien untuk berlatih tentang :

- 1) Keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian yang dialami klien (kejadian II).
 - 2) Fakta – fakta (keyakinan yang rasional) dari kejadian II yang dialami.
 - 3) Opini – opini (keyakinan yang tidak rasional) dari kejadian II yang dialami.
 - 4) Menyampaikan perbedaan antara fakta dan opini.
 - 5) Mengevaluasi cara berpikir yang biasa dilakukan : lebih banyak fakta atau opini
 - 6) Mengidentifikasi perasaan dan perilaku terhadap kejadian II sesuai dengan kenyataan (fakta) atau hanya opini?
 - 7) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien membedakan antara fakta dan opini dari kejadian II.
- b. Latih klien untuk mengubah keyakinan lama yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional pada kejadian II.
 - c. Latih klien mengidentifikasi dampak perasaan dan perilaku dari perubahan keyakinan yang lebih rasional.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah sesi III selesai
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian II, membedakan antara fakta dan opini serta mengubah keyakinan lama yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional.
- 3) Mengevaluasi perasaan dan perilaku baru sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional pada kejadian II.
- 4) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.

b. Tindak lanjut :

- 1) Menganjurkan klien untuk berlatih mengidentifikasi keyakinan klien terhadap masalah lain, membedakan fakta dan opini yang

muncul dan mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.

- 2) Menuliskan kejadian, keyakinan terhadap kejadian, fakta dan opini serta upaya yang dilakukan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional.

c. Kontrak :

- 1) Menyepakati topik sesi IV yaitu F (Further action) : Upaya yang dilakukan untuk menghindari berulangnya pikiran tidak rasional yang sama.
- 2) Menyepakati tempat dan waktu untuk pertemuan sesi IV.

2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi III : Berlatih mengidentifikasi keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian II.		
2	Mampu membedakan antara fakta dan opini pada kejadian II		
3	Mampu menyampaikan manfaat atau kegunaan membedakan fakta dan opini		
3	Mampu mengubah keyakinan lama terhadap kejadian II yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional		
4	Mampu mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional terhadap kejadian II		
4	Aktif dalam diskusi		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat REBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 3, klien mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian II, membedakan antara fakta dan opini, menyampaikan manfaat membedakan fakta dan opini, mengubah keyakinan yang tidak rasional, mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 3, klien belum mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian II, membedakan antara fakta dan opini, menyampaikan manfaat membedakan fakta dan opini, mengubah keyakinan yang tidak rasional, mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

2.4 Sesi IV : Mencegah kekambuhan (F : Further action)

Kunci untuk mencegah kekambuhan adalah kesadaran dari awal mengenali perilaku kambuh. Sekitar 70% dari klien dan 90% dari keluarga mampu melihat gejala kekambuhan penyakit, dan hampir semua klien tahu kapan gejala kambuh muncul. Fase prodromal terjadi sebelum kambuh (Stuart, 2009).

Fase prodromal adalah waktu antara timbulnya gejala dan kebutuhan untuk perawatan. Dengan mayoritas klien dan keluarga menunjukkan periode prodromal yang berlangsung lebih dari 1 minggu, adalah penting bahwa perawat berkolaborasi dengan klien, keluarga, dan anggota keluarga mengenai terjadinya kambuh.

Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan gejala membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan. Pengajaran untuk klien dan keluarga adalah intervensi efektif yang dapat memberikan mereka kendali atas kehidupan mereka dan menurunkan jumlah atau panjang rawat inap. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam tingkat kambuh sebagai hasil dari intervensi psiko-pendidikan (Magliano et al, 2006).

Panduan untuk Klien dalam mencegah kekambuhan (Stuart, 2009):

- Pergilah ke lingkungan yang aman dengan seseorang yang bisa membantu Anda jika bantuan diperlukan. Orang ini harus dapat memonitor perilaku yang menunjukkan kambuh makin parah.
- Mengurangi stres dan tuntutan pada diri sendiri. Ini termasuk mengurangi rangsangan. Beberapa orang menemukan sebuah ruangan yang tenang di mana mereka dapat sendiri, mungkin dengan musik lembut. Teknik relaksasi atau teknik distraksi dapat bekerja untuk Anda. Sebuah tempat yang tenang di mana Anda dapat berbicara dengan satu orang yang Anda percayai sering membantu.
- Minum obat jika ini merupakan bagian dari program anda. Bekerja dengan resep Anda untuk menentukan apakah obat dapat berguna dalam mengurangi kambuh. Obat yang paling bermanfaat bila digunakan dengan lingkungan yang aman, tenang dan pengurangan stres.
- Bicara dengan orang yang terpercaya tentang apa suara-suara yang mengatakan kepada Anda atau tentang pikiran Anda mengalami. Orang ini perlu mengetahui di depan waktu yang Anda akan panggilan jika Anda memerlukan bantuan.
- Hindari orang-orang yang mengatakan hal-hal negatif seperti, Anda berpikiran gila 'atau "Stop berbicara negatif"

Dalam REBT untuk mencegah kekambuhan klien terhadap kondisi kejiwaannya telah dirancang suatu strategi psikoedukatif bagi klien untuk bisa mengatasi pikiran irrasional yang menyebabkan klien memiliki keyakinan rasional yang membuat klien berespon secara emosi dan perilaku yang adaptif dengan pikiran rasional yang berdampak pada efek baru dengan tindakan yang akan dilakukan (F- Further Action).

F (Further action) : Apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya pikiran irrasional yang sama.

F: Further action : Tindakan lebih lanjut (apa yang akan saya lakukan untuk menghindari pemikiran disfungsional yang sama dan reaksi di masa depan) :

- Membaca kembali artikel/buku kerja tentang mengelola pikiran irrasional. Bicara dengan kelompok manajemen kemarahan tentang cara yang lebih baik untuk berkomunikasi.

- Gunakan 'time-out' untuk beberapa waktu ke depan untuk berlatih meningkatkan toleransi.
- Lakukan analisis diri ketika melakukan time-out.

2.4.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi IV : Mencegah kekambuhan

A. Tujuan Sesi IV : Klien mampu :

1. Klien mampu secara aktif membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif.
2. Klien mampu mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik :
Salam dari terapis kepada klien.
- b. Evaluasi/ Validasi :
 - 1) Menanyakan perasaan klien hari ini
 - 2) Menanyakan kemampuan klien mengidentifikasi keyakinan dari suatu kejadian, membedakan fakta dan opini serta mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
 - 3) Menanyakan kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi yang telah disepakati.
 - 4) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

c. Kontrak :

- 1) Menyepakati topik pertemuan pada sesi 4 yaitu upaya mempertahankan kemampuan yang telah dikuasai.
- 2) Lama waktu pertemuan 20 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
- 3) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

3. Tahap Kerja

- a. Terapis menganjurkan klien untuk tetap meningkatkan kemampuan untuk secara aktif membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif.
- b. Terapis menganjurkan untuk tetap mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.
- c. Terapis meminta klien untuk mengungkapkan apa yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.
- d. Terapis mengajurkan klien untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri. Mendiskusikan manfaat atau kegunaan *Rational Self Analysis* bagi klien
- e. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien berlatih *Rational Self-Analysis*.

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien setelah sesi IV selesai
 - 2) Mengevaluasi kemampuan klien membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri, upaya yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.
 - 3) Mengevaluasi perasaan dan perilaku baru sebagai efek dari

perubahan keyakinan yang lebih rasional.

- 4) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.

b. Tindak lanjut :

- 1) Menganjurkan klien untuk mempertahankan keyakinan yang rasional terhadap setiap masalah, membedakan fakta dan opini yang muncul dan mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
- 2) Menuliskan setiap kejadian, keyakinan terhadap kejadian, fakta dan opini serta upaya yang dilakukan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional.

c. Kontrak :

- 1) Mengakhiri pertemuan untuk REBT dan menyepakati bila klien memerlukan pertemuan tambahan.

2.4.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi IV : Mencegah kekambuhan

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu merencanakan peningkatan kemampuan membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif.		
2	Mampu mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.		
3	Mampu mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.		
3	Mampu mengungkapkan manfaat terapi modalitas REBT		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat REBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 4, klien mampu merencanakan peningkatan kemampuan membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif, mampu mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan, mampu mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut, mampu mengungkapkan manfaat terapi modalitas REBT, klien dapat menyelesaikan tuntas REBT. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 4, klien belum mampu merencanakan peningkatan kemampuan membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif, mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan, mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut, mengungkapkan manfaat terapi modalitas REBT, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

BAB III

PENUTUP

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologikal otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga dan komunitas. Skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Dengan demikian pada skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam pengontrolan perilaku.

Gangguan pada pikiran yang tampak pada klien skizofrenia sering kita jumpai adanya halusinasi dan pikiran yang tidak rasional atau tidak sesuai dengan realitas, gangguan yang ada pada perasaan sering kita jumpai klien skizofrenia menilai dirinya tidak baik, buruk dan tidak berharga yang banyak kita jumpai pada klien harga diri rendah, gangguan pada perilaku dimana pada klien skizofrenia sering kita jumpai klien berperilaku aneh, tidak mampu mengontrol perilaku dan emosi yang menjadikan klien berperilaku kekerasan.

Gangguan itu semua bersumber dari pikiran yang tidak rasional yang sering muncul pada klien skizofrenia, akibat pikiran tadi akan membuat klien berrespon secara emosi dan perilaku yang maladaptif, maka sebagai perawat spesialis jiwa pemahaman akan target perubahan perilaku klien skizofrenia dengan berbagai diagnosis keperawatan perlu menjadi perhatian.

REBT adalah suatu metoda terapi yang menggunakan pendekatan kognitif dan perilaku untuk memahami dan mengatasi masalah emosi dan perilaku negatif yang berasal dari keyakinan-keyakinan yang tidak rasional (irrasional). REBT merupakan suatu pendekatan kognitif dan perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan – keyakinan yang tidak rasional.

Dengan terapi spesialis REBT diharapkan gangguan pada pikiran yang tidak rasional/irrasional pada klien skizofrenia yang berdampak pada emosi dan perilaku klien dapat diatasi dengan latihan analisis rasional diri, hingga klien mampu melawan pikiran irrasional tersebut dengan pikiran rasional yang akan mempunyai dampak baru pada emosi dan perilaku yang adaptif hingga kedepan klien mampu merencanakan tindakan antisipasi dan penyelesaian masalah terhadap masalah-masalah yang dihadapi.

Terapi ini sangat mungkin untuk dilakukan disetting klinis (rumah sakit) dan non klinis (sekolah dan tempat kerja) oleh perawat spesialis jiwa dengan kemampuan psikoterapinya untuk menjadikan klien yang ditangani dapat memiliki pikiran positif yang berdampak pada emosi dan perilaku positif, sehingga klien dapat mengalami kesehatan jiwa yang optimal.





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : 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 :

Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* Terhadap Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Halusinasi -di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

Nama peneliti utama : **I Ketut Sudiatmika**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

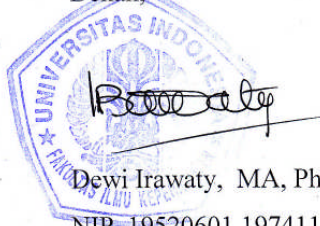
Jakarta, 6 April 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

KETERANGAN LOLOS *EXPERT VALIDITY*

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* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* pada**

Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi

yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, tahun 2011

Nama peneliti utama : **I Ketut Sudiatmika**
Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan – Universitas
Indonesia**

Dan telah menyetujui penggunaan modul tersebut.

Jakarta, April 2011

Expert Validity,



Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.AppSc.

KETERANGAN LOLOS Uji Kompetensi

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 : **I Ketut Sudiatmika**
Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

dan telah dinyatakan :

LULUS

untuk melaksanakan *Cognitive Behaviour Therapy* dalam penelitian yang berjudul Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapi* terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RS Dr. H. Marzoecki Mahdi Bogor.

Ketua tim penguji,


Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc.
NIP. 195204051974122001

Jakarta, April 2011
Penguji,


Ns. Ira Erwina, S. Kep, MKep.



KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

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 : **I Ketut Sudiarmika**
Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

dan telah dinyatakan :

LULUS

untuk melaksanakan *Rational Emotive Behaviour Therapy* dalam penelitian yang berjudul Efektivitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor.

Ketua tim penguji,


Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc.

Jakarta, April 2011
Penguji,


Novy Helena CD, SKp, MSc.





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 4006/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

4 April 2011

Yth. Direktur
RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi
Bogor

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

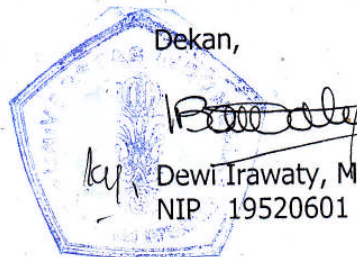
Sdr. Ketut Sudyatmika
0906483424

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh CBT dan REBT Terhadap Klien Perilaku Kekerasan Halusinasi di RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Dr. Marzoeqi Mahdi Bogor.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
BLU RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR



Jl. Dr. Sumeru No. 114 Bogor 16111, PO.Box.178

Telp. (0251) 8324026 Fax : 8324025

Nomor : DL.02.04/2/ 238/2011
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Penelitian

25 April 2011

Yth
Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Di
Tempat

Dengan hormat,

Menjawab surat Saudara, Nomor : 4086/H2.F12.D/PDP.04.02/2011. Perihal: Pemohonan Ijin Penelitian Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) di BLU RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi atas:

Nama : I Ketut Sudiatmika
NIM : 0806483424
Judul : Efektivitas CBT dan REBT Terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor.

Dengan ini kami sampaikan persetujuan bagi Mahasiswa Saudara untuk melakukan kegiatan tersebut di BLU Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor.

Demikian penyampaian dari kami. Atas perhatian Saudara diucapkan terima kasih.



Direktur SDM dan Pendidikan,

Drg. Rahmadsyah Mansur, M.Kes
NIP : 195808131987031004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : I Ketut Sudiatmika
Tempat/ Tanggal Lahir : Kayubih/ 29 Desember 1974
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Perawat RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
Alamat Instansi : Jl. Dr. Semeru No. 114 Bogor
Alamat Rumah : Puri Matahari Persada C21 Ds. Laladon Kec.
Ciomas Kab. Bogor

Riwayat Pendidikan

SDN 3 Kayubih : Lulus tahun 1987
SMPN 2 Bangli : Lulus tahun 1990
SMAN 1 Bangli : Lulus tahun 1993
AKPER Wijaya Husada : Lulus tahun 1997
FIK UI : Lulus tahun 2005

Riwayat Pekerjaan

Sejak lulus Akademi Keperawatan hingga sekarang bekerja sebagai perawat di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.